

Оценка качества оказания противотуберкулезной помощи в современных условиях

И.В. Игнатенко

ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития РФ, Москва

В статье рассмотрены вопросы современного состояния противотуберкулезной службы, ее организационно-методические особенности на современном этапе. Проведенный анализ данных позволил сформулировать ряд предложений по своевременному и качественному оказанию лечебно-диагностической помощи фтизиатрическим больным, а также разработать методику оценки качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: туберкулез, организация, лечебно-диагностические мероприятия, качество, оценка, критерии.

The article discusses current problems of antituberculous service, its organizational and methodological peculiarities. An analysis of obtained results has allowed to formulate some suggestions on timely and qualitatively adequate curative-diagnostic help to tuberculous patients, as well as to develop a technique for assessing quality of medical help to this group of patients.

Key words: tuberculosis, organization, curative-diagnostic measures, quality, assessment, criteria.

Туберкулез остается серьезной глобальной проблемой современности. Несмотря на огромный опыт человечества в борьбе с туберкулезом, в том числе доступное и эффективное лечение, ежегодно в мире регистрируется 9 млн новых случаев заболевания туберкулезом и почти 2 млн умерших от него. Бремя туберкулеза неразрывно связано не только с огромными нагрузками на систему здравоохранения, но и с потерями в экономике стран, поскольку в основном туберкулез поражает трудоспособное население. В соответствии с Резолюцией Всемирной Организации Здравоохранения (Resolution WHA 44,8/2004 г.) туберкулез провозглашен как важнейшая глобальная проблема общественного здравоохранения.

В Резолюции ВОЗ были поставлены две стратегические задачи в области борьбы с туберкулезом - к 2015 г. обеспечить выявление 70% новых больных с бактериовыделением, определенным по микроскопии мокроты, и излечение 85% из них. За прошедший период в рамках реализации Глобального плана «Остановить туберкулез» как механизма выполнения Резолюции ВОЗ WHA 44,8 проведен широкий комплекс мероприятий в рамках стратегии, названной DOTS (Directly Observed Treatment Short-course). Усилия по борьбе с туберкулезом базировались на политической поддержке со стороны руководителей стран, что нашло отражение в Амстердамской декларации (2001 г.), Вашингтонской декларации по борьбе с туберкулезом (2003 г.), форума Партнеров в области борьбы с туберкулезом, состоявшегося в Дели в 2004 г., заседании специального Комитета по вопросам борьбы с эпидемией туберкулеза в 2005 г., Европейского министерского форума «Все против туберкулеза» (Берлин, 2007 г.).

Принятие адекватных управленческих решений, направленных на повышение эффективности деятельности учреждений и удовлетворение потребностей населения, возможно только на основе получения соответствующей информации о качестве оказываемой медицинской помощи и выявления факторов, влияющих на его уровень [1–4].

Все вышеизложенное является основанием для проведения исследования, посвященного разработке методических подходов к изучению качества диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений в современных условиях.

Результаты и обсуждение

В свете совершенствования системы здравоохранения одной из приоритетных задач на современном этапе является обеспечение высокого качества медицинской помощи [5–7]. В условиях реорганизации противотуберкулезной службы (ПТС) и изменения принципов диспансерного обслуживания вопросы обеспечения качества медицинской помощи больным туберкулезом приобретают особую актуальность.

Противотуберкулезный диспансер (ПТД) представляет собой сложное специализированное лечебно-профилактическое учреждение с широкой и разнообразной сферой деятельности. Центральным звеном в системе оказания противотуберкулезной помощи населению является участковая фтизиатрическая служба. В основу деятельности участковых врачей-фтизиатров положен диспансерный метод работы.

Основной задачей диспансера является оказание специализированной медицинской помощи. Длительность лечения и наблюдения зависит от характера, степени и распространенности туберкулезного процесса. Систематическое дифференцированное наблюдение за больными туберкулезом осуществлялось согласно приказу Минздрава РФ от 22.11.1995 г. №234 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению РФ» с последующим пересмотром от 25.12.2001 г. № 892, далее приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2005 г. № 633, в котором утверждена новая инструкция по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений.

Формы и методы работы изменялись на протяжении многих лет существования противотуберкулезных учреждений. Однако научная концепция и схема диспансерной группировки не претерпели существенных изменений, несмотря на то, что в последние десятилетия разработаны и внедрены в практику более совершенные технологии диагностики туберкулеза и высокоэффективные методы комплексного лечения, позволяющие излечивать туберкулез в значительно более короткие сроки.

Одним из наиболее значимых факторов, влияющих на показатели качества диспансерного наблюдения, является контролируемая химиотерапия и химиопрофилактика, гарантирующие обязательный прием препаратов. В организации амбулаторного контролируемого лечения и профилактики наиболее важным и трудным моментом является

обеспечение систематического приема противотуберкулезных препаратов в присутствии медицинского работника.

В современных социально-экономических условиях организации противотуберкулезного лечения только половина больных туберкулезом выдерживает жестко контролируемую многомесячную терапию. Неудовлетворительное лечение наблюдается у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий. В течение диспансерного наблюдения многие пациенты исчезают из поля зрения участковых врачей-фтизиатров, причиной чего в основном служит недисциплинированность больных.

В настоящее время в ПТД с целью проведения как амбулаторной терапии, так и химиопрофилактики препараты выдаются на руки больным на определенный срок. По причине значительной протяженности территорий (мегаполис, крупные районы), недостаточного количества транспорта для сельских местностей или неудобства проезда до ПТД в крупных городах непосредственный контроль за приемом лекарств не проводится. В таких случаях имеет место неэффективность лечения больного, нарушение режима приема лекарств и как следствие неполноценный курс лечения или химиопрофилактики.

В условиях недостаточного финансирования с учетом высокой стоимости противотуберкулезных препаратов вопрос организации контролируемой терапии и оптимального использования ресурсов является актуальным.

Выявление туберкулеза является приоритетным направлением в системе противотуберкулезных мероприятий. Особенно важным оно стало в сложившейся социально-экономической обстановке в стране, в условиях резкого ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу и особенно значительного недо выявления внелегочных его локализаций. Своевременное выявление препятствует дальнейшему распространению инфекции, позволяет прервать эпидемический процесс и дает заболевшему шанс получить эффективное лечение.

Для повышения качества лечебно-диагностического процесса в ПТД требуется оптимальный уровень материально-технического оснащения учреждения, в частности рентгенологическим и лабораторным оборудованием, средствами связи и оргтехники. Особенно остро данная проблема стоит в сельской местности и в отдаленных от областного центра районах. Низкий уровень оснащенности рентгеновским оборудованием, в частности передвижными рентгеновскими установками, низкий уровень организации и качества работы лабораторно-диагностических служб усугубляются острым дефицитом кадрового потенциала [8, 9].

Только комплексный подход к улучшению качества медицинской помощи больным туберкулезом с вовлечением всех заинтересованных сторон позволит нам преодолеть существующие проблемы и добиться стойкой тенденции к улучшению ситуации и стабилизации с дальнейшим снижением показателей смертности, распространенности и заболеваемости туберкулезом.

Полученные данные в результате проведенного исследования позволили разработать методику экспертизы качества диспансерного наблюдения за фтизиатрическими больными.

Сущность методики заключается в том, что нами был разработан понятийный аппарат, включающий следую-

щие критерии оценки качества. В предложенной методике критерии оценки качества предусматривают возможные причины, их обуславливающие.

1. Критерии оценки своевременного выявления туберкулеза

Своевременно выявленные случаи туберкулеза — начальный характер процесса, относительно небольшая протяженность (в пределах 1-2 сегментов), отсутствие явлений распада легочной ткани и далеко зашедших обширных патологических изменений. Важным является прогностический критерий, т.е. обратимость процесса с помощью лечебных и оздоровительных мероприятий. К числу своевременно выявленных форм туберкулеза относятся свежие инфильтративные и очаговые формы (в фазе инфильтрации), диссеминированные формы умеренного распространения в инфильтративной фазе (без распада и при отсутствии признаков давности процесса).

Несвоевременно выявленные случаи туберкулеза — фиброзно-кавернозный и кавернозный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез в фазе распада, туберкулома в фазе распада, активный цирротический процесс, казеозная пневмония, милиарный туберкулез, запущенные формы внелегочного туберкулеза.

При решении вопроса о характере выявления рекомендуется учитывать давность проявления клинических симптомов болезни: если этот период времени превышает 3 мес, то подобный процесс относится к числу несвоевременно выявленных. О своевременности выявления экссудативного плеврита можно говорить при его продолжительности не более 3 нед и при отсутствии признаков обнаружения жидкости в плевральной полости.

2. Критерии оценки правильности ведения медицинской документации

Хорошее — своевременное заполнение учетной формы № 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза и с рецидивом туберкулеза» и направление в Центр госсанэпиднадзора по месту регистрации, фактического проживания и работы (учебы) больного в трехдневный срок, формы № 058/у «Экстренное извещение» на каждого больного туберкулезом, у которого установлено выделение микобактерий, и направление в течение 12 ч. Ведение медицинской документации, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 13.02.2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».

Удовлетворительное — несвоевременно поданы учетные формы №089/у-туб и 058/у, нерегулярно оформляются заключения о состоянии пациента, динамике патологического процесса и эффективности проводимого лечения, этапные эпикризы и т.д., частично отсутствуют некоторые обязательные учетные формы.

Неудовлетворительное — не поданы учетные формы № 089/у-туб и 058/у, отсутствуют утвержденные учетные формы, отсутствуют заключения о состоянии пациента, динамике патологического процесса и эффективности проводимого лечения, этапные эпикризы и т.д.

3. Оценка проведения диагностических мероприятий

В полном объеме — использование всех обязательных лабораторно-диагностических исследований, с кратностью их проведения в зависимости от группы диспансерного учета, согласно схеме обследования взрослых пациентов, состоящих на диспансерном учете, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О со-

вершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Не в полном объеме - отсутствие двух или трех обязательных лабораторно-диагностических исследований, которые необходимы при обследовании больных туберкулезом, неоднократное нарушение кратности обследования в зависимости от группы диспансерного учета.

4. Оценка соблюдения сроков диспансерного наблюдения осуществляется согласно порядку диспансерного наблюдения и учета контингентов взрослых, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений, утвержденному Приказом Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

5. Оценка лечебных мероприятий осуществляется согласно инструкции по химиотерапии больных туберкулезом, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». В пределах стандартов проводят индивидуализацию лечебной тактики с учетом особенностей динамики заболевания, лекарственной чувствительности возбудителя, фармакокинетики применяемых препаратов и их взаимодействия, переносимости препаратов и наличия фоновых и сопутствующих заболеваний.

6. Оценка своевременности обследования контактов

Своевременно - обследование всех лиц, находившихся в контакте с больным туберкулезом в течение 14 дней с момента выявления больного, и взятие на диспансерный учет, передача контактных детей в детское отделение в течение 1-3 дней.

Несвоевременно - отсутствие результатов рентгенологических, лабораторно-диагностических исследований менее двух контактных взрослых лиц, несвоевременное взятие на учет в IV группу диспансерного учета, передача контактных детей в детское отделение спустя 5 дней.

7. Оценка деятельности в эпидемических очагах туберкулеза.

Своевременно - посещение очага в первые 3 дня с момента обнаружения микобактерий или деструкции легочной ткани, регулярное посещения очага в зависимости от эпидемиологической опасности (группы очага): I группы - не реже 1 раза в квартал, II группы - 1 раз в полугодие, III группы - 1 раз в год. Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, согласно санитарно-эпидемиологическим правилам «Профилактика туберкулеза СП 3.1.1295-03», утвержденным Главным государственным санитарным врачом РФ от 22.04.2003 г.

Несвоевременно - посещение очага инфекции спустя 3 дня с момента обнаружения микобактерий или деструкции легочной ткани, нерегулярные посещения очага в зависимости от эпидемиологической опасности.

8. Оценка преемственности в работе фтизиатрической службы и общей лечебной сети

В полном объеме - регулярное посещение прикрепленной к фтизиатрическому участку районной поликлиники (не реже 1 раза в 2 нед), своевременный разбор впервые выявленных больных туберкулезом в поликлинике с момента выявления, заполнения протокола на несвоевременно выявленные случаи заболевания (в течение 2 мес), наличие плана санитарно-просветительской работы, проведение конференций в поликлинике. Осуществление участковым врачом-фтизиатром профилактической

работы в поликлинике (вакцинация, профилактическая флюорография и т.д.).

Не в полном объеме - нерегулярные посещения поликлиники, поздние разборы несвоевременно выявленных случаев заболевания туберкулезом (боле 3 мес), низкий процент охвата профилактическими осмотрами на туберкулез прикрепленного населения поликлиники (менее 50%).

Поскольку вопрос экспертизы нетрудоспособности является сложным не только в тактическом, но и в техническом плане, то в предложенную методику оценки качества вопросы экспертизы не входили.

Заключение

Таким образом, разработанная методика и карта экспертной оценки качества законченных случаев диспансерного наблюдения с клиническим излечением туберкулеза позволят выявить недостатки медико-организационного характера и причины, их обуславливающие, что даст определенную информацию для принятия соответствующих управленческих решений по их устранению.

Полученные результаты исследования с использованием данной методики экспертизы качества диспансерного наблюдения с клиническим излечением туберкулеза позволили разработать основные медико-организационные подходы к повышению качества диспансерного наблюдения больных туберкулезом.

Литература

1. Алексеева Л.П., Оздоева Е.Н. Проблема бездомных больных туберкулезом // Вопросы эпидемиологии, диагностики, клиники и лечения туберкулеза: Сб. науч. тр. - М. - 1996. - С.25-27.
2. Альмитов Р.А. Прогнозирование туберкулеза легких по медико-социальным факторам риска и пути совершенствования его профилактики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Казань, 2005.
3. Аминев Х.К., Азаматова М.М., Гилязитдинов К.А., и др. Эффективность стационарного этапа комплексного лечения взрослых больных туберкулезом легких // Пробл. туб. - 2007. - № 6. - С. 4 - 9.
4. Онищенко Г.Г. Борьба с инфекционными болезнями - приоритетная тема председательства Российской Федерации в «группе восьмерки» в 2006г. // Здравоохранение РФ. - 2007. - №1. - С. 3-6.
5. Сельцовский П.П. Социальные аспекты эпидемической ситуации по туберкулезу в мегаполисе: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2003.
6. Сельцовский П.П., Литвинов В.И., Слогоцкая Л.В. Влияние социальных факторов на смертность от туберкулеза, эффективность мер медико-социальной защиты в Москве // Пробл. туб. - 2004 - №2. - С. 11-16.
7. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2005 году. - Воронеж, 2006.
8. Шилова М.В., Хрулева Т.С. О совещании руководителей противотуберкулезных служб субъектов Российской Федерации по итогам работы за 2003 г. // Пробл. туб. - 2005. - №2. - С. 37-40.
9. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Пробл. туб. - 2005. - № 3. - С. 3-11.