

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

Министра здравоохранения

_____ В.В. Колбанов

26 июня 2006 г.

Регистрационный № 33-0406

**АЛГОРИТМ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО КОНТРОЛЯ НАД
ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА
УРОВНЕ ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии

Авторы: канд. мед. наук Е.М. Скрыгина, д-р мед. наук, проф. Г.Л. Гуревич, канд. мед. наук О.М. Калечиц, А.П. Астровко, Я.И. Жвалевская, канд. мед. наук А.В. Богомазова

1. ВВЕДЕНИЕ

Эпидемическая обстановка по туберкулезу в республике Беларусь, начав ухудшаться с начала 90-х годов, к настоящему времени, к сожалению, не потеряла отрицательных трендовых позиций, что заставляет классифицировать ситуацию как неблагоприятную. В современных социально-экономических условиях роста миграционных потоков и увеличения численности социально дезадаптированных групп населения продолжают сохраняться высокие показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза, не снижается удельный вес остро прогрессирующих и лекарственно-резистентных форм заболевания. Из-за отсутствия надлежащего контроля многие больные прерывают лечение, что в последующем приводит к развитию лекарственной устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам и отрицательно сказывается на результатах химиотерапии.

Для сдерживания распространения туберкулезной инфекции одной из задач является отработка вопросов централизованного надзора над противотуберкулезными мероприятиями на уровне головных противотуберкулезных учреждений; оптимизация системы противоэпидемических мероприятий, основанной на новейших достижениях медико-биологических наук.

Централизованный контроль над реализацией противотуберкулезных мероприятий обеспечивает высокое качество работы на всех уровнях здравоохранения и даже при неполном укомплектовании штатов медицинского учреждения. Система централизованного контроля способствует постоянному повышению квалификации врачей, так как все случаи расхождения в диагнозе и тактике диспансерного наблюдения больного рассматривают коллегиально. Систематический контакт районного фтизиатра со специалистами областного противотуберкулезного диспансера представляет собой процесс взаимного обучения врачей и повышает ответственность фтизиатра.

Централизованный контроль над диагностикой, лечением, диспансерным наблюдением больных туберкулезом обеспечивает областной противотуберкулезный диспансер. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, осуще-

ствляют городские, районные диспансеры в своей зоне обслуживания.

Противотуберкулезный диспансер (ПТД) обеспечивает контроль следующих мероприятий:

- диагностики, лечения впервые выявленных больных туберкулезом и с рецидивами заболевания;
- диспансерного наблюдения за контингентами больных туберкулезом;
- установления основной причины смерти больных туберкулезом и правильное оформление врачебных свидетельств о смерти от туберкулеза.

2. ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ НАД ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И С РЕЦИДИВАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Централизованный контроль над диспансерным наблюдением впервые выявленных больных и с рецидивами туберкулеза обеспечивает связь областного ПТД с районными и городскими ПТД, противотуберкулезными кабинетами, СВА, фельдшерско-акушерскими пунктами, стационарами, поликлиниками и другими лечебно-профилактическими учреждениями, в которых осуществляют наблюдение и лечение впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами заболевания.

Мероприятия по обслуживанию впервые выявленных больных и с рецидивами туберкулеза состоят из контроля над выявлением, диагностикой, госпитализацией, систематическим обследованием больных, лечением на всех этапах, эффективностью лечения, изменением диагноза в процессе наблюдения, своевременным и правильным переводом больных из группы в группу диспансерного учета.

2.1. Централизованный контроль над диагностикой впервые выявленных больных туберкулезом

Централизованный контроль над выявлением и диагностикой больных туберкулезом осуществляет областной ПТД. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, используют районные диспансеры в своей зоне обслужива-

ния.

С целью повышения качества выявления и диагностики при ПТД приказом главного врача создается центральная врачебная контрольная комиссия (ЦВКК). Комиссия состоит из наиболее квалифицированных специалистов: фтизиатра (в том числе обслуживающего детское население), специалиста по внелегочному туберкулезу, рентгенолога, хирурга, врача-методиста. При временном отсутствии постоянных членов в состав комиссии вводятся другие врачи соответствующих специальностей. Возглавляет ЦВКК зам. главного врача по лечебной работе. Комиссия заседает, в зависимости от объема работы, 1-3 раза в неделю в строго фиксированные дни, решения ее записывают в специально оформленный журнал. Комиссия осуществляет консультацию (очную или заочную) всех впервые выявленных больных и с рецидивами туберкулеза.

Заседания ЦВКК могут проводиться как на базе областного диспансера, так и в форме выездных заседаний, а также с использованием телекоммуникационных технологий.

Противотуберкулезные диспансеры (отделения, кабинеты) направляют на рассмотрение ЦВКК следующую документацию: форму № 089-1-У, выписку из истории болезни (амбулаторной карты) и рентгенограммы. В сложных диагностических случаях проводится очная консультация больного. При необходимости комиссия рекомендует провести дополнительное обследование больного или направить его в областной противотуберкулезный диспансер для углубленного обследования. Результаты динамического наблюдения должны быть представлены на комиссию повторно в указанные сроки.

ЦВКК подтверждает либо снимает диагноз активного туберкулеза. В случае снятия диагноза туберкулеза форма № 089-1-У отзывается из ЦГиЭ районным/участковым фтизиатром. Формы № 089-1-У на лиц, у которых снят диагноз туберкулеза, хранят в областном диспансере и используют для анализа диагностических ошибок.

После установления диагноза активного туберкулеза фтизиатром противотуберкулезного диспансера (кабинета) заполняется извещение (форма № 089-

1-У) и в трехдневный срок направляют в областной ПТД и центр гигиены и эпидемиологии. Решение о постановке на диспансерный учет и снятии с него вручается (направляется) больному в письменной форме районным/участковым фтизиатром после подтверждения диагноза ЦВКК.

Контроль над диагностикой и своевременным выполнением рекомендаций ЦВКК осуществляют с помощью картотеки, составленной по форме № 089-1-У. Карты в картотеке распределяют по районам сигнальной системе (по месяцам) в зависимости от намеченных сроков повторного представления материалов на консультацию.

Для предотвращения повторного взятия на учет в качестве впервые выявленных больных лиц, прибывших из других административных территорий, запрос о больном направляется в противотуберкулезное учреждение по месту его последнего проживания.

Для предотвращения повторного взятия на учет больных с рецидивами, как впервые выявленных, в областном ПТД ведут учет лиц, снятых с учета. Для этих целей используют архивные данные (формы № 089-1-У), систематизированные по алфавиту независимо от места жительства больного. Перед постановкой больного на диспансерный учет все заполненные формы № 089-1-У сопоставляют с этой картотекой. Оптимальным является использование для этих целей персонифицированной компьютерной базы данных.

Для исключения гипердиагностики рецидивов туберкулеза необходимо сохранять последние рентгено- и томограммы всех лиц, снятых с диспансерного учета.

С целью уточнения диагноза туберкулеза и исключения гипердиагностики рецидивов ЦВКК пересматривает документацию и вносит соответствующие коррективы в формы № 089-1-У и № 30-4/у на всех впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивом.

Деятельность ЦВКК тесно связана с организационно-методической работой, которая осуществляется областным ПТД. Во время визитов в районы специалисты ПТД контролируют работу по выявлению и диагностике туберкулеза,

своевременность представления информации о выявленных больных туберкулезом и выполнение решений ЦВКК.

2.2. Централизованный контроль над лечением впервые выявленных больных туберкулезом

Организация централизованного контроля над лечением впервые выявленных больных туберкулезом является одним из наиболее важных разделов. Задачи ЦВКК по контролю над лечением следующие:

- определение схемы и организационной формы лечения больного, профиля стационара;
- своевременное внесение коррективов в схему лечения и в диагноз в процессе лечения, подтверждение обоснованности предлагаемой лечащим врачом тактики ведения больного;
- контроль соответствия режима химиотерапии, назначенного лечащим врачом, режиму, утвержденному действующими клиническими протоколами;
- слежение за сроками от момента выявления больного туберкулезом до начала его лечения, сокращение перерывов при смене одного этапа лечения другим, согласно критериям DOTS;
- контроль своевременности и качества обследования больных туберкулезом в процессе лечения.

Централизованный контроль над лечением впервые выявленных больных туберкулезом осуществляют специалисты областного ПТД. В зависимости от местных особенностей и возможностей эту работу проводят врачи ЦВКК или методического кабинета, врачи амбулаторного приема областного ПТД, кураторы районов или специально выделенные врачи.

Контроль над лечением впервые выявленных больных туберкулезом на всех этапах обеспечивают с помощью картотеки или регистра. Оптимальным является использование для этих целей компьютерной техники с соответствующим программным обеспечением.

Районные и городские ПТД обязаны ежеквартально представлять в областной ПТД сведения о ходе лечения больных на протяжении всего курса лече-

ния по формам, утвержденным МЗ РБ.

В стационарах обеспечивается отбор больных для хирургического лечения. С этой целью ведут журнал консультаций хирурга (очных или заочных).

После окончания лечения врач стационара обязан в трехдневный срок направить в методический кабинет областного ПТД и участковому (районному) фтизиатру сигнальную карту и выписку с уточненным диагнозом и рекомендациями по дальнейшему лечению. Получив сигнальную карту, участковый (районный) фтизиатр сообщает в областной ПТД о продолжении лечения. Если эти сведения в течение двух недель не поступают в методический кабинет областного ПТД, то сигнальную карту повторно направляют участковому (районному) фтизиатру. Такая же система «обратной связи» должна существовать между районным фтизиатром, врачом СВУ и фельдшером фельдшерско-акушерского пункта.

Контроль над лечением больных туберкулезом осуществляется на всех этапах лечения: стационарном и амбулаторном. Интенсивную фазу лечения, как правило, проводят в условиях стационара. Для обеспечения непрерывного лечения рекомендуется до плановой выписки больного из стационара разработать план амбулаторного контролируемого лечения, включив его в выписной эпикриз.

Амбулаторное лечение может быть организовано:

- в противотуберкулезном диспансере - для больных, проживающих в районном центре;
- в сельских участковых больницах, амбулаториях, на фельдшерско-акушерском пункте с учетом удобства транспортного сообщения;
- в отдельных случаях (по решению ЦВКК) - на дому у больного.

Лечение проводят как в ежедневной, так и в интермитирующей форме. К работе по проведению контролируемой химиотерапии могут привлекаться работники обществ Красного Креста, другие общественные организации.

При невозможности продолжить лечение больных в амбулаторных условиях, целесообразно продолжить лечение больного в стационаре (в том числе

дневном).

Если в районе нет возможности провести качественное своевременное обследование с применением микробиологических и лучевых методов, больных направляют в областной ПТД.

Систематический контроль над ходом лечения и обследования дает возможность получить достоверную информацию о результатах лечения каждого больного за анализируемый период.

3. ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ НАД КОНТИНГЕНТАМИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Централизованный контроль над больными туберкулезом, состоящими на учете, аналогичен комплексу мероприятий, направленных на повышение качества диспансерного наблюдения впервые выявленных больных. Основные разделы работ выполняют врачи-кураторы областного ПТД под руководством заведующего диспансерным отделением или врача методического кабинета. Мероприятия по наблюдению за больными, состоящими на учете, включают контроль над диагностикой, лечением, переводом из групп диспансерного наблюдения, снятием с учета.

Для контроля над контингентами больных туберкулезом в областном ПТД организуют централизованную картотеку (по дублированным картам формы № 30-4/у или с использованием компьютерных технологий). Картотеку составляют по районам. Работу с картотекой, в соответствии со специально составленным графиком, осуществляют кураторы районов, врачи-методисты. Картотека позволяет проверять правильность составления годового отчета районным фтизиатром и исключает потерю информации о наблюдаемых контингентах, дает возможность контролировать качество диагностики и проводимое лечение, контролировать, а по некоторым районам и планировать перевод больного из группы в группу без выезда кураторов в район.

Сведения в картотеке уточняют во время выездов кураторов, врачей методистов в район, а также в конце года при приеме годового отчета, когда вра-

чи-методисты областного ПТД и районный фтизиатр сверяют оригиналы формы № 30-4/у с дубликатами и вносят соответствующие коррективы в обе карты.

Особое внимание уделяют контролю над «движением» контингентов больных туберкулезом, т. е. переводом больных из группы в группу диспансерного учета. С этой целью районные (участковые) фтизиатры, совместно с кураторами районов - специалистами областного ПТД, составляют в начале года план-график перевода больных из группы в группу и снятия с учета. Систематически работая с картотекой, кураторы контролируют выполнение плана-графика. Для облегчения слежения за его своевременным выполнением карты в картотеке расставляют в зависимости от установленного срока перевода из одной группы в другую. При решении данной задачи должны по мере возможности использоваться компьютерные технологии. Для выполнения плана-графика "движения" контингентов в строго установленные сроки кураторы районов заблаговременно (за 3 месяца до указанного срока) направляют районному (участковому) фтизиатру напоминание о предстоящем переводе из одной группы в другую с указанием комплекса обследования для каждого больного.

Важным разделом работы является контроль абациллирования больных туберкулезом, состоящих на учете. Он осуществляется в соответствии с инструкцией по организации диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений. Необходимо осуществлять четкую и своевременную связь и взаимодействие с ЦГиЭ.

3.1. Централизованный контроль над лечением больных с хроническими формами туберкулеза

Контроль над лечением больных с хроническими формами туберкулеза весьма трудоемок. Вместе с тем, систематический контроль повышает эффективность их лечения, особенно при множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Важно организовать лечение этой группы больных в строгом соответствии с «Клиническими протоколами диагностики и лечения взрослого населения с хроническими формами туберкулеза органов дыхания, обладающими лекарственной устойчивостью». Кураторы районов, вра-

чи-методисты составляют план лечения больных с хроническими формами туберкулеза на основании данных картотеки (форма № 30-4/у). Дальнейший контроль над лечением этой категории больных осуществляют аналогично методике, применяемой у впервые выявленных больных туберкулезом.

С целью повышения эффективности лечения больных с хроническими формами туберкулеза в картотеке выделяют карты больных, имеющих показания к хирургическому лечению, которые в дальнейшем используют для активного вызова больных на хирургическое лечение. Для обеспечения своевременных консультаций хирурга в каждом стационаре заводят специальный журнал, в котором еще в приемном отделении регистрируются все поступившие в отделения больные. Консультация хирурга проводится (с отметкой в журнале) не позднее, чем через 30 дней с момента поступления больного в стационар. Последующая консультация хирурга выполняется после окончания интенсивной фазы химиотерапии (через 2-3 месяца).

4. КОНТРОЛЬ НАД ОФОРМЛЕНИЕМ ВРАЧЕБНЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

Централизованный контроль над оформлением свидетельств о смерти направлен на:

- повышение достоверности показателя смертности больных от туберкулеза, что достигается оперативным внесением корректив в случае неправильного заполнения формы «Врачебное свидетельство о смерти» (форма № 106/у-01).

- повышение ответственности и уровня знания врачей в результате коллегиального разбора каждого случая смерти от туберкулеза и выявления ее причин.

Для упорядочения оформления свидетельств о смерти от туберкулеза органу управления здравоохранением рекомендуется определить, что окончательное свидетельство о смерти от туберкулеза подписывает только специалист-фтизиатр. Районный фтизиатр направляет всю первичную документацию

умершего от туберкулеза в областной ПТД.

Врач-методист областного ПТД один раз в месяц сверяет в областном органе статистики свидетельства о смерти и анализирует их. Одновременно врач-методист сопоставляет данные свидетельств о смерти со сведениями формы № 089-1-У, формы № 30-4/у и присланной из районов первичной медицинской документацией. В случае расхождения диагноза областной ПТД срочно сообщает об этом специалистам, заполнявшим свидетельство о смерти от туберкулеза. Специалист при участии фтизиатра района обеспечивает заполнение нового свидетельства о смерти в установленном порядке.

Наиболее частая ошибка в оформлении врачебного свидетельства о смерти заключается в том, что за основную причину смерти не принимается истинное заболевание, которое по характеру тяжести или в результате острого развития привело к смерти больного, страдающего туберкулезом.

Приводим пример неправильно построенного диагноза причины смерти больного А., страдавшего туберкулезом легких: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ- (минус). Двухсторонняя абсцедирующая пневмония. Двухсторонний фиброзно-гнойный плеврит.

В данном случае инфильтративный туберкулез легких необоснованно принят за основную болезнь, потому что ограниченный туберкулезный процесс при одновременном развитии более тяжелой абсцедирующей стафилококковой пневмонии не мог быть основной причиной смерти (основной болезнью). Обусловила летальный исход абсцедирующая стафилококковая пневмония, осложнившаяся фибринозно-гнойным плевритом.

Правильно диагноз причины смерти больного А. должен строиться следующим образом.

Основная болезнь: двухсторонняя стафилококковая абсцедирующая пневмония.

Осложнения: двухсторонний фиброзно-гнойный плеврит.

Сопутствующая болезнь: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ- (минус).

У больного, не состоящего на учете в ПТД по I или II ГДУ, основная причина смерти «туберкулез» может быть поставлена лишь на основании патологоанатомического исследования.

Случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов обсуждаются на клинико-патологоанатомических конференциях. А также, каждый случай смерти больного от туберкулеза на дому или на первом году диспансерного наблюдения, с посмертно установленным диагнозом туберкулеза следует рассматривать, как серьезные дефекты в работе противотуберкулезного учреждения.