

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА “ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ім. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ”

**СМЕРТНІСТЬ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ
ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗНИЖЕННЯ**
(методичні рекомендації)

Київ – 2007

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА “ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ім. Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АМН УКРАЇНИ”

“УЗГОДЖЕНО”
Начальник
лікувально-організаційного
управління АМН України

“УЗГОДЖЕНО”
Директор
Департаменту розвитку медичної допомоги
МОЗ України

_____ В.В. Лазоришинець
“__” _____ 2007 р.

_____ М.П. Жданова
“__” _____ 2007 р.

**СМЕРТНІСТЬ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ
ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗНИЖЕННЯ**
(методичні рекомендації)

Заклад-розробник:

Державна установа “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”

Укладачі:

Мельник Василь Михайлович – завідувач відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, доктор медичних наук, професор, (044) 275 21 18;

Новожилова Ірина Олексіївна – старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, кандидат медичних наук, (044) 275 40 11;

Юхимець Володимир Олексійович – учений секретар Державної установи “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, доктор медичних наук, (044) 275 54 88;

Матусевич Валентина Георгіївна – старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, кандидат медичних наук, (044) 275 41 22;

Ареф’єва Людмила Вікторівна – старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, (044) 275 40 11;

Антоненко Лариса Федорівна – старший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, (044) 275 40 11;

Приходько Алла Миколаївна – молодший науковий співробітник відділу епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології, (044) 275 40 11;

Сметаніна Оксана Ростиславівна – завідувачка організаційно-методичним відділу, (044) 275 40 11;

Дорошенко Петро Миколайович – лікар-статистик організаційно-методичного відділу, доктор медичних наук, (044) 275 40 11;

Нікіфорова Людмила Григорівна – інженер Державної установи “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, (044) 275 40 11.

Рецензенти:

Бялик Й.Б. – головний науковий співробітник відділу фтизіатрії Державної установи “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, доктор медичних наук, професор;

М’ясніков В.Г. – проректор із наукової роботи, завідувач кафедрою фтизіатрії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України – академік АМН України, доктор медичних наук, професор Ю.І. Фещенко.

Голова експертної комісії – доктор медичних наук, професор В.М. Мельник.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АСУ – автоматизована система управління

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДОТС – Directly Observed Treatment short-cours (пряме контрольоване лікування під безпосереднім контролем)

КСБ – кислотостійкі бактерії

ЛКК – лікарсько-консультативна комісія

МБТ – мікобактерії туберкульозу

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

тис. – тисяч

р. – рік

рр. – роки

ЦРЛ – центральна районна лікарня

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

ЗМІСТ

	С.
ВСТУП	6
1 ПРИЧИНИ ПІДВИЩЕННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ	6
2 ОБЛІК І РЕЄСТРАЦІЯ СМЕРТНОСТІ	9
3 МОНІТОРИНГ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ЯК СКЛАДОВА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ	11
4 ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ	15
РЕЗЮМЕ	20
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	20

ВСТУП

Туберкульоз в Україні, як і в багатьох країнах світу, 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 і це захворювання вийшло з-під контролю. У 1992 – 2006 рр. захворюваність на туберкульоз в усіх вікових групах збільшилася в 2,4 раза, а смертність від туберкульозу – у 2,3 раза. На підвищення рівня захворюваності й смертності від цієї хвороби впливають численні несприятливі соціально-економічні фактори: зниження рівня життя населення та наявність значної кількості осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів та волонтерів тощо. Високий рівень смертності серед асоціальних груп населення (колишніх ув'язнених, мігрантів, безпритульних) ставить нові завдання в боротьбі з туберкульозом, зокрема залучення до неї служб міграції, охорони громадського порядку, соціальних працівників, які не мають досвіду і відсторонюються від цієї справи.

Виходячи з викладеного, розробка цих методичних рекомендацій, присвячених заходам щодо зниження смертності від туберкульозу, є актуальною. Методичні рекомендації “Смертність від туберкульозу в Україні та шляхи її зниження” розроблені з метою підвищення достовірності показника смертності від туберкульозу за рахунок здійснення протитуберкульозними установами централізованого контролю за реєстрацією й обліком причин смерті, а також визначення пріоритетних організаційних заходів, які можуть позитивно вплинути на зниження смертності від туберкульозу та покращання епідемічної ситуації в цілому. Методичні рекомендації розроблені вперше і призначені для фахівців протитуберкульозних закладів і лікарів загальної лікувальної мережі.

1 ПРИЧИНИ ПІДВИЩЕННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Погіршенню епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні взагалі та зростанню показника смертності від цієї недуги зокрема, сприяють такі чинники:

- скорочення фінансових витрат на охорону здоров'я, що призвело до скорочення бюджету на протитуберкульозні заходи, насамперед на виявлення випадків туберкульозу і на повноцінне лікування хворих;
- складнощі в отриманні медичної допомоги соціально уразливими групами

населення (наприклад, особами, що звільнилися з місць позбавлення волі, бездомними, мігрантами, біженцями, особами, що проживають далеко від лікувальних установ);

- епідемія туберкульозу у в'язницях, в тому числі туберкульозу з множинною лікарською стійкістю мікобактерій до антимікобактеріальних препаратів;

- міграція населення через Україну з Азії та країн колишнього Радянського Союзу, де несприятлива ситуація з туберкульозу;

- соціальна криза (безробіття, алкоголізм, наркоманія, бідність, стреси, невпевненість у завтрашньому дні);

- втрата лікарями загальної лікарняної мережі настороженості щодо туберкульозу, що веде до пізньої діагностики і поширення цього захворювання;

- зростання випадків поєднаної інфекції туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Показник смертності від туберкульозу є складною багатофакторною величиною, на рівень якої впливають різні фактори, в тому числі медичні.

Всі кількісні й якісні статистичні показники, що взаємопов'язані зі смертністю, можна розподілити на 3 групи:

I група – показники, які визначають епідемічний процес (захворюваність всіма формами туберкульозу, захворюваність деструктивними і бактеріальними формами туберкульозу, захворюваність туберкульозом дітей, розповсюдженість туберкульозу, розповсюдженість деструктивних і бактеріальних форм туберкульозу, рецидиви туберкульозу).

II група – показники, які характеризують якість клініко-лабораторної діагностики захворювання, диспансерного спостереження і лікування (співвідношення клінічних форм з наявністю МБГ і каверн, клінічне вилікування хворих на туберкульоз органів дихання, припинення бактеріовиділення у хворих, закриття порожнин розпаду у вперше виявлених хворих, летальність від туберкульозу пацієнтів, які перебувають на обліку в протитуберкульозних закладах).

III – показники, які характеризують систему організації та якості заходів щодо активного виявлення туберкульозу та своєчасної діагностики захворювання (частка вперше взятих на облік хворих на туберкульоз, які виявлені активно, відсоток охоплення населення профілактичними флюорографічними оглядами, частка хворих, які померли від туберкульозу, летальність уперше виявлених хворих).

Серед усіх причин зростання показника смертності від туберкульозу вирізняються такі найбільш вагомні, як: зниження життєвого рівня населення; погіршення роботи щодо раннього виявлення хворих на туберкульоз; відсутність контрольованого

стандартизованого лікування хворих на туберкульоз; зростаюча чисельність вперше виявлених хворих із важкими формами туберкульозу; зростання чисельності соціально-дезадаптованих хворих, які перебувають на диспансерному обліку.

Аналіз ризику смерті у вперше виявлених хворих довів, що:

- ризик смерті від туберкульозу вищий у вперше виявлених чоловіків (на 0,1 %), у хворих віком 45 – 64 роки (на 2,0 – 3,6 %), при наявності генералізованих форм туберкульозу (на 94,8 %), туберкульозного менінгіту (на 94,8 %), фіброзно-кавернозного (на 64,5 %), міліарного (на 54,9 %), дисемінованого туберкульозу (на 8,9 %), казеозної пневмонії (на 26,9 %), кавернозного (на 8,3 %) та циротичного туберкульозу (на 8,3 %), тобто хворих з тяжкими клінічними формами;

- ризик смерті вищий у осіб без визначеного місця проживання (на 12,2 %), у хворих на алкоголізм (на 17,4 %), хвороби органів травлення (на 8,5 %), хвороби органів дихання (на 7,4 %), наркоманію (на 6,7 %), хвороби системи кровообігу (на 6,2 %), психічні розлади (на 4,2 %), тобто у групах ризику щодо туберкульозу;

- наявність ВІЛ-інфекції підвищує ризик смерті від туберкульозу на 9,6 %, а при переході в стадію СНІДу ризик смерті збільшується до 98,0 %, тобто в 7,0 разів;

- ризик смерті значно збільшує розвиток у хворих на туберкульоз легеневої кровотечі та спонтанного пневмотораксу;

- розвиток повторного захворювання на туберкульоз (рецидив) збільшує ризик смерті в 7,0 разів, однак ризик смерті чоловіків суттєво нижчий, ніж у жінок;

Відомо, що деяка частина хворих, які вперше захворіли на туберкульоз легень, помирають протягом першого року спостереження. Аналіз даних щодо померлих від туберкульозу до року спостереження у диспансері в Україні свідчить про значне зростання цього показника протягом останніх 15 років. У 2006 році порівняно з 1991 роком відсоток померлих до року спостереження у диспансері збільшився у 1,8 раза (з 8,4 до 14,8 %), а порівняно з 1983 роком (найнижчий показник – 6,2 %) у 2,4 раза. У померлих до року спостереження у 90,0 – 100,0 % випадків відмічається пізнє виявлення туберкульозу. До чинників, які сприяють летальному завершенню туберкульозу до року спостереження належать: відмова від стаціонарного лікування, прогресуючий перебіг, незадовільні побутові умови, важка супутня патологія, зловживання алкоголем, наркоманія, відсутність постійного місця проживання, хіміорезистентність до МБТ, перебування в місцях позбавлення волі, СНІД або ВІЛ-інфекція.

Частина хворих на активний туберкульоз помирає вдома, що є небезпечним для оточуючих, так як вони можуть інфікуватися та захворіти. Відсоток померлих вдома від

загального числа померлих від активного туберкульозу є важливим показником, що характеризує епідемічну ситуацію в цілому, а прогресуюче зростання цього показника є однією з ознак її погіршення та виникнення епідемії. Встановлено прогресуюче зростання відсотка померлих від туберкульозу вдома (до загального числа померлих від активного туберкульозу) у 2006 році у 2,6 раза проти 1991 року (від 13,0 до 33,6 %) та у 4,5 раза проти 1984 року (від 7,5 до 33,7 %), коли показник був найнижчим.

Для зростання смертності від туберкульозу протягом останніх 10 років характерно те, що все частіше туберкульоз діагностується на автопсії. Питома вага вперше діагностованого на автопсії туберкульозу становила у 1994 р. – 5,92 %, у 2002 р. – 10,74 %, у 2003 р. – 7,00 % та у 2004 р. – 9,68 %. Отже, у 2002 – 2004 рр. цей показник зріс у 1,2 – 1,8 раза порівняно з 1994 роком, який передував офіційному проголошенню епідемії туберкульозу в Україні й тому вже був епідемічно несприятливим. Не діагностований туберкульоз може призвести пацієнта до смерті й, крім того, у разі нерозпізнання інфекції передається членам родини, медичним працівникам та іншим особам, що контактують із хворими. Однією з причин не діагностування туберкульозу є те, що лікарі не проводять необхідних діагностичних тестів, за якими можна було б підтвердити діагноз туберкульозу, або неправильно інтерпретують клінічні чи рентгенологічні дані, коли замість туберкульозу встановлюються діагнози злоякісних новоутворень, пневмонії чи інших захворювань.

2 ОБЛІК І РЕЄСТРАЦІЯ СМЕРТНОСТІ

Поряд із різним ступенем напруженості епідемічної ситуації з туберкульозу в різних регіонах України на величину показника смертності від цієї недуги впливають недоліки обліку та реєстрації причин смерті в адміністративних територіях України.

З метою підвищення достовірності статистичних даних про кількість померлих від туберкульозу необхідним є проведення таких заходів:

а) заборона засвідчень смерті та видач *Лікарських свідоцтв про смерть* (форма № 106/о) середньому медичному персоналу. У випадках віддаленості населеного пункту від районного центру при видачі *Фельдшерської довідки про смерть* (форма № 106-1/о)¹ фельдшер ФАП узгоджує по телефону висновок з районним фтизіатром, у якого знаходилася основна історія хвороби. У довідці повинна бути вказана наявність у хворого туберкульозу, але туберкульоз, як причину смерті, визначає фтизіатр району, куди приїздять родичі померлого для подальшого оформлення документів;

¹ видається в сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює 1 лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка)

б) районним або міським фтизіатрам, а при їх відсутності – лікарям ЦРЛ, одночасно з оформленням Лікарських свідоцтв про смерть хворого на активний туберкульоз слід направляти медичну документацію (історія хвороби померлого, рентгенограми, томограми) в обласний (регіональний) протитуберкульозний диспансер;

в) у випадках посмертної діагностики активних форм туберкульозу (при настанні смерті поза стаціонаром) на адресу обласного (регіонального) диспансеру, а також за місцем останньої реєстрації померлого, направляються копії протоколів патологоанатомічного дослідження (свідоцтва про смерть серед даної групи померлих оформлюються патологоанатомами або судово-медичними експертами). Поряд із копією протоколів розтинів на адресу вказаних установ направляються повідомлення за формою № 281/о *“Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу”*;

г) при настанні смерті хворого на активний туберкульоз у загально-соматичному стаціонарі, паралельно з оформленням лікуючим лікарем Лікарського свідоцтва про смерть, на адресу обласного (регіонального) протитуберкульозного диспансеру пересилається докладна виписка з історії хвороби з даними рентгенологічного обстеження, а також копія протоколу розтину. У хворих, які не знаходилися на обліку в протитуберкульозному диспансері, основна причина смерті *“туберкульоз”* може бути встановлена лише на підставі патологоанатомічного дослідження.

Якщо померлий хворий на активний туберкульоз не був відомий протитуберкульозним установам, поряд із Лікарським свідоцтвом про смерть (форма № 106/о), лікар заповнює також Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (форма № 281/о), яке (разом із медичною документацією) направляє в обласний (регіональний) диспансер та в ту протитуберкульозну установу (копія повідомлення), де померлий перебував на обліку за місцем останньої реєстрації;

д) при отриманні обласним (регіональним) диспансером Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (форма № 281/о) на випадки смерті хворих на активний туберкульоз, які не були відомі протитуберкульозним установам, відомості про них заносяться у піврічний і річний звіти за формою 61-б *“Звіт про захворювання на активний туберкульоз”*.

Перед складанням звіту проводиться алфавітизація Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (форма № 281/о) з метою вилучення дублікатів;

е) у відповідності до рекомендацій щодо заповнення форми № 106/о (Лікарського

свідоцтва про смерть) здійснюється щомісячна перевірка Лікарських свідоцтв про смерть у місцевих відділах реєстрації актів цивільного стану лікарями, які відповідають за правильність їх заповнення (до відправлення Лікарського свідоцтва про смерть в обласні статистичні управління);

ж) представниками обласних (регіональних) протитуберкульозних диспансерів щомісяця проводиться робота по зіставленню числа померлих від туберкульозу в області за даними протитуберкульозних установ і статистичних установ;

з) забезпечується щомісячне шифрування Лікарських свідоцтв про смерть хворих на активний туберкульоз в обласних статистичних управліннях, співробітниками цих управлінь разом з представниками фтизіатричної служби;

і) у випадках, якщо обласні (республіканський та міські) протитуберкульозні диспансери після вивчення медичної документації на померлих, яка надсилається з місць, вносять корективи в діагноз, фтизіатрами району або міста, лікарями ЦРЛ, загальних соматичних стаціонарів, патологоанатомами, судово-медичними експертами заповнюється нове остаточне Лікарське свідоцтво про смерть. Попереднє, невірне оформлене Лікарське свідоцтво про смерть у терміновому порядку вилучається з обласного статистичного управління до моменту відправлення статистичних даних про померлих у Центральне статистичне управління України. Паралельно вносяться зміни й у звітність місцевих відділів реєстрації актів цивільного стану.

З МОНІТОРИНГ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ЯК СКЛАДОВА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ

Епідеміологічний нагляд (моніторинг) при туберкульозі – це система постійного динамічного і багатоаспектного спостереження за епідемічним процесом туберкульозу, за епідемічною ситуацією загалом на визначеній території в конкретний період для раціоналізації та підвищення ефективності профілактичних заходів.

Нагляд, спостереження за епідемічним процесом означає безперервне збирання, передачу, узагальнення й аналіз епідеміологічно значущої інформації, перманентну діагностичну оцінку епідемічної ситуації та тенденцій її розвитку, розробку на цій основі оптимальних управлінських рішень щодо боротьби і профілактики туберкульозу.

До завдань епіднагляду належать такі:

а) постійна й об'єктивна оцінка масштабів, характеру поширення та соціально-економічної значущості туберкульозу, його “внеску” в порушення санітарно-епідемічного

благополуччя населення;

б) виявлення тенденцій, оцінка темпів і мінливості динаміки епідемічного процесу – коливання рівня захворюваності та смертності, спалахи епідемій туберкульозу в часі (час ризику);

в) районування території з урахуванням територіальної диференціації епідемічного неблагополуччя при туберкульозі (території ризику);

г) виявлення контингентів населення, що зазнають підвищеного ризику захворювання на туберкульоз (контингенти ризику);

д) виявлення причин і умов, біологічних, природних і соціальних факторів, що визначають характер епідемічного процесу при туберкульозі в конкретних умовах місця та часу;

е) контроль і обґрунтована оцінка масштабів, якості й ефективності здійснюваних профілактичних і протиепідемічних заходів для їх оптимального коригування, визначення мети і завдань, планування послідовності та термінів їх реалізації (розробка управлінських рішень);

ж) розробка періодичних прогнозів епідемічної ситуації з туберкульозу.

У системі епідемічного нагляду повинні взаємодіяти всі лікувально-профілактичні заклади країни, незалежно від відомчої підпорядкованості, їх статистичні та організаційно-методичні відділи.

Моніторинг смертності від туберкульозу.

Показник смертності від туберкульозу є одним з найважливіших епідеміологічних показників, який є не лише індикатором епідемічної ситуації щодо туберкульозу, але й одним з рейтингових показників для оцінювання стану протитуберкульозної допомоги взагалі та ефективності лікування зокрема.

Всім керівникам лікувально-профілактичних закладів необхідно постійно аналізувати основні епідеміологічні показники щодо туберкульозу, в тому числі й смертність.

Які можливі способи поліпшення ситуації у разі високого відсотку померлих? Можливе розв'язання проблеми передбачає наступні дії:

- переконатися, що медичні працівники правильно оцінюють симптоми, схожі на туберкульоз;

- нагадати лікарям загальної медичної мережі, що вони повинні діагностувати туберкульоз на ранній стадії захворювання та оцінювати дослідження мокротиння на КСБ;

- провести освітню роботу, спрямовану на пропаганду раннього звертання населення.

Клініко-анатомічний аналіз летальних завершень туберкульозу.

Клініко-анатомічний аналіз є методом пізнання обставин виникнення захворювань, особливостей їх перебігу, а також безпосередніх причин і механізмів настання смерті.

Головною методологічною умовою проведення клініко-анатомічного аналізу є дотримання принципів єдності морфологічних та функціональних змін. При цьому на підставі вивчення клінічних відомостей про скарги хворого, характер симптомів, що мали місце при його житті, фізикальних, клініко-лабораторних та інших даних в їх зіставленні з патологоанатомічними змінами, патологоанатом виявляє ступінь відповідності клінічних проявів хвороби їх морфологічним та функціональним змінам. Результати клініко-анатомічного аналізу, що проводяться разом патологоанатомом і клініцистом, знаходять своє відображення в клініко-патологоанатомічному епікрізі, акті комісії по вивченню смертельних наслідків (ЛКК) і протоколі патологоанатомічної конференції.

Організація та порядок роботи лікарсько-консультативної комісії (ЛКК).

Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК) (надалі Комісія) призначена для всебічного та кваліфікованого з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, безпосередньо причини та механізму настання смерті, недоліків надання медичної допомоги хворим, які померли в даному лікувальному закладі, а також в поліклініці, вдома, в районі, що обслуговується цим закладом.

Відповідальним за організацію та стан роботи Комісії є головний лікар лікувального закладу, щорічним наказом якого визначається склад комісії. Головою Комісії, як правило, призначається заступник головного лікаря з лікувальної роботи, постійними членами – головні медичні спеціалісти, завідувачі відділеннями, завідувач патологоанатомічним бюро чи патологоанатомічним відділенням та один з ординаторів-клініцистів, як секретар. Голова Комісії зобов'язаний вивчити всю необхідну документацію, що стосується даного випадку смерті (історія хвороби, виписка з протоколу патологоанатомічного дослідження померлого та інші матеріали) та призначити рецензента з найбільш кваліфікованих лікарів лікувально-профілактичного закладу. Засідання Комісії призначається в строк не пізніше 16 діб після смерті хворого.

На засіданні Комісії короткі доповіді лікуючого лікаря, патологоанатома та рецензента заслуховуються, якщо були недоліки догоспітального періоду. Засідання Комісії протоколюється секретарем. Лікуючий лікар зобов'язаний обґрунтувати поставлений хворому діагноз, використовуючи для цього результати його обстеження, доповіді, як розвивалося захворювання, коли та з якої причини виникли ускладнення, які у зв'язку з цим

проводились конкретні заходи та їх результати.

Патологоанатом доповідає Комісії патологоанатомічний діагноз та епікриз, проводить порівняння клінічного та патологоанатомічного діагнозів за всіма рубриками, подає відомості про виявлені недоліки в наданні медичної допомоги та їх причини.

Рецензент на підставі вивченої медичної документації доповідає та представляє Комісії письмовий висновок про своєчасність госпіталізації хворого, повноту його обстеження, правильність лікування на догоспітальному етапі та в госпітальний період.

Порівнюючи клінічні та патологоанатомічні дані, рецензент встановлює конкретні причини допущених помилок, пропонує заходи до їх попередження в майбутньому. У випадках розбіжностей думок патологоанатома та лікуючого лікаря рецензент обґрунтовує одну з них чи пропонує свою, використовуючи для цього дані наукової літератури. Він визначає залежність помилок лікуючого лікаря від всієї системи організації лікувально-діагностичної роботи в лікувальному закладі, відділенні.

Комісія зобов'язана з'ясувати обставини виникнення туберкульозу та його ускладнень, особливості його перебігу, танатогенезу, встановити якість надання медичної допомоги, розробити конкретні практичні заходи щодо усунення та попередження виявлених недоліків. У випадку розбіжностей думок членів Комісії призначається повторний розгляд смертельного наслідку Комісією з участю Головних спеціалістів обласного (або республіканського), міського відділів охорони здоров'я.

Таким чином, моніторинг смертності включає спостереження (моніторинг): а) за виявленням та діагностикою туберкульозу (моніторинг виявлення та діагностики); б) за профілактичними заходами щодо туберкульозу та його ускладнень (моніторинг профілактики); в) за правильністю установаження та реєстрації причин смерті (моніторинг летальності).

Моніторинг смертності є складовою частиною моніторингу всіх протитуберкульозних заходів та виконання національної програми. Для його успішної реалізації у кожній адміністративній території слід створити комп'ютерні реєстри на всіх хворих на туберкульоз. За допомогою модемного чи інтернет-зв'язку регіональні комп'ютерні реєстри повинні бути зв'язані в єдину комп'ютерну мережу з національним комп'ютерним реєстром. Окрім того, моніторинг туберкульозу в тому числі смертності від нього, включає виїзди бригад фахівців у адміністративні території та проведення ними експертних оцінок щодо правильності реалізації та обліку протитуберкульозних заходів.

Щодо смертності від туберкульозу, то така експертна оцінка полягає у вивченні стосовно кожного померлого: профілактичних заходів, зокрема імунопрофілактики та хіміопрфілактики туберкульозу; своєчасності виявлення хворого; правильності

діагностування туберкульозу, його ускладнень та супутніх захворювань; раціонального встановлення лікувальної категорії хворого та призначення адекватного, контрольованого лікування; правильного моніторингу (обстеження) під час лікування хворого; обґрунтованості клінічного діагнозу у разі смерті хворого; дотримання технології розтину трупа, забору матеріалу на гістологічні, бактеріологічні та інші методи дослідження; аналіз і обговорення кожного смертельного випадку та прийняття рішень; контроль за видачею Лікарського свідоцтва про смерть та статистичного відображення випадку смерті.

Лише завдяки моніторингу за кожним випадком смерті у кожній адміністративній території можна приблизно на 10,0 – 20,0 % знизити показник смертності від туберкульозу, який зумовлений неправильною інтерпретацією причини смерті та не проведенням автопсій.

4 ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Впровадження моніторингу за смертністю від туберкульозу.

Для верифікації показника смертності від туберкульозу 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: в туберкульозному стаціонарі, на фтизіатричній дільниці, у випадках смерті хворого вдома, в 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 створити в кожній протитуберкульозній установі Комісію щодо летальності із 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.

Своєчасне виявлення туберкульозу.

Очікуваного впливу на епідемічний процес взагалі та на показник смертності зокрема можна досягти за умови максимального виявлення хворих – бактеріовиділювачів і ранніх фаз розвитку туберкульозу. Виявлення осіб, хворих на туберкульоз, повинно здійснюватися: за

зверненням у лікувально-профілактичні заклади методом мікроскопії мазка та рентгенофлюорографії; шляхом проведення туберкулінодіагностики серед дітей груп ризику; шляхом проведення скринінгової флюорографії та мікроскопії мазка у групах ризику і декретованих групах серед дорослого населення.

Раннього виявлення хворих на туберкульоз можна домогтися:

а) підвищуючи санітарну грамотність населення, усі мають знати:

- туберкульоз – інфекційне захворювання;
- характерні прояви туберкульозу;
- способи виявлення туберкульозу;
- особливості перебігу й лікування туберкульозу;

б) підвищуючи кваліфікацію медичного персоналу; лікарі, фельдшери й медсестри повинні:

- знати рівень захворюваності й поширеності туберкульозу у своєму регіоні та країні;
- розрізняти туберкульоз різних форм і локалізацій;
- бути пильним щодо туберкульозу;
- уміти виявляти хворого на туберкульоз різних форм і локалізацій;

в) 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. Для залучення соціально дезадаптованих осіб для обстеження необхідно організувати в протитуберкульозних установах пункти харчування (стаціонарні або пересувні вагончики) з обов'язковим флюорографічним обстеженням.

Формування груп ризику та їх обстеження.

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 з 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 з 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:

- 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 з приймальників-розподільників та ізоляторів тимчасового утримання;

– за медико-біологічними чинниками: хворі на силікоз; хворі, що тривалий час лікувалися кортикостероїдами; хворі, що отримували імуносупресивне та променеве лікування; хворі на рак (особливо, лейкемія, хвороба Годжкіна – злоякісний лімфогранулематоз); 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; особи, що зловживають наркотиками; пацієнти наркологічних і психіатричних установ; особи із залишковими змінами після спонтанновилікуваного туберкульозу; особи, які вилікувались від туберкульозу; усі рентген-позитивні;

– за епідеміологічними чинниками: контактні з хворими на туберкульоз та члени їх сімей.

У постанові Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 143 “Про затвердження Порядку проведення обов’язкового флюорографічного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу” зазначено, що обов’язковому флюорографічному огляду на виявлення туберкульозу (далі – обов’язковий огляд) підлягають: діти та особи віком до 21 року; працівники, зайняті на важких роботах; працівники, зайняті на роботах із 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.

Отже, 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, в 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 у 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 з 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.

Система контролю за лікуванням хворих на туберкульоз включає комплекс організаційних і медичних заходів, спрямованих на: доступність до всіх видів лікування для хворих, 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, або моніторинг лікування.

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

Основою ефективності лікування є:

1) *дотримання методики безпосереднього контрольованого лікування*, яка полягає в тому, що медичний працівник спостерігає за вживанням антимікобактеріальних препаратів пацієнтом. Це ключовий компонент стратегії боротьби з туберкульозом, що рекомендує ВООЗ. Лікар чи медична сестра повинні бути присутніми у момент, коли хворий приймає ліки, і відразу після вживання препаратів письмово фіксувати факт їх вживання.

2) *планування виписки хворого зі стаціонару, яке дуже важливе для забезпечення безперервності лікування у фазі його продовження*. Лікуючий лікар під час виписки хворого повинен скоординувати свої дії з персоналом протитуберкульозних закладів районного й обласного рівня, а також – з медичним працівником того закладу загальної медичної мережі, де пацієнт буде проходити фазу продовження лікування.

3) *правильне визначення випадку та моніторинг процесу лікування*. Реєструють такі визначення випадків: “новий випадок”, “рецидив”, “лікування після перерви”, “невдале лікування”, “переведений з” та інші. У процесі лікування для контролю ефективності терапії проводять мікроскопію мазка мокротиння. Культуральні дослідження мокротиння та рентгенологічні дослідження в Україні також повинні бути використані для контролю лікування. Графік проведення дослідження залежить від режиму лікування та його ефективності. Результати дослідження чутливості МБТ до антимікобактеріальних

препаратів можуть надати додаткову інформацію про ефективність режиму антимікобактеріальної терапії. Кожен хворий, який починає лікування, заново реєструється в системі обліку і звітності. Це дозволяє в програмах адміністративних територій відстежити когорти хворих, які почали лікування в один квартал.

4) співробітництво лікаря та хворого – один з основних чинників, що забезпечує ефективність лікування. Фтизіатр адміністративної території неодмінно повинен стежити за тим, щоб весь персонал, який працює з пацієнтами, був увічливий з ними і уважно ставився до їх проблем, зокрема матеріальних. Крім того, фтизіатр адміністративної території повинен дати хворому можливість одержувати лікування якнайближче до місця його проживання. Якщо хворий не приходить для вживання лікарських препаратів, то слід негайно з'ясувати, де він перебуває. Для пошуку пацієнтів, які перервали лікування, варто скористатися адресою та телефоном контактної особи.

Роль медичного працівника у лікуванні хворого на туберкульоз дуже велика. Він відповідає за те, щоб хворі на туберкульоз і з туберкульозною інфекцією виконували ретельно всі лікарські призначення. Для цього розроблено стратегію лікування під безпосереднім контролем (ДОТС). Медичний працівник спостерігає за хворим у клініках, пансіонатах, центрах наркоманів та інших закладах; перевіряє, чи є симптоми й ознаки побічних ефектів. Медичний працівник оцінює ставлення пацієнта до протитуберкульозного лікування, звертає увагу на поліпшення чи погіршення стану хворого. Додатково, крім лікування під безпосереднім контролем, медичний працівник відповідає за пошук тих пацієнтів, що забули вжити ліки або відвідати лікаря, допомагає цим хворим поновити лікування. Також вони організують навчання для пацієнтів та їх сімей з питань туберкульозу. Забезпечують транспортування пацієнта та, в разі потреби, направляють хворого до працівника соціальної служби.

Примусове лікування. Хворі на заразні форми туберкульозу, у тому числі соціально-дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування. У разі ухилення від обов'язкової госпіталізації зазначені особи з метою запобігання поширенню туберкульозу за рішенням суду підлягають розшуку, приводу та обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів, визначених місцевими органами виконавчої влади. Рішення про обов'язкову госпіталізацію до протитуберкульозного закладу чи продовження лікування хворих на заразні форми туберкульозу приймається судом за місцем виявлення зазначених хворих або за місцем знаходження протитуберкульозного закладу. Примусове лікування пацієнта має тривати доти, доки він становить загрозу для здоров'я суспільства.

РЕЗЮМЕ

Запропоновані методичні рекомендації присвячені актуальній проблемі фтизіатрії – виявленню причин значного зростання смертності від туберкульозу та визначенню комплексу основних організаційних заходів, які можуть суттєво вплинути на стабілізацію епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні, а у подальшому – й на зниження смертності та інших епідеміологічних показників.

Оскільки величина показника смертності в значній мірі визначається станом реєстрації та обліку причин смерті, застосування 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 викладеної методики організації протитуберкульозних заходів щодо своєчасного виявлення туберкульозу, охоплення обстеженням всіх 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.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации МЗ и СР РФ) / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Е.И. Скачкова и др. – Москва, 2006. – 23 с.
2. Сазыкин В.Л. Система отбора показателей для характеристики эпидемической ситуации по туберкулезу и качества противотуберкулезной работы // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 4. – С. 54 – 59.
3. Эпидемиология туберкулеза / И.М. Сон, В.И. Литвинов, В.И. Стародубов, П.П. Сельцовский. – М: Медицина, 2003. – 286 с.
4. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Контроль за туберкульозом в умовах Адаптованої ДОТС-стратегії. – К.: Медицина, 2007. – 478 с.
5. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Лірник А.В. Менеджмент у фтизіатрії. – К.: Здоров'я, 2006. – 679 с.