

ІНФОРМАЦІЯ

**про медико-організаційне нововведення,
яке рекомендується для впровадження**

КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖРЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ:
6561040, А 05.02, 0105U000620 “Вивчити патоморфоз туберкульозу легень у дорослих в умовах епідемії та розробити організаційні заходи щодо зниження смертності від цієї недуги”, 2005.01 – 2007.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Організаційні заходи щодо зниження смертності від туберкульозу в умовах епідемії.

АНОТАЦІЯ.

Туберкульоз в Україні є однією з найпоширеніших інфекційних і соціальних хвороб, що набула характеру епідемії. Незважаючи на протитуберкульозні заходи, які проводяться в Україні, епідемічна ситуація з туберкульозу продовжує погіршуватися. З 1995 року в Україні спостерігається епідемія туберкульозу. У 1992 – 2006 рр. захворюваність на туберкульоз збільшилася в 2,4 рази, а смертність від туберкульозу – у 2,3 рази. Серед усіх причин зростання показника смертності від туберкульозу вирізняються такі найбільш вагомі, як: зниження життєвого рівня населення; погіршення роботи щодо раннього виявлення хворих на туберкульоз; відсутність контрольованого стандартизованого лікування хворих на туберкульоз; зростаюча чисельність уперше виявлених хворих із важкими формами туберкульозу; зростання чисельності соціально-дезадаптованих хворих.

Суть рекомендованого для впровадження нововведення полягає в тому, що з метою зниження показника смертності від туберкульозу в Україні в умовах епідемії запропоновані організаційні заходи стосовно здійснення моніторингу за смертністю від туберкульозу, своєчасного виявлення туберкульозу, формування та обстеження груп ризику, забезпечення контролю за лікуванням хворих на туберкульоз.

Впровадження моніторингу за смертністю від туберкульозу, у першу чергу, передбачає *верифікацію показника смертності від туберкульозу*. Для цього необхідно проводити наступні заходи:

– копіювання всіх Лікарських свідоцтв про смерть від туберкульозу в місцевому статистичному управлінні та їх зіставленні з даними протитуберкульозних диспансерів;

– контроль за формуванням показника смертності на всіх етапах: у туберкульозному стаціонарі, на фтизіатричній дільниці, у випадках смерті хворого вдома, у стаціонарі загальної медичної мережі, за патологоанатомічними дослідженнями та за протоколами розтинів судово-медичними експертами у випадках смерті на вулиці, в інших місцях;

– розгляд кожного випадку смерті від туберкульозу Комісією щодо летальності. Для верифікації посмертного діагнозу у хворих на туберкульоз необхідно створити в кожній протитуберкульозній установі Комісію щодо летальності зі співробітників даної установи за участю патологоанатомів і судово-медичних експертів. Для того щоб звести до мінімуму недоліки, які допускаються при заповненні Лікарських свідоцтв про смерть, необхідно ввести комп'ютерний облік смертей від туберкульозу, який передбачає стандартизацію змістів патологоанатомічного діагнозу з розшифровкою його згідно п. 1 (а, б, в) Лікарського свідоцтва про смерть.

Своєчасного виявлення хворих на туберкульоз можна домогтися:

- підвищуючи санітарну грамотність населення;
- підвищуючи кваліфікацію медичного персоналу;
- розвиваючи можливості соціальної підтримки хворих (особливо літніх людей, інвалідів, біженців, безпритульних).

Організацію виявлення хворих на туберкульоз необхідно здійснювати з урахуванням соціального стану різних груп населення. Активним виявленням хворих на туберкульоз вважають процес, коли медичний працівник залучає особу до так званого профілактичного огляду, тобто він приїжджає в колектив або викликає пацієнта, що перебуває на диспансерному обліку із приводу будь-якого захворювання, на контрольний прийом або відвідує його вдома з метою виявлення можливого туберкульозу. Активне виявлення туберкульозу особливо доцільне серед людей із груп ризику щодо захворювання на туберкульоз, оскільки шляхом скринінгу населення максимально виявляють осіб із клінічними й/або рентгенологічними симптомами, схожими на туберкульоз. Цих осіб у подальшому слід обстежити для підтвердження або виключення діагнозу туберкульозу.

До груп ризику розвитку туберкульозу належать такі категорії населення:

- а). за соціальними чинниками: безпритульні; мігранти; біженці; ув'язнені й особи, що звільнилися з місць позбавлення волі та члени їх сімей; малозабезпечені; безробітні;

ті, що перебувають на обліку в службі зайнятості понад 1 рік; що звернулися у відділ субсидій; особи із приймальників-розподільників та ізоляторів тимчасового втримання;

б). за медико-біологічними чинниками: хворі на силікоз; хворі, що тривалий час лікувалися кортикостероїдами; хворі, що отримували імуносупресивне та променеве лікування; хворі на рак; ВІЛ-інфіковані; хворі на СНІД; особи з тяжкими хронічними соматичними хворобами (захворювання нирок, деякі кишкові захворювання та інші); особи з дефіцитом маси тіла (на 10 % і нижче від ідеальної); особи, що зловживають алкоголем та наркотиками; особи із залишковими змінами після спонтанно вилікуваного туберкульозу; особи, які вилікувались від туберкульозу; усі рентген-позитивні;

в). за епідеміологічними чинниками: контактні із хворими на туберкульоз та члени їх сімей. Обов'язковому флюорографічному огляду на виявлення туберкульозу підлягають: діти та особи віком до 21 року; працівники, зайняті на важких роботах; працівники, зайняті на роботах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці; працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення; особи, яких тримають в установах кримінально-виконавчої системи; особи, звільнені з установ кримінально-виконавчої системи; особи, які понад один рік зареєстровані в державній службі зайнятості як такі, що шукають роботу, та безробітні; члени малозабезпечених сімей, які понад один рік отримують державну соціальну допомогу; особи, які перебували під медичним (диспансерним) наглядом у протитуберкульозних закладах; особи, які перебувають під медичним (диспансерним) наглядом у наркологічному чи психоневрологічному закладі.

Для активного виявлення хворих на туберкульоз необхідно визначити й сформувані поіменний склад груп підвищеного ризику щодо туберкульозу, зважаючи на регіональні, соціально-економічні умови та медико-біологічні чинники з їх ранжуванням. Тобто, у систему профілактичних оглядів необхідно впровадити автоматизовану систему управління (АСУ) шляхом організації поіменного комп'ютерного обліку всіх, хто підлягає флюорографії на адміністративній території, із занесенням у базу даних груп ризику.

Обстеження груп ризику проводиться в лікувально-профілактичних закладах загально-лікувальної мережі або виїздними флюорографами. Протитуберкульозні заклади є організаційно-методичними центрами з питань обстежень груп ризику, які контролюють організацію та якість виконання плану обстеження. Кожна із груп ризику повинна базуватися на фінансово-економічних обрахунках та медичній ефективності. На кожній адміністративній території можуть формуватися свої групи ризику.

Забезпечення контролю за лікуванням хворих на туберкульоз включає комплекс організаційних і медичних заходів, спрямованих на: доступність для хворих усіх видів лікування, безпечність стаціонарного і/або амбулаторного лікування, забезпечення кожного хворого належними антимікобактеріальними препаратами на весь курс лікування, забезпечення стандартного лікування на всіх етапах під безпосереднім контролем медичного працівника, проведення обстежень у ході лікування для контролю за самим процесом та його ефективністю.

Фтизіатр адміністративної території повинен стежити за тим, щоб медичні працівники правильно контролювали лікування хворих на туберкульоз.

Основою ефективності лікування є:

- дотримання методики безпосереднього контрольованого лікування;
- планування виписки хворого зі стаціонару, яке дуже важливе для забезпечення безперервності лікування у фазі його продовження;
- правильне визначення випадку та моніторинг процесу лікування;
- співробітництво лікаря та хворого;
- застосування за рішенням суду примусового лікування до певної категорії хворих на туберкульоз (хворі на заразні форми туберкульозу які ухиляються від лікування, у тому числі соціально-дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію).

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ: призначено для фахівців протитуберкульозних закладів і лікарів загальної лікувальної мережі для здійснення організаційних заходів, які можуть позитивно вплинути на зниження смертності від туберкульозу та покращання епідемічної ситуації в цілому.

НАУКОВА ЗНАЧИМІСТЬ: визначено та запропоновано комплекс пріоритетних організаційних заходів, впровадження яких може суттєво вплинути на стабілізацію епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні, а в подальшому – і на зниження смертності та інших епідеміологічних показників.

ПРАКТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ: чітке дотримання викладеної оперативної тактики централізованого контролю за правильним оформленням Свідоцтв про смерть від туберкульозу виключить завищення показника смертності через невірне оформлення Свідоцтв про смерть, що дозволить знизити показник смертності приблизно на 2 – 3 %. Дотримання методики організації протитуберкульозних заходів щодо своєчасного

виявлення туберкульозу, охоплення обстеженням усіх осіб із груп ризику відносно захворювання на туберкульоз, забезпечення контрольованого лікування на всіх етапах, дозволить досягти щорічного зниження смертності від туберкульозу щонайменше на 1,0 % та буде сприяти поліпшенню епідемічної ситуації з туберкульозу через 2 – 3 роки після її впровадження. У цілому при впровадженні запропонованих заходів за один рік можна зменшити економічні збитки від смертності в Україні на 324882086,88 грн. та отримати економічний ефект у 54760682,92 грн.

Запропонована методика організації протитуберкульозних заходів щодо своєчасного виявлення туберкульозу, охоплення обстеженням усіх осіб із груп ризику відносно захворювання на туберкульоз, забезпечення контрольованого лікування на всіх етапах апробована в Київському міському центральному протитуберкульозному диспансері. Застосування методу за період 07.2007 -12. 2007 р. у Дарницькому та Печерському районах м. Києва дозволило: зменшити кількість померлих від туберкульозу на 11,86 %, запобігти виникненню смертельних випадків у молодших вікових групах, зокрема, у віці 18–24 років, досягти зменшення загальних економічних збитків, спричинених смертністю від туберкульозу легень, на 28,02 %.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ – комп'ютери, програмне забезпечення та створення мережі модемного зв'язку.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ.

Методичні рекомендації “Смертність від туберкульозу в Україні та шляхи її зниження”.– Київ, 2007 р. – 20 с., курси стажування, лекції та інформаційні семінари, науково-практичні конференції.

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ. Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10, тел. 275-40-11, факс (044) 275-21-18.

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО БАТЬКОВІ АВТОРІВ РОЗРОБНИКІВ, КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН, ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Мельник В.М., Новожилова І.О., Юхимець В.О., Матусевич В.Г., Ареф'єва Л.В., Антоненко Л.Ф., Приходько А.М., Сметаніна О.Р., Дорошенко П.М., Нікіфорова Л.Г.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275-40-11.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Мельник В. М.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення є результатом виконання прикладної науково-дослідної роботи.

Наукове значення запропонованого нововведення полягає в розробці науково обґрунтованих пріоритетних організаційних заходів стосовно здійснення моніторингу за смертністю від туберкульозу, своєчасного виявлення туберкульозу, формування та обстеження груп ризику, забезпечення контролю за лікуванням хворих на туберкульоз, впровадження яких може суттєво вплинути на стабілізацію епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні. Практичне значення розробки полягає в тому, що дотримання викладеної оперативної тактики централізованого контролю за правильним оформленням Свідоцтв про смерть від туберкульозу дозволить знизити показник смертності приблизно на 2 – 3 %. Запропонована методика організації протитуберкульозних заходів щодо своєчасного виявлення туберкульозу, охоплення обстеженням усіх осіб із груп ризику відносно захворювання на туберкульоз, забезпечення контрольованого лікування на всіх етапах, дозволить досягти щорічного зниження смертності від туберкульозу щонайменше на 1,0 % та буде сприяти поліпшенню епідемічної ситуації з туберкульозу через 2 – 3 роки після її впровадження. У цілому при впровадженні запропонованих заходів за один рік можна зменшити економічні збитки від смертності в Україні на 324882086,88 грн. та отримати економічний ефект у 54760682,92 грн.

Запропоновані організаційні заходи щодо зниження смертності від туберкульозу в умовах епідемії можуть бути впроваджені шляхом проведення курсів інформації та стажування, доповідей на науково-практичних конференціях, публікацій у фахових наукових журналах.

Нововведення рекомендовано до застосування в протитуберкульозних установах та лікувально-профілактичних закладах загальної мережі України.

ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕ МАЄ.

Директор
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського,
академік АМН України,
д-р мед. наук, професор

Ю. І. Фещенко

Керівник НДР:
завідувач відділом
епідеміологічних та організаційних
проблем фтизіопульмонології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського,
д-р мед. наук, професор
2007.11.19

В. М. Мельник