

Бобоходжаев О.И., Раджабзода А.С., Махмудова П.У., Шарипова Ф.Ш., Киямова Д.У.

**ТАЖИК РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КДТ КУРГАК УЧУКТУ ДАРЫЛОО
МОЛЕКУЛЯРДЫК ГЕНЕТИКАЛЫК МЕТОДДОРУНУН ЖАНА
ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ЗАМАНБАП МЕТОДДОРУН НАТЫЙЖАЛУУ ИШКЕ
АШЫРУУ**

Бобоходжаев О.И., Раджабзода А.С., Махмудова П.У., Шарипова Ф.Ш., Киямова Д.У.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТБ/МЛУ/ШЛУ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

O.I. Bobokhojaev, A.S. Rajabzoda, F.Sh. Sharipova, P.U. Mahmudova, D.U. Kiyatova

**EFFICIENCY OF INTRODUCTION OF MOLECULAR GENETIC METHODS OF
DIAGNOSTICS AND MODERN METHODS OF TREATMENT OF TB / MDR / XDR**

УДК: 616.24 – 002.5-091

Тажик Республикасында КДТ кургак учугу боюнча калкты жеткиликтүү заманбап диагностикалык жана дарылоо методдору менен камсыз кылуу жаатында жүргүзүлүп жаткан биргелешкен чараларга карабастан, өлкөдө дагы эле кургак учуктун оор эпидемиологиялык жагдайы сакталууда. Оорудулардын санынын көбөйүшүнүн негизги себептеринин бири: мындан ары мониторинг жана дарылоонун натыйжалуулугун азайтуу, өзгөчө КДТ кургак учугунун бейтаптарды дарылоодогу бир эле терапия жетишсиз жана коргоо принциптеринин негиздеринин жоктугу болуп саналат, айрыкча, башында амбулаториялык дарылоо жоголган.

Негизги сөздөр: кургак учук, бар, дары-каршылык, молекулалык-генетикалык диагностика ыкмаларынын.

В Республике Таджикистан несмотря на проводимые совместные мероприятия по обеспечению доступности населения к современным методам диагностики и лечения устойчивых форм ТБ, в стране всё еще остается напряженная эпидемиологическая ситуация по ТБ, в особенности её ЛУ форм. Одной из основных причин увеличения числа больных, потерянных от дальнейшего наблюдения и снижения эффективности лечения, в особенности МЛУ/ШЛУ больных, является недостаточная их приверженность к лечению и одновременно недостаточное соблюдение принципов контролируемой терапии, в особенности при изначально амбулаторном лечении.

Ключевые слова: туберкулёз, доступность, лекарственная устойчивость, молекулярно-генетические методы диагностики, новые режимы лечения.

The Republic of Tajikistan, among the countries of the WHO European Region, has one of the highest prevalence rates of tuberculosis (TB) and a high burden of drug-resistant (DR) forms.

In the country modern express methods, methods of molecular-genetic and phenotypic diagnostics of DR-TB have been introduced. In recent years, with the support of development partners, new treatment regimes have been actively introduced, including new drugs for the treatment of MDR / XDR-TB.

However, despite the joint efforts to ensure the population's access to modern methods of diagnosis and treatment of resistant forms of TB, taking into account the geographic features of Tajikistan, the country still has a

strained epidemiological situation in TB, in particular its DR forms. One of the main reasons for the increase in the number of patients lost from further monitoring and the decline in treatment effectiveness, especially MDR / XDR patients, is their inadequate adherence to treatment and, at the same time, insufficient adherence to the principles of controlled therapy, especially when initially outpatient treatment.

Key words: tuberculosis, accessibility, drug resistance, molecular genetic methods of diagnosis, new treatment regimens.

Республика Таджикистан является центрально-азиатской страной, с населением около 8,5 млн чел. и 93% территории которой являются горные регионы с проблемной доступностью к медицинским услугам. Среди стран Европейского региона ВОЗ, Таджикистан имеет один из высоких показателей распространенности туберкулёза (ТБ) и высокое бремя лекарственно устойчивых (ЛУ) его форм [1].

В стране существует трёхуровневая сеть лабораторной службы: на районном уровне – бактериоскопические лаборатории, на областном уровне – бактериологические лаборатории и на центральном уровне – Национальная референс-лаборатория (НРЛ). Выявление культур микобактерий осуществляется в 5 лабораториях среднего звена и НРЛ, оснащённых машинами ВАСТЕСТ™ MGIT™ 960 и системами молекулярно-генетической диагностики ЛУ ТБ - Hain Lifescience. На периферическом уровне диагностика осуществляется в 86 микроскопических лабораториях, 45 из которых оснащены машинами GeneXpert для проведения быстрого выявления ТБ методом Xpert MTB/RIF. Фенотипическое тестирование на ЛУ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) проводится в НРЛ на жидких и твердых средах методом пропорций. Качество проводимых исследований ежегодно осуществляется путём ВОК, проводимым СРЛ Гаутинг. Национальный диагностический алгоритм включает активное выявление лиц с подозрением на ТБ и их скрининг одновременно бактериоскопическими методами и экспресс-методами диагностики ЛУ форм ТБ.

В последние годы, данные расчетных показателей ВОЗ и государственной статистики по основным показателям (заболеваемость и смертность) одно направлены и свидетельствуют о стабилизации эпидемиологической ситуации по ТБ [1, 2, 3]. В то же время, бремя по ЛУ ТБ остаётся значительным [4, 5].

В данной работе, использованы ежегодные отчёты Национальной противотуберкулёзной программы, согласно которым пик выявляемости ЛУ ТБ был в 2013 г. – 911 случаев, в 2014 году – 902, в 2015 – 702 и в 2016 г.- 784 случаев. Однако, после установки в 2017 году дополнительных 31 машины GeneXpert (до этого года было 14 машин) предполагается увеличение выявляемости ЛУ форм ТБ.

Следует отметить, что среди новых случаев ТБ процент ЛУ форм ежегодно нарастает от 4,4% в 2013 году до 8,3% - в 2016 году, что коррелирует с тем, что среди выявленных ЛУ случаев ТБ, доля новых случаев ЛУ ТБ также ежегодно нарастает с 25,5% в 2013 году, до 57,9% - в 2016 г.

Все зарегистрированные больные имеют доступ к противотуберкулёзным препаратам (ПТП), согласно режимам лечения ТБ/ЛУ ТБ, рекомендованным ВОЗ. При поддержке консультантов партнеров по развитию приведены в соответствие с руководствами ВОЗ все национальные руководства, инструкции и клинические протоколы. Однако, эффективность лечения желает быть лучше. Так, в 2013 г. было взято на лечение 668 больных с множественной ЛУ (МЛУ) ТБ, из них было успешное лечение у 409 или 61,2%. В 2014 г. соответственно – 804 больных взяты на лечение, из них успешное лечение у 384 больных или 47,8% (31 больной (3,8%) продолжают лечение). В когортах 2015 (682 чел.) и 2016 годов (743 чел.) часть больных ещё продолжают лечение. Краткосрочные режимы лечения больных с МЛУ ТБ стали доступны в стране только в начале 2017 года в пилотных регионах страны.

Число и процент больных МЛУ ТБ, начавших лечение препаратами второго ряда и прервавших её в первые 6 мес. лечения в 2014 году составило 5,6%, в 2015 году - 7,5%. Следует отметить, что из 804 больных МЛУ ТБ начатых лечение в 2014 г. 31 всё ещё продолжают лечение (3,8%) и из 682 больных начатых лечение в 2015 г. – 414 больных на день написания статьи всё ещё продолжают лечение (60,7%).

Лечение больных с широкой ЛУ (ШЛУ) ТБ в стране стало доступно начиная с 2013 года (10 больных) в пилотных регионах и в последующие годы, когорты больных ШЛУ ТБ, охваченных лечением уже составляли 65 больных (2015 и 2016 гг.). К этому времени в стране, при поддержке партнеров по развитию, были приняты все необходимые документы, регулирующие менеджмент диагностики и лечения больных с ШЛУ ТБ.

Применение новых препаратов при лечении ШЛУ ТБ начато в стране в 2015 году, когда после утверждения нормативно-правовых документов, разрешающих их использование, впервые были применены бедаквиллин, имипенем и деламаид.

Таким образом, несмотря на проводимые совместные мероприятия Национальной противотуберкулёзной программой при сотрудничестве с партнерами по развитию по обеспечению доступности населения к современным методам диагностики и лечения устойчивых форм ТБ с учетом географических особенностей Таджикистана, в стране всё ещё остается напряженная эпидемиологическая ситуация по ТБ, в особенности её ЛУ форм. Одной из основных причин увеличения числа больных, потерянных от дальнейшего наблюдения и снижения эффективности лечения, в особенности больных с МЛУ/ШЛУ ТБ, является недостаточная их приверженность к лечению и одновременно недостаточное соблюдение принципов контролируемой терапии, в особенности при изначально амбулаторном лечении. В связи с этим, в настоящее время при поддержке доноров и партнеров по развитию, разрабатываются некоторые инновационные подходы решения указанных проблем.

Литература:

1. WHO. Global Tuberculosis Report. – 2015.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2015 году // Стат.сборник. – Душанбе. 2016: С. 313-336.
3. Сиродждинова У.Ю., Бобоходжаев О.И., Мирзоева Ф.О., Раджабов Д.Р. Анализ ситуации по туберкулёзу в Республике Таджикистан // Туб. и бол. лёгких. 2015; №2: С.32-36.
4. Joncevska M., Hoffmann H., Abildaev T., Toksanbaeva B., Abdulloeva M., Bobokhojaev O., Kalmambetova G. Surveillance of drug resistance in Central Asia // Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2014: V.18. № 11. S.56-57.
5. Бобоходжаев О.И., Сиродждинова У.Ю., Абдуллоев З.Х., Пиров К.И., Исмонов Х.И., Мирзоева Ф.О., и др., Руководство по управлению за туберкулезом // Утв. распоряжением МЗиСЗН РТ, 25.02.2015; 173: 122 с.

Рецензент: д.м.н. Закирова К.А.