

# ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ПЕЧЕРИНА И.В., СМЕРДИН С.В.

## ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО СТАЦИОНАРА

И.В. Печерина, С.В. Смердин

ГУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер» г.

Кемерово, гл. врач – к.м.н. С.В. Смердин.

***Резюме.** Проведен анализ состояния оказания помощи больным в стационарных отделениях противотуберкулёзных учреждений Кемеровской области. С учетом выявленных проблем разработан комплекс мероприятий по совершенствованию деятельности стационаров.*

*Организация 9 межтерриториальных противотуберкулёзных центров обеспечила доступность стационарной помощи сельским жителям. Четко сформулированы медицинские, эпидемиологические и социальные показания для госпитализации больных туберкулёзом в стационары различного уровня. Разработаны и внедрены алгоритмы обследования больных. Обеспечено бесперебойное обеспечение противотуберкулёжными препаратами (ПТП). Введен строгий контроль приема каждой дозы ПТП. Организованы «школы туберкулёза» для больных. В штаты крупных противотуберкулёзных учреждений области введены должности психолога и социального работника.*

*С целью привлечения к лечению злостно уклоняющихся заразных больных туберкулёзом, в области существует судебная практика.*

*В результате проведенной работы ликвидирована очередность на госпитализацию в ОКПТД, оптимизированы сроки лечения больных. Значительно повысилась информативность простой микроскопии мазка*

*мокроты на кислотоустойчивые микобактерии. Сократилась частота преждевременного прекращения лечения больными. Повысилась эффективность стационарного этапа лечения.*

***Ключевые слова:** противотуберкулезный стационар, организация работы, методическое обеспечение, совершенствование стационарного лечения.*

В условиях напряженной эпидемиологической обстановки по туберкулезу важнейшей задачей противотуберкулезных учреждений является повышение эффективности лечения больных туберкулезом. При этом ключевое значение имеет оказание помощи больному на стационарном этапе, эффективность которого во многом определяет судьбу больного [2, 3].

Эффективность стационарного этапа лечения больных остается недостаточной [1, 3, 6]. Одна из важнейших проблем – досрочное прекращение лечения больными [3]. Не всегда достаточно целесообразно используется коечный фонд [4].

Цель настоящего исследования – совершенствование организации стационарного этапа лечения больных туберкулезом на основе применения комплекса мероприятий в современных социально-экономических условиях.

### **Материалы и методы**

Изучено состояние оказания противотуберкулезной помощи в стационарах противотуберкулезных учреждений Кемеровской области в 2002 году. Проанализирован опыт её совершенствования с 2003 по 2007 годы.

Население области составляет 2,9 млн. человек. В течение года в здравоохранение области выявляется от 3,5 до 4 тыс. больных активным туберкулезом. Противотуберкулезные учреждения области имеют 12 стационаров на 2235 коек, в том числе терапевтических для взрослых – 1615, торакальных хирургических – 130, внеторакальных форм туберкулеза – 100,

детских – 390. Обеспеченность больничными койками составляет 0,79 на 10.000 населения.

При анализе использовались формы государственной статистической отчетности: № 14 «Сведения о деятельности стационаров» и № 30 «Сведения о лечебно-профилактических учреждениях». Изучалась также и первичная медицинская документация. Проводился опрос больных по специально разработанным анкетам с целью выяснения уровня их информированности о туберкулезе. Методы обследования и лечения больных соответствовали нормативным документам.

### **Результаты и обсуждение**

На начало периода исследования в 2002 году

3 города и 17 районов области не имели фтизиатрических коек. Охват госпитализацией впервые выявленных больных в указанных территориях не превышал 28-40%.

При постоянной очередности на госпитализацию в стационарные отделения областного клинического противотуберкулёзного диспансера (ГУЗ «ОКПТД») г. Кемерово, коечный фонд других противотуберкулёзных стационаров области использовался не рационально.

Во всех стационарных отделениях показания для госпитализации и сроки пребывания на койке нередко были необоснованны. Не существовало дифференцированных показаний для госпитализации больных в стационары различного уровня.

Нередко не соблюдались правила сбора и кратность исследования патологического материала на МБТ, а также своевременность и полнота других видов обследований. Почти в половине случаев химиотерапия больных туберкулёзом была неадекватной. Не всегда дозы противотуберкулёзных препаратов (ПТП) соответствовали весу больного. Нередко отмечалось постепенное, в течение 2-3 дней, наращивание доз и количества ПТП, допускался необоснованный дробный их приём. Нередко в схемах лечения

присутствовали 1-2 ПТП резервного ряда (чаще канамицин и протионамид). Отсутствовал строгий контроль со стороны среднего персонала за приемом больными ПТП. Имели место дни пропуска приема больными ПТП, составившие в среднем 20% от срока стационарного лечения (табл. 1). Работа с больными проводилась недостаточно. Как показали результаты анкетного опроса, конкретный больной мало знал о своём заболевании, сроках лечения, последствиях уклонения от лечения и т. д. (результаты анкетирования 78 больных). Имела место высокая частота преждевременной выписки больных из стационара (27,8%), преимущественно в связи с самовольными уходами (табл. 2).

Отсутствовала должная преемственность в работе врачей стационара и диспансерного отделения. Это не предупреждало отрыва больных от лечения на амбулаторном этапе составлявшему 31%. Негативация мокроты по мазку у впервые выявленных больных туберкулёзом к моменту выписки из стационара составляла 47%, закрытие полостей распада – 28%.

В течение последних 5 лет разработан и внедрен комплекс мероприятий по совершенствованию оказания противотуберкулезной помощи населению области. В результате анализа данных анкетирования и экспертизы были разработаны и утверждены показания к госпитализации больных в отделения различного профиля: терапевтические, детские, внеторакального туберкулеза, хирургические, реанимационно-анестезиологические. При этом выделены медицинские, эпидемиологические и социальные показания, а так же показания для плановой и экстренной госпитализации. Предусмотрен приоритет для больных с бактериовыделением, выявленным по мазку мокроты.

Для обеспечения доступности стационарной помощи больным туберкулёзом территорий области, не имеющих фтизиатрических коек, приказом Департамента охраны здоровья населения администрации Кемеровской области приданы функции межтерриториальных центров 9

крупным противотуберкулезным учреждениям ряда городов области с закреплением за ними прилегающих территорий. Утвержден государственный заказ для лечения больных из прикрепленных территорий в этих центрах. Определены показания для госпитализации в ГУЗ ОКПТД, Таким образом, проведено распределение потоков больных туберкулезом внутри области для стационарного лечения.

Терапевтические стационарные отделения противотуберкулезных учреждений области профилированы в зависимости от давности и характера туберкулезного процесса, наличия бактериовыделения и лекарственной чувствительности МБТ, то есть, определены потоки больных внутри учреждений и отделений противотуберкулезной службы области.

Разработаны и внедрены с 12.07.02г. (приказ ДОЗН АКО № 187) стандарты профилактики, выявления, диагностики и лечения, больных туберкулезом, вошедшие в «Справочное руководство по туберкулезу для врачей и средних медицинских работников». В 2006 году подготовлено измененное и дополненное второе издание «Справочного руководства» (г. Кемерово, 2006).

С 2002 года в соответствии с планом учебно-методической работы организационно – методического отдела областного клинического противотуберкулезного диспансера проводятся обучающие семинары с врачами и средним медицинским персоналом учреждений противотуберкулезной и общей лечебной сети (ОЛС) области стандартам выявления, диагностики и лечения при туберкулезе. За 5 лет проведено 89 семинаров, прошли подготовку 1947 врачей противотуберкулезной службы, 578 врачей ОЛС, 337 средних медицинских работников ОЛС, 67 сотрудников лабораторий ОЛС.

Для выявления заразных больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети и для качественного сбора мокроты во всех противотуберкулезных учреждениях области созданы «кашлевые комнаты» -

специально оборудованные помещения для сбора мокроты под наблюдением специально обученных медицинских сестёр. Организовано и оснащено 56 «кашлевых комнат» и 39 центров микроскопии мокроты. Верификация диагноза осуществляется в 6 бактериологических лабораториях и 4 посевных пунктах во главе с референс-лабораторией областного диспансера. В учреждениях общей лечебной сети обеспечена доступность флюорографических осмотров для населения, заменено 39% флюорографов.

Таким образом, в настоящее время, больным на догоспитальном этапе выполняется клинический минимум обследования на туберкулёз.

Разработан и внедрен алгоритм обследования больных в условиях противотуберкулезного стационара. При этом определены объем и периодичность обследования при поступлении больного и в динамике на фоне лечения.

Администрацией области выделен централизованный фонд для обеспечения противотуберкулезных учреждений ПТП. Достигнуто бесперебойное снабжение ПТП как по ассортименту, так и количеству. Стала проводиться адекватная химиотерапия. В противотуберкулёзных стационарах внедрен строгий контроль приема больными каждой дозы ПТП с обязательной регистрацией приёма в соответствующих документах.

В целях предупреждения преждевременного прекращения лечения больными в крупных стационарах области созданы «Школы туберкулёза», где проводится обучение основам знаний о туберкулёзе, принципам его лечения, последствиям прерывания химиотерапии, правилам поведения в обществе и т. д. Предварительно на основе специального анкетирования больных и учета других сведений определяется степень риска отрыва от лечения.

В штаты крупных противотуберкулёзных учреждений области введены должности психологов. Они осуществляют на ранних этапах лечения психологический скрининг больных и психотерапевтические воздействия по коррекции их психологического статуса. Психологи совместно с фтизиатрами

работают с больными в «Школах туберкулёза». За 2007 год в терапевтических стационарах ГУЗ «ОКПТД» прошли обучения в «Школе туберкулёза» 827 больных групповым методом. С больными, имеющими высокий риск отрыва от лечения (281) проводились индивидуальные занятия.

В штаты крупных противотуберкулёзных учреждений области введены так же должности социальных работников, помогающим больным на всех этапах лечения в восстановлении утраченных документов (437 больным в ГУЗ «ОКПТД» за 2007 год); оформлении прописки (191); пенсии (285); проведении запросов в различные организации (234), восстановлении связей с родственниками (184).

Разработан и внедрен алгоритм осуществления преемственности в лечении больного между стационарным и амбулаторным его этапами. В случае самовольного ухода больного стационара информация об этом немедленно передается на фтизиатрический участок, и принимаются меры для его возвращения. В случае неэффективности таких мер организуется лечение в дневном стационаре или в стационаре на дому. При диспансерных отделениях 3-х крупных противотуберкулёзных учреждениях области открыты 70 коек дневного стационара. При ГУЗ «ОКПТД» организован стационар на дому на 30 посещений в день.

Совместно с областным комитетом Красного креста реализуется программа «Обеспечение преемственности и продолжения лечения, больных туберкулезом социально уязвимых групп», в 19 территориях области, по которой больные получают материальную, социальную и юридическую помощь на этапе долечивания. По данному проекту ежедневно получают строго контролируемое лечение и социальную поддержку около 800 больных в области, всего таковых пролечено 2638.

Для приближения амбулаторного лечения к месту жительства больного туберкулезом, в учреждениях общей лечебной сети организовано 297 пунктов долечивания.

Больные, открытой формой туберкулёза, злостно уклоняющиеся от лечения, привлекаются к нему по суду.

Всего за 2006 год зарегистрировано 310 таких больных. На рассмотрение в суд направлено 224 дела, рассмотрено – 141, госпитализированы из них в судебном порядке 80, остальные привлечены к лечению силами медиков.

Изданы и внедрены методические рекомендации по единому подходу к оценке эффективности лечения больных на стационарном этапе и единой интерпретации понятия «преждевременной выписки». Разработана карта мониторинга эффективности лечения больного с впервые выявленным туберкулезом и его рецидивом для оперативного контроля и своевременности принятия решений по повышению эффективности лечения.

Четко сформулированы показания к лечению больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом с использованием препаратов резервного ряда. Для этой цели выделены отделения в пяти крупных и хорошо оснащённых противотуберкулёзных стационарах области.

Для осуществления контроля выполнения стандартов диагностики и лечения туберкулёза в территориях области при организационно – методическом кабинете областного клинического противотуберкулёзного диспансера создан институт кураторов и ведущих специалистов. Проверки осуществляются по разработанным специалистами стандартным протоколам по соответствующим разделам.

Итоги инспектирования обсуждаются на аппаратных совещаниях в ОКПТД и разрабатываются рекомендации по повышению эффективности деятельности противотуберкулёзных стационаров в территориях области с учетом необходимости рационального использования имеющихся ресурсов.

К положительным результатам проведенной работы можно отнести ликвидацию очередности на госпитализацию в ГУЗ «ОКПТД»,

рациональному использованию коечного фонда противотуберкулезных учреждений области в целом. Информативность исследования мазков мокроты на МБТ повысилась в 2 раза с получением положительных результатов в 66,7% случаев у больных деструктивным туберкулезом лёгких.

Значительно сократилась частота пропусков в приеме ПТП в стационарах (с 20% до 5%). Количество впервые выявленных больных с отрывами от лечения в целом уменьшилось с 30% до 8%. Среднее пребывание больных туберкулезом в стационаре сократилось с 112,3 до 92,1 койко-дня. Повысилась эффективность лечения у впервые выявленных больных на стационарном этапе; к моменту выписки из стационара негативация мазка мокроты возросла с 47% до 57,8%; закрытие полостей распада – с 28% до 38,3 %

( табл.3).

Таким образом, проведен анализ состояния оказания помощи больным в стационарных отделениях противотуберкулезных учреждений Кемеровской области. С учетом выявленных проблем разработан комплекс мероприятий по совершенствованию деятельности стационаров. Организация 9 межтерриториальных противотуберкулезных центров обеспечила доступность стационарной помощи сельским жителям. Четко сформулированы медицинские, эпидемиологические и социальные показания для госпитализации больных туберкулезом в стационары различного уровня. Разработаны и внедрены алгоритмы обследования больных. Обеспечено бесперебойное обеспечение ПТП. Введен строгий контроль приема каждой дозы ПТП. Организованы «школы туберкулеза» для больных. В штаты крупных противотуберкулезных учреждений введены должности психолога и социального работника. С целью привлечения к лечению злостно уклоняющихся заразных больных туберкулезом, в области существует судебная практика.

В результате проведенной работы ликвидирована очередность на госпитализацию в ОКПТД, оптимизированы сроки лечения больных. Значительно повысилась информативность простой микроскопии мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии. Сократилась частота преждевременного прекращения лечения больными. Повысилась эффективность стационарного этапа лечения.

## **EXPERIENCE OF IMPROVEMENT OF TB DISPENSARY WORK**

I.V. Pecherina, S.V. Smerdin

Regional clinical TB dispensary, Kemerovo

The analysis of assistance for patients in in-patient department of TB dispensary of Kemerovo area is available in the article. Complex of measures concerning hospital activity was developed taking into account revealed problems.

Nine interterritorial TB dispensaries provided availability for rural population. Medical, epidemiological and social recommendations for hospitalization of patients with tuberculosis in the hospitals of different levels were determined. Algorithms of patients' examination were developed and introduced. Supplying with tuberculous drugs was provided. Close control of application of each dose of drugs was used. "Tuberculosis school" was organized for patients. Post of psychologist and social worker was introduced in hospitals. There is judiciary law with the purpose of bringing to coercive treatment of infectious patients.

The result of work is liquidation of queue on hospitalization in TB dispensary and optimization of treatment terms. Self-descriptiveness of simple microscopy of phlegm smear is greatly increased. The frequency of early stopping of treatment is reduced. The effectiveness of in-patient stage of treatment is increased.

### **Литература**

1. Алимов Х.К., Азаматова М.М., Гилязитдинов К.А. и др. Эффективность стационарного этапа комплексного лечения взрослых

больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легких. – 2007. – № 6. – С.13.

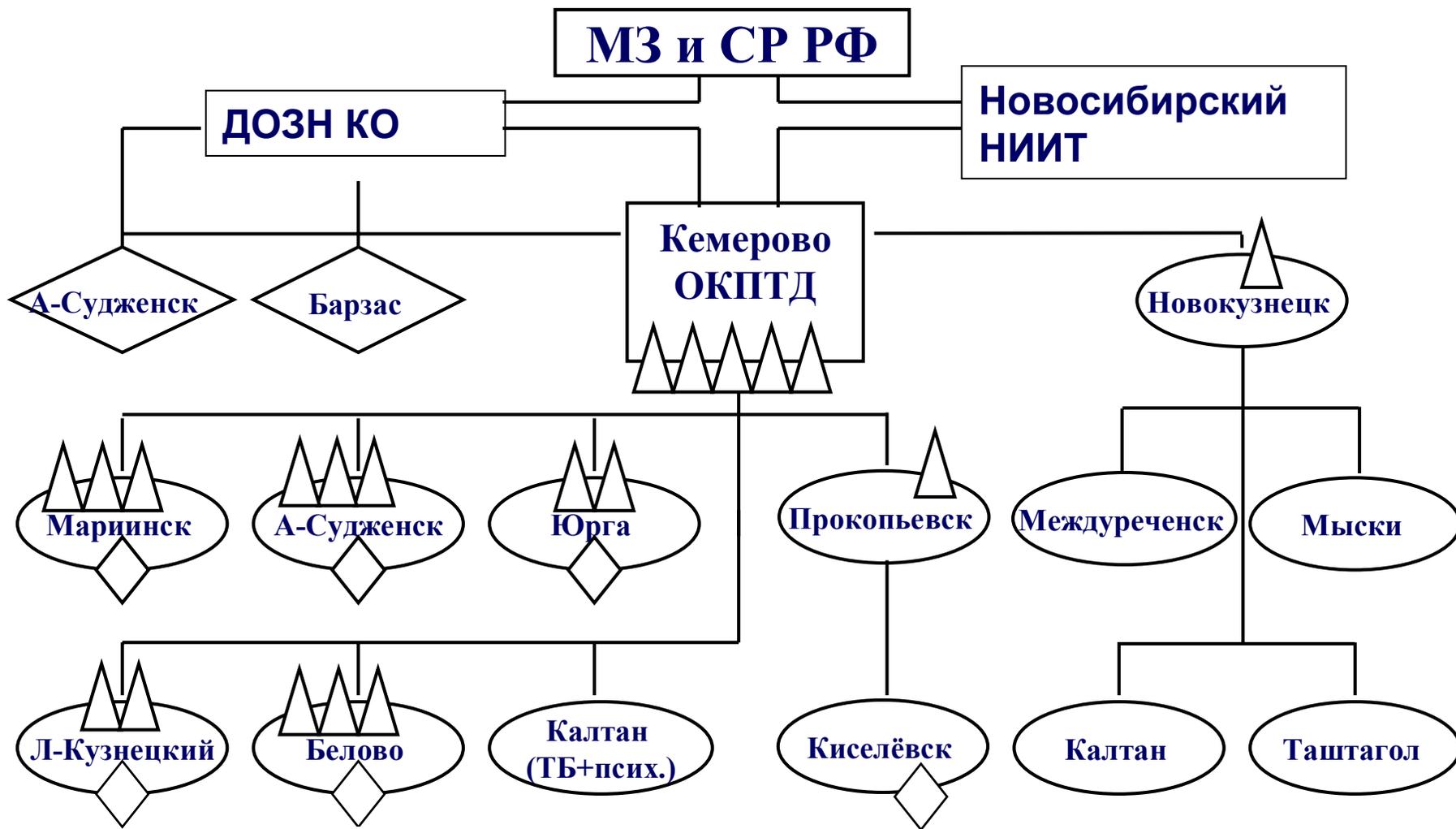
2. Борисов С.Е. Организация работы противотуберкулезного стационара: Матер. Всерос. науч.-практич. конф. // Пробл. туб. и бол. легк. – 2007. – № 6. – С.3.

3. Борисов С.Е., Белиловский Е.М., Кук Ф., Шайкевич Ш. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах // Пробл. туб. и бол. легк. – 2007. – № 6. – С. 17-25.

4. Лейхлайдер М.В., Охтяркина В.В. Критерии оценки эффективности работы противотуберкулезного стационара, отчетность и программное обеспечение // Пробл. туб. и бол. легк. – 2007. – № 6. – С. 28-34.

5. Нечаева О.Б. Стационарозамещающие технологии в лечении и реабилитации больных туберкулезом легких // Пробл. туб. и бол. легк. – 2007. – № 6. – С. 34-37.

6. Паролина Л.Е., Морозова Т.И., Докторова И.П. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре // Пробл. туб. и бол. легк. – 2007. – № 6. – С. 13-17.



○ Противотуберкулёзное учреждение (диспансер, больница, отделение)      ▲ Районный туберкулезный кабинет      ◇ Туберкулёзный санаторий

**Результаты анкетирования больных туберкулезом**

Причина ухода из отделения	Количество	
	n	%
Хорошее самочувствие	17	21,8
Недостаток знаний о туберкулезе	26	33,3
Необходимость совмещения лечения с работой	8	10,3
Злоупотребление алкоголем	5	6,4
Не устроили условия пребывания в стационаре	4	5,1
Личная неорганизованность	3	3,9
Необходимость оформления документов	6	7,7
Определение группы инвалидности	9	11,5
Итого	78	100,0

Таблица 2

**Структура причин преждевременной выписки из стационара**

Удельная структура причин выписки (%)	
Самовольный уход	55,2

Употребление алкоголя/наркотиков	27,6
Отказ от лечения	10,1
Семейные обстоятельства	7,1
Итого	100,0

*Таблица 3*

***Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом на стационарном этапе лечения***

Параметры	Частота встречаемости показателей по годам в %			
	2007		2002	
	До реформирования ПТС	После	До реформирования ПТС	После

Прекращение МБТ/в.т.ч. планово	57,8	67,9	47,0	58,4
Закрытие полости распада/ в.т.ч. планово	38,3	49,6	28,0	38,5