

ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ НА УРАЛЕ В 2010 ГОДУ

Голубев Д.Н., Подгаева В.А., Медвинский И.Д.

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

TENDENCIES OF EPIDEMIOLOGICAL PROCESS ON A TUBERCULOSIS AND RESULTS OF ACTIVITY OF ANTITUBERCULAR SERVICE IN URAL MOUNTAINS IN 2010

Golubev D.N., Podgaeva V.A.

Ural research institute for phthiziopulmonology. Yekaterinburg

Резюме

Целью данного исследования было установить основные тенденции эпидемиологических показателей по туберкулёзу и оценить результаты деятельности противотуберкулёзной службы в Уральском регионе в 2010 году.

Методы наблюдения. Для получения информации и изучения эпидемиологической ситуации использовали традиционные приёмы и методы мониторинга туберкулёза, регламентированные действующей нормативно-правовой базой. Проведён статистический анализ эпидемиологических показателей по туберкулёзу и результатов деятельности противотуберкулёзной службы в 11 территориях курации ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России (УНИИФ), входящих в Уральский (области: Курганская, Свердловская, Тюменская, Челябинская, автономные округа: Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий) и Приволжский (республики: Башкортостан, Удмуртская, области: Кировская, Оренбургская и Пермский край) федеральные округа. Для анализа использовали данные государственной статистической отчётности и наблюдения, полученные в процессе курационных визитов в территории.

Основные выводы. Основные показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию и состояние борьбы с туберкулезом во всех 11 субъектах, остаются на высоком уровне. Структура клинических форм туберкулёза у больных, выявляемых в территориях курации УНИИФ за последние годы, имеет перевес в сторону запущенных, распространённых и осложнённых процессов. Увеличение доли больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя свидетельствует об особенностях эпидпроцесса, об улучшении качества бактериологической диагностики, а также связано с невыполнением стандартов лечения. Низкие показатели эффективности лечения связаны с недостаточным контролем приема противотуберкулёзных препаратов и выполнением стандартов лечения. Курационная работа регионального института в территориях имеет резервы и должна быть направлена на мониторинг деятельности противотуберкулёзной службы, организационно-методическую и консультативную работу.

Ключевые слова: эпидемиология туберкулёза, противотуберкулёзная работа, мониторинг туберкулёза.

Summary

The aim of that study was to detect the main trends of indicators of tuberculosis (TB) epidemiology and results of the activities of anti-tuberculosis services (ATBS) in the Ural region in 2010.

Methods

The traditional methods of descriptive and analytical epidemiology for information gathering and analysis of epidemiological situation were used, due to actual methodical base. The statistical analysis was done for TB epidemiology indicators and the activity results of ATBS in 11 territories that are under supervision of the URIPP, included in the Ural (Kurgan, Sverdlovsk, Tuymen, Chelabinsk region, Khanty-Mansiysk and Yamalo-Nenetsky autonomous districts) and Privolzhsky (Republics of Bashkortostan and Udmurtia, Permian kraj, Kirov and Orenburg regions) Federal districts. The data from the State statistic report system and the results of own investigation made during supervision visits were used.

The main indicators of TB epidemiology and activity results of ATBS are still at high levels and there are increasing trends detected for them. The clinical structure is outbalancing by uncared-for, large extended and complicated cases of TB. The fraction of multi - drug resistant cases is increasing in the structure of TB, which related with characteristic of TB epidemiology, permanently improving quality of bacteriological diagnostics and random reaching standard of treatment. Low effectiveness of TB treatment related insufficient control in directly observed treatment and not keeping the standards of treatment. The supervision activities of regional TB research institute has much reserves and have to be aimed for monitoring of TB epidemiology, activities results of the ATBS, organizational and methodical work and consulting.

Keywords

Epidemiology of tuberculosis, anti-tuberculosis activities, monitoring of tuberculosis.

Туберкулез в современный период продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой, что обусловлено высоким уровнем и интенсивностью распространения данного инфекционного заболевания [1,4,5].

Динамика эпидемиологических показателей по туберкулезу в России в течение последнего десятилетия свидетельствует о стабилизации ситуации после 15-летнего подъема показателей заболеваемости, смертности и распространенности туберкулезной инфекции. Однако на фоне положительных тенденций коэффициентов заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, заболеваемости туберкулезом детей, мужчин во всех возрастных группах, уровень этих показателей сохраняется высоким, превышая аналогичные в странах Европы в 5,0 раз [5]. В этой связи одной из угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации, наряду с другими социально обусловленными заболеваниями, признан туберкулез (из «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года», указ Президента России Д.А. Медведева от 12 мая 2009 года № 537).

Целью данного исследования было установить основные тенденции изменения эпидемиологических показателей по туберкулёзу и результатов деятельности противотуберкулёзной службы в Уральском регионе в 2010 году.

Материал и методы исследования: для получения информации и изучения эпидемиологической ситуации использовали традиционные приёмы и методы мониторинга туберкулёза, регламентированные действующей нормативно-правовой базой [2, 3]. Проведён статистический анализ эпидемиологических показателей по туберкулёзу и результатов деятельности противотуберкулёзной службы в 11 территориях курации ФГУ «УНИИФ» Минздравсоцразвития России (УНИИФ), входящих в Уральский (области: Курганская, Свердловская, Тюменская, Челябинская, автономные округа: Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий) и Приволжский (республики: Башкортостан, Удмуртская, области: Кировская, Оренбургская и Пермский край) федеральные округа. Для анализа использовали данные государственной статистической отчётности и наблюдения, полученные в процессе курационных визитов в территории.

Результаты исследования: эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в территориях Урала, подведомственных ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, как и в Российской Федерации, на протяжении ряда лет расценивается как напряженная, близкая к эпидемии.

Причинами данного факта служат:

- низкое социально-экономическое положение основной части населения;
- снижение уровня ответственности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления за качество и эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий;
- недостаточное финансирование отрасли;
- медленный переход к модернизации отрасли;
- низкие темпы внедрения ресурсосберегающих организационных технологий;
- ухудшение материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, особенно в муниципалитетах;
- недостаточное обеспечение расходными материалами, диагностическими наборами,

а также современным оборудованием;

- снижение доступности системы здравоохранения для отдельных групп социального риска.

Динамика заболеваемости населения туберкулезом (по данным отчетной формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом») на Урале в 2003-2010 годы была аналогична общероссийской, но уровень показателя в Уральском регионе на протяжении анализируемого периода времени превышал таковой по России на 4,8-13,5% (рис.1).

В 2010 году заболеваемость населения туберкулезом на Урале, составив 84,7 на 100000 населения, снизилась, в отличие от аналогичного показателя предшествующего года, на 3,1%. Подобная динамика показателя в 2009-2010 годы отмечена практически во всех субъектах, подведомственных ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, за исключением Курганской области. Максимальное снижение уровня данного показателя наблюдалось в Ямало-Ненецком автономном округе, соответственно минимальное – в Свердловской области. В Пермском крае величина данного показателя в 2010 году не отличалась от подобной 2009 года, составив 101,9 на 100000 населения.

Заболеваемость туберкулезом населения в территориях курации ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России в 2010 году отличалась дисперсией показателя и варьировала от 47,0 на 100000 населения в Республике Башкортостан до 137,7 на 100000 населения в Курганской области (рис. 2).

Среди заболевших туберкулезом преобладали больные туберкулезом органов дыхания. Доля впервые выявленных больных с диагнозом активного туберкулеза органов дыхания на Урале в 2010 году составляла 94,5%.

Заболеваемость туберкулезом органов дыхания с распадом легочной ткани является важным показателем, свидетельствующем, в значительной степени, о несвоевременном выявлении данного инфекционного заболевания.

Доля туберкулеза органов дыхания в фазе распада (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в 2010 году на Урале составляла 37,2%.

В течение восьмилетнего периода времени (2003-2010 годы) в большинстве территорий Урала произошло снижение уровня заболеваемости туберкулезом органов дыхания с распадом легочной ткани на 1,2- 32,5%. Максимальное снижение величины показателя отмечено в Республике Башкортостан и Ямало-Ненецком автономном округе, соответственно минимальное – в Челябинской области.

В 2010 году, в сравнении с предшествующим годом, в 10 территориях курации ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии», за исключением Свердловской области, наблюдалась положительная динамика анализируемого показателя.

Наиболее трудноизлечимой формой туберкулеза легких среди впервые выявленных больных является фиброзно-кавернозная. Фиброзно-кавернозный туберкулез отражает, как и деструктивный туберкулез органов дыхания, позднее выявление данного инфекционного заболевания в результате неэффективно проводимой работы по выявлению туберкулеза учреждениями общей лечебно-профилактической сети.

Уровень заболеваемости населения фиброзно-кавернозным туберкулезом легких на Урале (по данным отчетной формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом») в 2010 году соответствовал 1,1‰, что выше на 10,0% аналогичного показателя предшествующего года, равного 1,0‰. В течение 2009-2010 годов зарегистрирован рост заболеваемости фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в Оренбургской, Свердловской, Тюменской и Челябинской области, Пермском крае и Ямало-Ненецком автономном округе.

Различные возрастные группы населения обладают разной восприимчивостью к туберкулезной инфекции, что отражается на уровне их заболеваемости.

Заболеваемость туберкулезом детей (0-14 лет) (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») по территориям курации института в 2010 году составила 9,5 на 100000 детского населения. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечена в Ямало-Ненецком автономном округе (22,5 на 100000 населения), Курганской (15,9 на 100000 населения) и Тюменской (14,1 на 100000 населения) областях. Динамика заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет в субъектах

Урала в 2003-2010 годы представлена на рисунке 3. Несмотря на волнообразный характер динамики показателя заболеваемости туберкулезом детей, уровень последнего в течение анализируемого периода времени в 8 территориях Уральского региона из 11 уменьшился. В Оренбургской и Челябинской областях, Пермском крае отмечен рост показателя.

При анализе динамики показателя заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 15-17 лет на Урале установлен рост показателя в 2003-2010 годы с 29,7 до 33,6 на 100000 соответствующего населения. Аналогичная тенденция показателя в течение анализируемого периода времени зарегистрирована в Республике Башкортостан, Оренбургской, Свердловской, Тюменской и Челябинской областях, Пермском крае и Ямало-Ненецком автономном округе (рис. 4).

Значительное увеличение показателя заболеваемости туберкулезом детей (15-17 лет) наблюдалось в Ямало-Ненецком (в 3,8 раза) автономном округе.

Распространенность туберкулеза среди населения является важным показателем, характеризующим туберкулез как хроническое заболевание.

Величина показателя распространенности туберкулеза зависит от влияния как медицинских, так и не медицинских факторов. Так, к числу медицинских факторов следует отнести, во-первых, число впервые выявленных больных, особенно с бактериовыделением и распадом легочной ткани, частоту рецидивов туберкулезного процесса, во-вторых, показатель эффективности лечения, определяемый тактикой его проведения противотуберкулезным диспансером, осуществляющим перевод больного из активных групп учета в неактивные. Значительное влияние на уровень показателя распространенности туберкулеза среди населения может оказать миграция больных, являющаяся немедицинским фактором.

Распространенность туберкулеза всех локализаций в территориях курации в 2010 году составила 198,8 на 100000 населения. Наибольшая распространенность туберкулеза в 2010 году отмечена в Курганской и Свердловской областях – 313,5 и 258,0 на 100000 населения соответственно. Анализ динамики данного показателя в 2003-2010 годах свидетельствует о снижении данного показателя во всех территориях, подведомственных УНИИФ.

Одним из важнейших и наиболее достоверных показателей, характеризующих тяжесть эпидемиологической ситуации по туберкулезу, является смертность от этого заболевания.

При анализе показателя смертности от активных форм туберкулеза больных, состоящих на учете (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») в период с 2003 по 2010 годы установлено снижение величины первого в 10 из 11 территориях, курируемых институтом, за исключением Тюменской области, где показатель смертности составил в 2003 г. 18,0 на 100000 населения, в 2010 г. – 18,9 на 100000 населения (рис. 6).

Показатель смертности больных туберкулезом от данного инфекционного заболевания в территориях Урала отличается разбросом величины. Наиболее высокий уровень данного показателя в 2010 году отмечался в Курганской области (28,6 на 100000 населения), соответственно наиболее низкий – в Кировской области (6,8 на 100000 населения). Обращает внимание, что в 2010 году, в сравнении с предшествующим годом, установлено снижение уровня анализируемого показателя во всех территориях Урала.

В структуре смертности больных активными формами туберкулеза в Уральском регионе 16,6% составляют умершие на первом году наблюдения в противотуберкулезном диспансере. Наибольший удельный вес умерших на первом году наблюдения среди впервые выявленных больных туберкулезом в 2010 году был установлен в Удмуртской Республике (5,6%), Курганской области (5,0%), Пермском крае (4,1%).

Показатели доли смертности пациентов на первом году наблюдения характеризуют низкий уровень организации выявления больных туберкулезом. Так, охват флюорографическими осмотрами населения старше 15 лет в Уральском регионе в 2010 году составил только 71,0%. Минимальные значения данного показателя в 2010 году отмечались в Свердловской и Курганской областях – 60,2 и 62,4% соответственно.

Недостаточный уровень организации выявления туберкулеза, а также другие факторы напрямую влияют на эффективность лечения: значительная доля запущенных форм заболевания у впервые выявленных больных не позволяет фтизиатрам добиваться высоких показателей излечения. В 2010 году показатель прекращения бактериовыделения в территориях Урала варьировал от 51,3%

в Удмуртской Республике до 86,3% в Оренбургской области, соответственно закрытия полостей распада - от 48,3% в Удмуртской Республике до 76,2% в Оренбургской области. Низкие показатели эффективности лечения в отдельных территориях Урала связаны также с недостаточным контролем приема противотуберкулезных препаратов и выполнением стандартов лечения.

Противотуберкулезные диспансеры ряда территорий недостаточно используют хирургические методы лечения. Так, при значении показателя доли оперированных больных по поводу туберкулеза органов дыхания среди больных данным инфекционным заболеванием, состоящих на учете, в Уральском регионе в 2010 году, равном 5,7%, в Ямало-Ненецком автономном округе величина данного показателя соответствовала 2,6%, Свердловской области – 3,6%, Удмуртской Республике – 3,2%.

Показатель абациллирования контингентов на Урале в 2010 году, составив 38,7%, был выше такового в предшествующем году (37,5%). При анализе показателя в территориях, курируемых ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, установлена тенденция роста его значений практически во всех субъектах Уральского региона в 2003-2010 годы. Однако в 2009-2010 годы в 2 территориях Урала зарегистрировано снижение величины данного показателя (в Кировской области и Ямало-Ненецком автономном округе). В 2010 году уровень показателя абациллирования контингентов в территориях Уральского региона варьировал от 20,2% в Ямало-Ненецком автономном округе до 67,0% в Тюменской области.

Показатель клинического излечения больных туберкулезом в течение 2003-2010 годов в большинстве территорий Урала, за исключением Республики Башкортостан, Удмуртской Республики и Ямало-Ненецкого автономного округа, имел положительную динамику. В 2009-2010 годы в 4 территориях Уральского региона (Кировская и Оренбургская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономный округ) установлено снижение уровня анализируемого показателя. В других субъектах, курируемых ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, отмечен рост показателя клинического излечения больных туберкулезом.

В последние годы проявила себя опасная тенденция роста доли форм туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя как среди контингентов противотуберкулезных диспансеров, так и среди впервые выявленных больных, что негативно отражается на эффективности лечения и излечения больных активных туберкулезом органов дыхания. Немаловажную роль в возникновении множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза играют, с одной стороны, проблемы лекарственного обеспечения (недостаток лекарственных средств и неритмичность поставок противотуберкулезных препаратов, следствием которой являются перерывы в лечении); недостаточная квалификация медицинского персонала, осуществляющего лечение больных туберкулезом, с другой стороны, увеличение охвата территорий тестированием на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза.

В России в течение последнего десятилетия более чем в 2 раза произошло увеличение доли впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, соответственно среди контингентов – более чем в 1,5 раза [5].

В Уральском регионе динамика показателя множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом легких, как и в России, имеет тенденцию к росту, но характеризуется большим разбросом показателей, что определяется низким качеством проведения бактериологических исследований. Данный факт, по-видимому, связан с дефектами в организации работы бактериологических лабораторий, недостаточным качеством проводимых последними исследований на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза. Обращает внимание, что из 105 лабораторий противотуберкулезной службы Урала только 35 участвует в Федеральной системе внешней оценки качества по разделу «Исследование лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза», что составляет 33,3%.

Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза, наряду с ростом распространенности лекарственно-устойчивого туберкулеза, низкой эффективностью лечения больных туберкулезной инфекцией, является одной из предпосылок усиления влияния данного инфекционного заболевания на здоровье населения.

ВИЧ-инфекция рассматривается как важный фактор, предрасполагающий к инфицированию,

реинфекции, а также реактивации латентного туберкулеза. В этой связи важное значение должно быть уделено своевременному выявлению ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом.

В 2010 году среди впервые зарегистрированных больных (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») туберкулезом в Уральском регионе обследовано на антитела к ВИЧ 96,8% пациентов, из них у 7,7% обследованных больных была выявлена ВИЧ-инфекция. В территориях курации ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России доля впервые выявленных больных туберкулезом, обследованных на антитела к ВИЧ-инфекции, в 2010 году колебалась от 92,2% в Курганской области до 100,0% в Республике Башкортостан. Удельный вес полученных положительных результатов методом иммунного блотинга на антитела к ВИЧ-инфекции в вышеуказанном году варьировал от 0,5% в Кировской области и Удмуртской Республике до 17,7% в Оренбургской области.

Заболееваемость туберкулезом лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом»), в 2010 году в Уральском регионе составила 8,2 на 100000 населения, что выше аналогичного показателя 2009 года на 16,2%. В территориях Урала величина данного показателя в 2010 году отличалась значительной дисперсией и колебалась от 0,4 на 100000 населения в Кировской области до 14,5 на 100000 населения в Свердловской области.

Распространенность туберкулеза среди больных, страдающих ВИЧ-инфекцией (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом»), составив в 2010 году на Урале 20,5 на 100000 населения, на 14,5% превышала таковую предшествующего года. Диапазон данного показателя на Урале в 2010 году ограничивался наименьшим значением в Кировской области (0,9‰) и наибольшим – в Свердловской области (36,4‰).

Смертность от туберкулеза больных, страдающих сочетанной с ВИЧ инфекцией, в 2010 году в Уральском регионе была равна 1,1 на 100000 населения. В территориях, курируемых ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, уровень показателя колебался от 0,05 в Республике Башкортостан до 2,2 на 100000 населения в Курганской области.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в определенной степени зависит от результатов работы противотуберкулезных учреждений, их кадрового обеспечения и материально-технической базы.

К сожалению, на протяжении многих лет важнейшей проблемой деятельности противотуберкулезной службы остается острый дефицит и увеличение среднего возраста ее работников, что обусловлено снижением популярности среди молодых врачей профессии фтизиатра по причине низкого уровня заработной платы, отсутствия дополнительных социальных гарантий, высокого риска профессионального заболевания, прямой угрозы жизни со стороны больных, нередко имеющих не одну судимость. Так, в 2010 году в учреждениях здравоохранения Урала работало 1389 фтизиатра. Укомплектованность службы врачами-фтизиатрами составляла 96,6%, коэффициент совместительства был равен 1,6. Обращает внимание, что 32,2% врачей-фтизиатров - лица пенсионного возраста. Доля врачей-фтизиатров пенсионного возраста, работающих в противотуберкулезных учреждениях субъектов Уральского региона, в 2010 году варьировала от 24,1% в Удмуртской Республике до 52,9% в Курганской области.

Материально-техническая база большей части противотуберкулезных учреждений (диспансеров, больниц) является неудовлетворительной. Так, практически во всех территориях округа более 50% противотуберкулезных учреждений нуждается в капитальном ремонте. В большинстве территорий многие противотуберкулезные учреждения не оборудованы очистными сооружениями в соответствии с санитарными нормативами.

Выводы:

1. Основные показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в территориях Уральского региона, остаются на высоком уровне, несмотря на тенденцию к снижению в 2003-2010 годы.

2. Структура клинических форм туберкулеза у больных, выявляемых в территориях курации научно-исследовательского института за последние годы, имеет перевес в сторону запущенных, распространенных и осложненных процессов.

3. Увеличение доли больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя свидетельствует об особенностях эпидпроцесса, об улучшении качества

бактериологической диагностики, а также связано с невыполнением стандартов лечения.

4. На фоне роста заболеваемости населения туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя отмечается высокая дисперсия этого показателя в территориях Урала, что обусловлено различиями в качестве проведения бактериологических исследований лабораториями региона.

5. Установлено увеличение показателя заболеваемости и распространенности туберкулеза среди больных, страдающих ВИЧ-инфекцией.

6. Низкие показатели эффективности лечения связаны с недостаточным контролем приема противотуберкулезных препаратов и невыполнением стандартов лечения, ограниченным использованием хирургических методов лечения больных туберкулезом.

7. Проблемой деятельности противотуберкулезной службы остается острый дефицит и увеличение среднего возраста ее работников, неудовлетворительная материально-техническая база большей части противотуберкулезных учреждений (диспансеров, больниц).

8. Курационная работа института в территориях имеет резервы и должна быть направлена на мониторинг деятельности противотуберкулезной службы, организационно-методическую и консультативную работу.

Учитывая вышесказанное, можно сформулировать следующие приоритетные задачи по совершенствованию деятельности противотуберкулезной службы на Урале:

1. Федеральный уровень:

1.1. Организовать на базах Федеральных научно-исследовательских институтов фтизиопульмонологии межрегиональные центры мониторинга эпидемиологической ситуации и деятельности противотуберкулезной службы территорий курации.

1.2. Осуществить поиск ресурсов для расширения объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным туберкулезом.

1.3. Учитывая высокую эпидемиологическую опасность больных активными формами туберкулеза, осуществить первоочередное внедрение системы дистанционного телеконсультирования, в том числе для оценки показаний и отбора больных для оказания высокотехнологичной помощи.

1.4. Внедрять технологии дистанционного непрерывного образования специалистов противотуберкулезных учреждений в рамках реализации государственных программ последипломной подготовки кадров.

2. Уровень субъекта РФ:

2.1. Повысить ответственность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления за качество и эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий в условиях модернизации противотуберкулезной службы:

2.1.1. Повысить роль межведомственных и санитарно-противоэпидемических комиссий;

2.1.2. Ужесточить меры контроля выявления туберкулеза:

- повысить охват проверочными флюороосмотрами с преимущественным привлечением контингентов групп риска учреждениями общей лечебно-профилактической сети;

- обеспечить качественное выполнение стандарта обследования в учреждениях общей лечебной сети (микроскопия мазка мокроты);

- при оценке деятельности руководителей органов управления учитывать критерии качества и результативности противотуберкулезной помощи.

2.1.3. Восстановить управление комплексом противотуберкулезных мероприятий на основе территориальных целевых программ и финансирование приоритетных направлений обеспечения результативности борьбы с туберкулезом:

- бесперебойное обеспечение основными лекарственными препаратами и расходными материалами (туберкулин, диаскинтест, рентгеновская пленка, питательные среды и др.);

- реализация системы мер по удержанию больных на лечении, контроля терапии и мониторинга ее эффективности;

- ужесточение контроля за своевременностью применения регламентированных стандартами ведения больных лечебно-диагностических мероприятий (в т.ч. на основе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия);

- внедрение и использование широкой информатизации и телемедицины;
 - существенное расширение объемов хирургической помощи на ранних стадиях заболевания.
- 2.2. Органам управления здравоохранения:
- 2.2.1. Организовать модернизацию противотуберкулезной службы.
- 2.2.2. Усилить контроль за выполнением мероприятий инфекционного контроля, обеспечением биобезопасности работы персонала и пациентов (инженерно-технические сооружения, разделение потоков больных с бактериовыделением, без бактериовыделения и с лекарственной устойчивостью возбудителя).
- 2.2.3. Усилить контроль за соблюдением стандартов (протоколов) лечения больных туберкулезом в части соблюдения режимов химиотерапии и приемом препаратов.
- 2.2.4. Активизировать работу по составлению заявок для формирования квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным туберкулезом.
- 2.3. Руководителям противотуберкулезных учреждений:
- 2.3.1. Обеспечить выполнение программных мероприятий в рамках реализации модернизации противотуберкулезной службы.
- 2.3.2. Осуществлять мероприятия по кадровому обеспечению работы всех звеньев противотуберкулезной службы.
- 2.3.3. Внедрить систему обеспечения качества в лабораториях, в том числе обязательного их участия в Федеральной системе внешней оценки качества (ФСВОК) с валидацией применяемых методов бактериологической диагностики туберкулеза в соответствии с приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» и рекомендациями по его реализации.
- 2.3.4. Поэтапно внедрять экспресс-методы выявления и определения лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.
- 2.3.5. Обеспечить выполнение мероприятий по инфекционному контролю за внутрибольничным распространением туберкулеза и биобезопасностью персонала и пациентов лечебно-профилактических учреждений.
3. Уровень муниципальных образований:
- 3.1. Организовать модернизацию противотуберкулезной службы.
- 3.2. Обеспечить проведение противоэпидемических и медико-социальных мероприятий в отношении хронических больных-бактериовыделителей (изоляция, паллиативное лечение).
- 3.3. Организовать мероприятия инфекционного контроля за внутрибольничным распространением туберкулеза, обеспечить биобезопасность персонала и пациентов лечебно-профилактических учреждений.
- 3.4. Существенно повысить качество и комплексность профилактических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции (взаимодействия фтизиатра, терапевта, педиатра, эпидемиолога и др.) на основании критериев оценки участковых специалистов в соответствии с приказами МЗ РФ № 282 от 19.04.2007 «Об утверждении критериев эффективности деятельности врача-терапевта участкового»; № 283 от 19.04.2007 «Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача-педиатра участкового», № 324 от 11.05.2007 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке», № 325 от 11.05.2007 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)», № 326 от 11.05.2007 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».
- 3.5. Обеспечить систематическое проведение мероприятий по санитарному просвещению и повышению уровня знаний населения о туберкулезе.
- 3.6. Организовать на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ФАПов) применение технологий контроля химиотерапии больных туберкулезом в фазе продолжения.

Литература

1. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Уральском регионе в 2008-2009 годы// Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 21-23 октября 2010 года. Санкт-Петербург, 2010. С.65-66.
2. Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»// Проблемы туберкулёза. 2003. № 11. С. 57-64.
3. Приказ Минздрава РФ от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» – М.: Без изд., 2004. 51 с.
4. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. М., 2010. 224 с.
5. Туберкулез на Урале (1995-2009 гг.) /Д.Н. Голубев, В.А. Подгаева, С.Н. Скорняков, И.А. Черных, А.Ю. Черных. Екатеринбург, 2010. 213 с.

Автор, ответственный за переписку:

Подгаева Валентина Александровна

e-mail: Podgayeva@mail.ru

Сведения об авторах:

Голубев Дмитрий Николаевич – директор ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, доктор медицинских наук, профессор.

Подгаева Валентина Александровна – заместитель директора ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, кандидат медицинских наук.

Медвинский Игорь Давыдович - заместитель директора ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России, доктор медицинских наук.

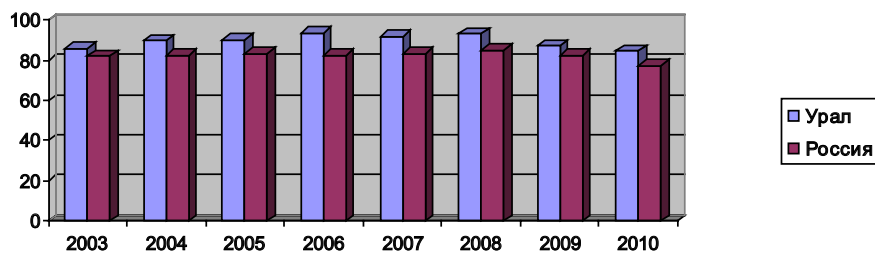


Рисунок 1.
Динамика заболеваемости населения туберкулезом (по данным отчетной формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом») в 2003- 2010 годы на Урале и в России (на 100000 населения)

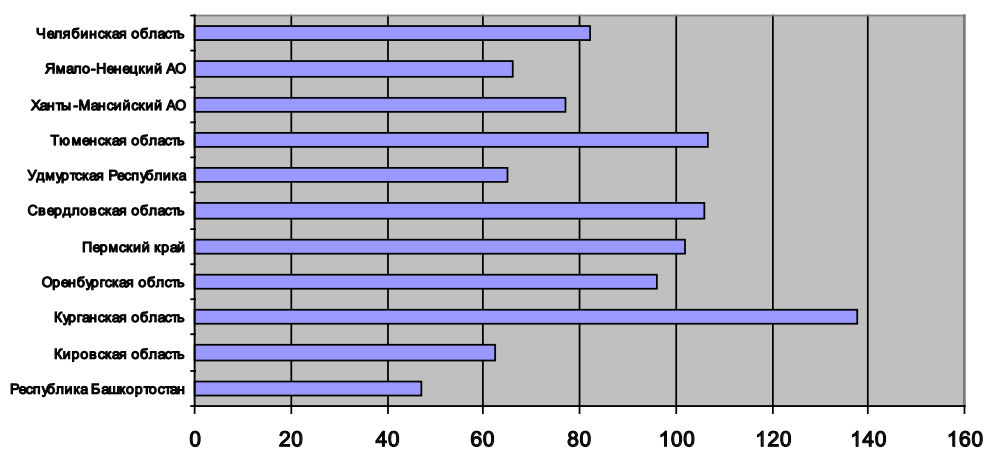


Рисунок 2.
Заболеваемость туберкулезом населения (по данным отчетной формы № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом») в субъектах Урала в 2010 году (на 100000 населения)

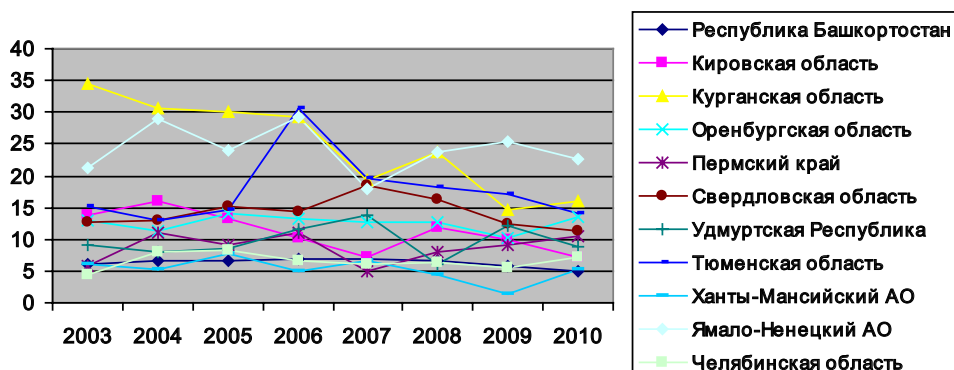


Рисунок 3.
Динамика заболеваемости туберкулезом детей (0-14 лет) (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») в территориях Урала в 2003- 2010 годы (на 100000 соответствующего детского населения)

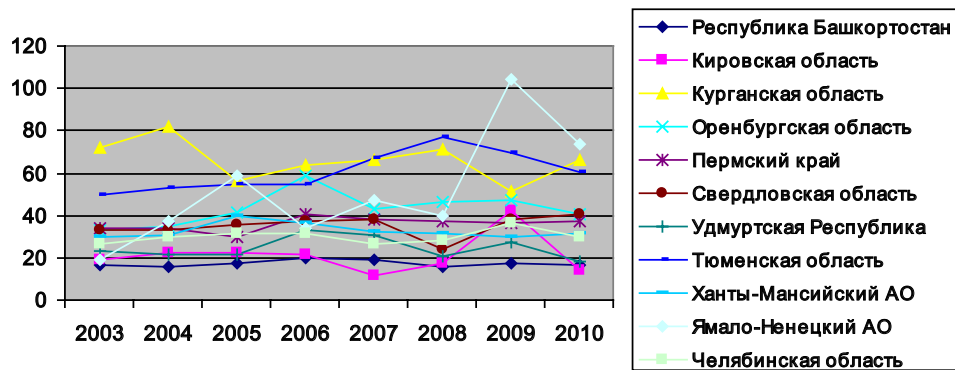


Рисунок 4.
Динамика заболеваемости туберкулезом детей (15-17 лет) (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») в территориях Урала в 2003- 2010 годы (на 100000 соответствующего детского населения)

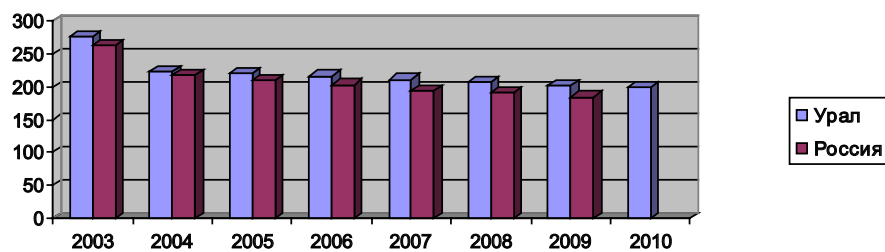


Рисунок 5.
Динамика распространенности туберкулеза среди населения на Урале и в России в 2003-2010 годы (на 100000 населения)

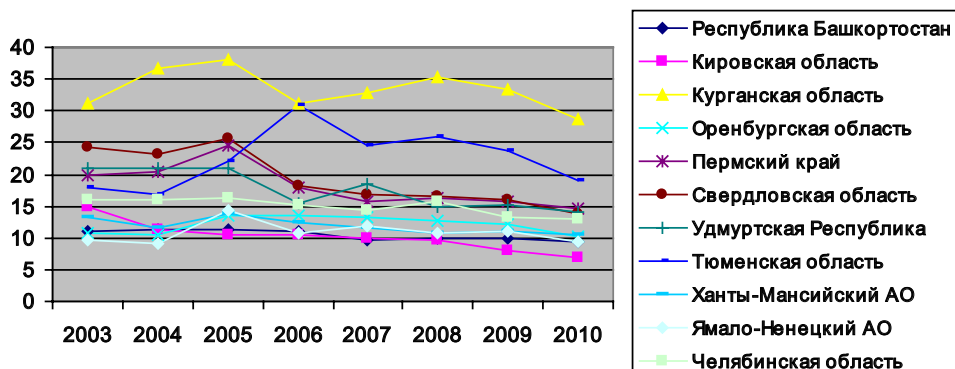


Рисунок 6.
Динамика показателя смертности населения от активных форм туберкулеза (по данным отчетной формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом») в субъектах Урала в 2003-2010 годы (на 100000 населения)