

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

ПРОТОКОЛ

**заседания Межрегиональной общественной организации
«Московское общество фтизиатров», посвященного теме
«Латентная туберкулезная инфекция»**

г. Москва

11 июня 2015 г.

Председатели:

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

С.Е. Борисов, доктор медицинских наук, профессор, член правления МОО «Московское общество фтизиатров», заместитель директора по научно-клинической работе ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

В.А. Аксенова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, главный внештатный детский специалист фтизиатр Минздрава России, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

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

Всего зарегистрировалось 162 человека, представляющие медицинские организации: ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (включая филиалы и структурные подразделения), ГБУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г.А. Захарьина ДЗМ», ГБУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ», ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, кафедру фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», а также ГБУЗ Московской области «Московский областной противотуберкулезный диспансер» и ОБУЗ Ивановской области «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина».

Повестка дня заседания:

1. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. Всемирная организация здравоохранения. Документ WHO/НТМ/2015/01 – 15 мин.

Докладчик: кандидат медицинских наук М.В. Сеницын.

2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей – 15 мин.

Докладчик: кандидат медицинских наук Т.А. Севостьянова.

3. Диагностика латентной туберкулезной инфекции в г. Москве. Правовые основы химиопрофилактики туберкулеза у лиц, живущих с ВИЧ, – 30 мин.

Докладчик: доктор медицинских наук Е.М. Богородская.

4. Фиксированные выступления в прениях: профессор С.Е. Борисов, профессор В.А. Стаханов, профессор К.Г. Пучков, доктор медицинских наук Л.В. Слогоцкая, а также другие члены МОФ, желающие высказаться по вышеуказанным вопросам.

Перед началом заседания президент МОО «Московское общество фтизиатров» Е.М. Богородская представила нового сотрудника ГБУЗ «Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ» – заместителя главного врача по медицинской части, доктора медицинских наук Н.В. Эйсмонт.

Также, в соответствии с решением Ежегодной конференции Московского общества фтизиатров, состоявшейся 22.01.2015, было сделано объявление о начале приема конкурсных научных работ на премии МОФ по трем номинациям:

- а) за лучшую работу в области диагностики и лечения туберкулеза – премия имени профессора В.Л. Эйниса;
- б) за лучшую работу в области профилактики, эпидемиологии и организации борьбы с туберкулезом – премия имени профессора А.Е. Рабухина;
- в) за лучшую работу в области хирургии – премия имени академика М.И. Перельмана.

По пункту 1.

СЛУШАЛИ: Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией.

ВЫСТУПИЛ:

М.В. Сеницын, заместитель главного врача по медицинской части (для работы с пациентами сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией) ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», который ознакомил присутствующих в основных положениями Руководства, представленного в апреле 2015 г. на сайте Всемирной организации здравоохранения (в том числе и на русском языке). В Руководстве дано определение латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ), рассмотрены 15 групп риска, представлены основные рекомендации по ведению больных с ЛТИ, в частности, мониторинг иммунного статуса, профилактика, минимизация всех рисков приема противотуберкулезных препаратов, работа с больными и обучение самостоятельной оценке симптоматики побочных явлений. Подчеркивается важность создания национальной программы в каждой конкретной стране с акцентом на необходимость планирования ресурсов и увеличения кадрового потенциала.

Е.М. Богородская прокомментировала данное выступление, добавив, что в России при повсеместной вакцинации БЦЖ только по реакции Манту сложно утверждать о наличии положительного иммунного ответа и необходимо применять параллельно пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.

По пункту 2.

СЛУШАЛИ: Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей.

ВЫСТУПИЛИ:

Т.А. Севостьянова, заведующая детским консультационно-диагностическим отделением Клинико-диагностического центра ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», заместитель главного внештатного специалиста фтизиатра ДЗМ, главный внештатный детский специалист фтизиатр ДЗМ, изложила основные положения Федеральных клинических рекомендаций, утвержденных Рабочей группой при главном внештатном детском специалисте фтизиатре Минздрава России в марте 2013 г. и на заседании правления Российского общества фтизиатров в январе 2014 г. Современная концепция помощи детскому населению включает выявление групп с наибольшим риском, контролируемое лечение, своевременную диагностику и лечение без остаточных изменений. Внедрение новых технологий – пробы с Диаскинтестом®, квантиферонового теста – привело к формированию новых групп риска и новых подходов к лечению. Даны более точные определения факторов риска, что играет большую роль при назначении превентивной терапии.

Д.Л. Айзиков, заведующий отделением клинической фармакологии ГБУЗ Московской области «Московский областной противотуберкулезный диспансер», задал вопрос о распределении режимов химиопрофилактики у детей, проводился ли анализ по группам.

В.А. Аксенова, главный внештатный детский специалист фтизиатр Минздрава России, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, ответила, что эти вопросы отражены в диссертационном исследовании доктора медицинских наук Л.А. Барышниковой (г. Самара), а также сослалась на данные аналитического обзора по Российской Федерации и статистические данные, публикуемые С.А. Стерликовым (ЦНИИОИЗ).

Из зала был задан вопрос о том, чем проводят массовую иммунодиагностику детей с 8 лет в поликлиниках.

В.А. Аксенова ответила, что препаратом Диаскинтест®, в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями.

Е.М. Богородская дополнила, что необходимо учитывать ряд ведомственных рекомендаций (Минздрава, Департамента здравоохранения города Москвы), Санитарные правила (в соответствии с которыми проба Манту делается всем детям в возрасте до 17 лет). Поскольку эпидемиологическую безопасность регулируют СанПиНы и за их нарушение налагаются штрафы на физических и юридических лиц, а Минздрав и другие ведомства выпускают только рекомендации по лечению, необходимо заниматься вопросом внесения изменений в Санитарные правила.

О.Б. Нечаева, руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, добавила, что директором ЦНИИОИЗ, академиком РАН В.И. Стародубовым направлено письмо на имя Главного санитарного врача и в Минздрав России о внесении изменений в постановление Правительства № 60 и приказ № 951, по сути, отражающее коррекцию тактики у ВИЧ-инфицированных в соответствии с Федеральными рекомендациями.

По пункту 3.

СЛУШАЛИ: Диагностика латентной туберкулезной инфекции в г. Москве. Правовые основы химиопрофилактики туберкулеза у лиц, живущих с ВИЧ.

ВЫСТУПИЛА:

Е.М. Богородская в своем выступлении объединила две ранее доложенные темы, затронув вопросы правового регулирования в этой области. Во вступлении она напомнила, что показатели, достигнутые МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ, лучше, чем в целом по России. Уже неактуально выявление больных с бактериовыделением, мы переходим на новый уровень, начиная заниматься ЛТИ по примеру США. Там ЛТИ давно изучается без использования флюорографии, к которой прибегают в случаях положительных результатов квантиферонового теста. Существующая нормативно-правовая база по ЛТИ включает приказы Минздрава № 855 (2009 г.) и № 951, приказы ДЗМ 2014–2015 гг., содержащие правовое обеспечение применения теста с аллергеном противотуберкулезным рекомбинантным (АТР – Диаскинтестом®) – отечественного, экономически более выгодного. Его использование не требует дополнительного лицензирования, проводится в прививочных кабинетах средним медицинским персоналом, обученным в МНПЦ борьбы с туберкулезом. Курс обучения проходят не реже одного раза в два года. Тест с АТР существенно сужает, концентрирует группы риска.

Докладчик совместно с М.В. Синецыным рассмотрела правовые основы профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, в связи с которыми в настоящее время существует ряд не до конца решенных проблем. ВИЧ-инфицированные пациенты, как и больные туберкулезом, имеют право на бесплатное лечение и должны находиться под диспансерным наблюдением в полномоченном учреждении, обеспечивающем их обследование и профилактику, проведение антиретровирусной терапии, появляясь для контроля один раз в 6 мес. (в отличие от туберкулезных больных такое наблюдение может осуществлять федеральное учреждение). Лечение они проходят на добровольной основе, в отличие от больных туберкулезом, которые при злостном уклонении могут подвергаться судебному преследованию. В соответствии с СанПиН 2011 г. о профилактике ВИЧ-инфекции, представление сведений о диагнозе может осуществляться только в случаях, предусмотренных законодательством, при соблюдении принципа анонимности или письменном согласии на передачу информации, при предотвращении угрозы распространения. Специализированные организации обеспечивают химиопрофилактику всем ВИЧ-инфицированным при уверенном исключении активного туберкулеза. Однако слово «обеспечивать» не является синонимом слова «проводить». Не решены вопросы о том, кто должен проводить химиопрофилактику – фтизиатр или инфекционист; и где (на базе Центра СПИД или противотуберкулезного диспансера); всем 100% ВИЧ-инфицированным или только определенной их части (принимая во внимание наличие противопоказаний); на платной или бесплатной основе (в ПТД противотуберкулезные препараты выдают бесплатно всем состоящим на диспансерном учете); кто должен закупать эти препараты.

Ряд ответов напрашивается сам собой: проводит химиопрофилактику сертифицированный фтизиатр, способный квалифицированно оценить показания и противопоказания, исключить локальный туберкулез; в организации, имеющей лицензию по фтизиатрии и право на диспансерное наблюдение. ПТД в свою очередь должен гарантировать, что при его посещении больной не заразится туберкулезом. Другие организации, например, федеральные институты, не осуществляют диспансерное наблюдение, значит, химиопрофилактика может проводиться ими только на платной основе. Плата за лечение в свою очередь поднимает вопрос приверженности к лечению, так как до 50% больных до аптеки так и не доберется. Химиопрофилактику можно провести только тем ВИЧ-инфицированным, кто добровольно обратился в Центр СПИД и получил направление к фтизиатру, таким образом, далеко не все, кому показана профилактика, в реальности ее получают.

В приказе Минздрава России № 109 отсутствует группа риска «ВИЧ-инфицированные», поэтому возникает вопрос, как их поставить на учет для получения противотуберкулезных препаратов. Благодаря инициативе главного внештатного детского специалиста фтизиатра Минздрава России В.А. Аксеновой в приказе № 855 есть формулировка о лицах с неуточненной активностью процесса, впервые инфицированных детей и подростках с нарастанием гиперергической реакции. Теоретически возможно также использовать нулевую группу. По решению врачебной комиссии у больных с иммунодефицитными состояниями проба с АТР может быть отрицательной и все больные с количеством клеток CD4⁺ менее 350 в 1 мкл могут быть отнесены к лицам с ЛТИ, что дает возможность их помещения под диспансерное наблюдение и, следовательно, бесплатной химиопрофилактики. В данной группе учет не может продолжаться долго, но для химиопрофилактики срок будет достаточным. При проведении обследования и химиопрофилактики на базе ПТД должно быть обеспечено полное разобщение пациентов с ВИЧ-инфекцией и больных туберкулезом, выделен отдельный вход. Врач-фтизиатр должен дважды в год проводить скрининг ЛТИ при помощи реакции Манту или пробы с АТР, обследовать лиц с подозрительными симптомами. Все ВИЧ-инфицированные с положительными пробами должны быть взяты на учет в нулевую группу для исключения локальной формы туберкулеза. Финансирование должно осуществляться из средств субъекта Российской Федерации. Также должна быть организована работа в кабинете фтизиатра (штатного сотрудника либо ПТД, либо самого Центра) на базе Центра СПИД. Если больной не желает добровольно становиться на учет на амбулаторном этапе, то дальнейшее лечение должно проходить либо за счет средств больного или организации/программы для ВИЧ-инфицированных, либо бесплатно – в стационаре Центра СПИД.

По пункту 4.

СЛУШАЛИ: Фиксированные выступления в прениях.

ВЫСТУПИЛИ:

О.Б. Нечаева напомнила о прошедшем в г. Воронеже VIII съезде Российского общества фтизиатров и заседании Профильной комиссии по фтизиатрии, где высказывались соображения в пользу сохранения нулевой группы, о том, что отдельных групп учета по микобактериозу, саркоидозу не будет. В готовящиеся методические рекомендации внесена корректировка по ВИЧ-инфицированным: больным с количеством клеток CD4⁺ менее 350 в 1 мкл (а это около 15% всех состоящих на учете) один раз в два года назначается химиопрофилактика изониазидом (6 мес.) или изониазидом и рифампицином (3–4 мес.). Термины определяли, исходя из МКБ-10. Также были упомянуты различия в подходах к профилактике, диагностике и лечению в разных субъектах Российской Федерации.

К.Г. Пучков, заместитель главного врача по педиатрии ГБУЗ «МНПЦ центр борьбы с туберкулезом ДЗМ», прокомментировал, что в настоящее время происходят большие перемены, а ранее при огромной группе риска однозначная трактовка туберкулинодиагностики была некорректна. Однако необходимо учитывать, что при пробе с АТР у детей результат запаздывает. Он поддержал обсуждаемые Федеральные клинические рекомендации, действие которых можно было бы еще усилить при проведении отдельных исследований по ряду территорий. Был высказан ряд замечаний по формулировкам, перешедшим из более ранних рекомендаций и нуждающимся в редакционной правке, и предложено фтизиатрическому сообществу продолжить анализ рекомендаций в рабочем порядке.

В.А. Стаханов, заведующий кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России», поблагодарил за приглашение на заседание со столь актуальной тематикой. Он выразил свое согласие с сомнением К.Г. Пучкова в достоверности данных ВОЗ по массовой туберкулинодиагностике (в связи с возможным наличием ложноположительных результатов). С другой стороны, появление квантиферонового теста или пробы с АТР не может стать панацеей. К широкому внедрению пробы с АТР в общей лечебной сети следует относиться с осторожностью, чтобы не дискредитировать метод, зная, как иногда поставлены работа и ведение отчетности в учреждениях общей лечебной сети. По мнению В.А. Стаханова, следовало бы углубленно изучать отдаленные результаты (5–10 лет) на базе противотуберкулезных учреждений. Он также поддержал позицию О.Б. Нечаевой о том, что доля ВИЧ-инфицированных, кому показаны химиопрофилактика и превентивное лечение, должна быть невелика и назначать их надо очень осторожно. Применение изониазида как единственного препарата для химиопрофилактики может спровоцировать в будущем тотальную устойчивость среди всего населения. Можно достигать максимального результата в рамках имеющихся приказов, делая акцент на увеличение выявления, а не на лечение. Сославшись на диссертацию Н.В. Ставицкой, он также упомянул генетическое картирование как дело будущего, но надо смотреть в сторону большей индивидуализации подходов.

Н.И. Клевно, главный внештатный детский специалист фтизиатр ЦФО, ведущий научный сотрудник отдела туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, как один из составителей рекомендаций высказала свое мнение по тематике заседания: клинические рекомендации по ЛТИ размещались на сайте РОФ, где проходило их обсуждение, поступавшие предложения рассматривались и учитывались. На смену существовавшему ранее множеству нормативных документов пришли четкие однозначные рекомендации, их можно продолжать совершенствовать и при необходимости ежегодно редактировать.

Е.М. Богородская подвела итог заседанию, отметив, что и проба Манту, и проба с АТР дают информацию о наличии ЛТИ (результаты пробы с АТР запаздывают, но показывают наличие активно размножающихся МБТ). Федеральные клинические рекомендации нужно знать в числе прочих профильных нормативных документов. Предложено по инициативе МОФ на портале *In-tub.ru* – первом специализированном сайте для фтизиатров и специалистов в области других социально значимых заболеваний, в режиме реального времени разместить тесты по нормативным документам, в том числе Федеральным рекомендациям. Аттестационной комиссии предлагается принимать во внимание результаты этого тестирования при установке высшей квалификационной категории.

Председатели: Е.М. Богородская

С.Е. Борисов

О.Н. Зубань

Секретарь: А.Г. Дудина