

*Ершова А.В.*

**КАЛИНИНГРАД ОБЛАСТЫНДАГЫ КУРГАК УЧУКТУ АНЫКТООНУН  
ИНДИКАТОРДУК САПАТ КӨРСӨТКҮЧҮНӨ БАА БЕРҮҮ ЖАНА РЕГИОНДУК  
МОНИТОРИНГ ЖҮРГҮЗҮҮ СИСТЕМАСЫ**

*Ершова А.В.*

**СИСТЕМА РЕГИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА И ИНДИКАТОРНАЯ ОЦЕНКА  
КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*A.V. Ershova*

**THE SYSTEM OF REGIONAL MONITORING AND INDICATOR ASSESSMENT OF THE  
QUALITY OF TB DETECTION IN THE KALININGRAD REGION**

УДК: 616-036.22

*Макалада 2008-2015-жылдарындагы Калининград областынын аймагындагы кургак учук илдетинин негизги динамикалык багыттары көрсөтүлдү. Алдын ала жыйынтыктар боюнча негизги эпидемиологиялык көрсөткүчтөрдүн түшүп жаткандыгын айтууга негиз берет. Ушуга ылайык, бул изилдөөнүн максаты болуп региондогу кургак учукка чалдыгуу көрсөткүчтөрүнүн толуктугуна жана туура түзүлүшүнө жана дарылоо тармагындагы кургак учукту аныктоонун сапатына баа берүү болуп саналат. Ошондой эле кургак учуктун регионалдык мониторингине баа берилди.*

***Негизги сөздөр:** кургак учук, мониторинг, ооруга чалдыгуу көрсөткүчү, индикаторлор, эпидемиялык процесс, кооптуу жагдайлар.*

*В статье рассмотрены основные тенденции в динамике туберкулезной инфекции на территории Калининградской области за период 2008-2015 гг. Предварительные выводы дают основание говорить о снижении базовых эпидемиологических показателей. Исходя из этого, целью настоящего исследования было оценить полноту и достоверность формирования показателя заболеваемости туберкулезом в регионе и качество выявления туберкулеза в лечебной сети. Также оценивалась система регионального мониторинга туберкулеза.*

***Ключевые слова:** туберкулез, мониторинг, показатель заболеваемости, индикаторы, эпидемический процесс, факторы риска.*

*The article describes the main trends in the dynamics of tuberculosis infection in the Kaliningrad region for the period 2008-2015. Preliminary findings give reason to talk about reducing the basic epidemiological indicators. On this basis, the aim of this study was to evaluate the completeness and accuracy of formation of the incidence of tuberculosis in the region and the quality of TB detection in the medical network. We also evaluated the system of regional monitoring of tuberculosis.*

***Key words:** tuberculosis, monitoring, incidence rate, indicators, epidemiological process, risk factors, multidrug resistance.*

Предварительный анализ показал стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Калининградской области. Показатель качества оказания противотуберкулезной помощи, представляющий собой соотношение заболеваемости и смертности от туберкулеза – увеличился с 7,7 в 2008

году до 10,3 в 2015 году (при значении целевого индикатора Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 года – 5,5). Однако данная стабилизация темпов снижения базовых показателей, в свою очередь, может являться неблагоприятным прогностическим признаком и свидетельствовать о формирующейся напряженности эпидемиологической обстановки.

Для подтверждения нашего предположения представляется крайне важным оценить достоверность и полноту формирования показателя заболеваемости (ПЗ). К 2015 году снизилась разница между расчетной и регистрируемой заболеваемостью туберкулезом, что отражает реальную эпидемиологическую ситуацию в регионе.

**Материалы и методы.** Были проанализированы годовые статистические формы: форма № 8 «О заболеваниях активным туберкулезом», форма № 33 «Отчет о контингентах больных туберкулезом» за период 2008-2015 гг.. Проведена статистическая обработка первичных данных, методом ретроспективного эпидемиологического анализа оценена динамика заболеваемости туберкулезом за период 2008-2015 гг., использована индикаторная оценка качества выявления туберкулеза областными ЛПО.

**Результаты исследования.** Фактор, оказывающий преимущественное влияние на формирование показателя заболеваемости, это активное выявление больных [1]. Доля населения, охваченного профилактическими осмотрами, увеличилась с 49,3% в 2010 году до 57,4% в 2015 году. С целью активного выявления туберкулеза в 2015 году флюорографический обследовано 550392 человек (87,1%) от числа подлежащих, однако данные по области в целом сильно отличаются от данных внутри районов, в самых неблагоприятных из них охват составляет 55-60%.

С 2007 года доля больных, выявленных при профосмотрах, колеблется в пределах 45%, в 2015 году – 47,9%. Причиной невысоких показателей выявляемости больных при профосмотрах может быть то, что осматриваются в основном одни и те же контингенты населения – студенты, официально работающие, то есть те, кто подлежит плановым

осмотрам [2]. Из числа труднодоступных групп населения и не обследованных более 2-х лет в 2015 году осмотрено 82498 человек или 83,7% от подлежащих (в 2014 году 78341 человек или 84,4% от подлежащих). Основной удельный вес среди впервые выявленных больных туберкулезом занимают граждане не работающие, соответственно нигде не наблюдающиеся и не проходившие флюорографическое обследование в течение нескольких лет. Еще одна группа риска – трудовые мигранты, большая часть которых также является группой с низкой медицинской активностью. На формирование групп риска, как правило, не уделяется достаточного внимания и планирование охвата их осмотрами, в частности флюорографическими, а должно быть одним из приоритетных направлений в работе.

Удельный вес больных ВИЧ-инфицированных возрос с 10,1% в 2008 году до 15,4% в 2015 году в структуре всех впервые выявленных. Более 40% из них не проходили флюорографическое обследование более 2-х лет, 32% являются потребителями внутривенных наркотиков (в 87% случаев – героин), 53,6% являются безработными.

Для более полного слежения за ситуацией в регионе с целью раннего выявления неблагоприятных тенденций и разработки комплекса стратегических решений используется программа эпидемиологического мониторинга.

Сбор информации осуществляется на основании государственной системы сбора статистической информации, данных о реализации системы DOTS в России, информационных систем мониторинга программ Глобального Фонда. Учетная документация, используемая для мониторинга туберкулеза в Калининградской области, заполняется в учреждениях общей лечебной сети, противотуберкулезных диспансерах и туберкулезных стационарах, а также в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Калининградской области»

Помимо существующих отчетных форм, реализация динамического мониторинга за эффективностью противотуберкулезной работы представлена в виде ежемесячного отчета, содержащего сведения о заболеваемости населения туберкулезом, охвате лечением, отрывах от лечения, летальных исходах, и еженедельного отчета о числе впервые выявленных случаев активного туберкулеза, в т.ч. с указанием госпитализации, проведенной дезинфекцией и обследованием очага. Данная система требует доработки с целью не только возможности оперативного мониторинга эпидемиологической ситуации и формирующихся очагов туберкулеза, но и комплексности взаимодействия основных региональных служб и работы в системе преемственности необходимых данных.

Одно из структурных звеньев эпидемиологического мониторинга – оценка качества оказания

медицинской помощи [3]. Доля посмертной диагностики туберкулеза в Калининградской области с 2008 года по 2015 год сократилась с 4,4% до 3,1%, (в 2013 году). Доля умерших больных туберкулезом в первый год наблюдения сократилась с 4,1 % в 2009 году до 2,4% в 2015 году, однако превышает минимум 2008 года – 1,8%. Однако доля деструктивных форм после некоторого уменьшения в 2008-2012 гг. имеет тенденцию к росту – 39,8% в 2015 году. Доля внелегочных форм туберкулеза носит волнообразный характер, с максимальным значением прироста – с 2,2 в 2012 году до 4,1 в 2014 году. Достаточно низкие цифры связаны преимущественно с поздней диагностикой внелегочного туберкулеза и учетом ведущей патологии. На протяжении исследуемого периода туберкулез мозговых оболочек и ЦНС регистрируется в виде единичных случаев, в 2015 году его доля составила 7,6% против 5,0% в 2008 году в структуре всех форм внелегочного туберкулеза. Динамика соотношения числа впервые выявленных случаев больше смещена в сторону взрослого населения, что может свидетельствовать о недостаточном выявлении новых случаев у детей [4]. Отчасти это можно подтвердить фактом роста необоснованных отказов от туберкулинодиагностики среди учащихся школьных образовательных учреждений и недостаточным контролем со стороны медицинского персонала школ за группами учащихся, не предоставляющих сведения о туберкулинодиагностике при формировании новых классов или по окончании сроков медицинских отводов после перенесенных заболеваний. Косвенно к факторам риска заболеваемости среди детского населения можно отнести и высокий процент отказов от БЦЖ-вакцинации в роддомах области, составивший, к примеру, в 2015 году 53,9% среди всех причин непривитости новорожденных.

При анализе качества работы бактериологической службы противотуберкулезных учреждений видим, что доля (%) бациллярных форм туберкулеза в структуре впервые выявленных случаев туберкулеза органов дыхания, определенных как методом бактериоскопии, так и определяемых любым методом, увеличилась на 9,1 и 9,9% соответственно.

При анализе результатов наблюдения за больными мы видим плавный рост показателя госпитализации – с 63,1% в 2009 году до 82,1% в 2015 году, показатель стационарного лечения не имеет выраженной тенденции. Значимой тенденции в увеличении группы клинически излеченных контингентов также не наблюдается.

В 2015 году в очагах активного туберкулеза обследовано 3072 контактных. Выявлено 10 больных, в том числе 2 детей до 14 лет. Сложность очагов активного туберкулеза объясняется зачастую социальным статусом самих заболевших, в 35-40% случаев они проживают на съемных квартирах или в общежитиях (коммунальных квартирах), где не

соблюдаются элементарные санитарно-гигиенические навыки, отмечается скученность проживающих, нередки случаи злоупотребления алкоголем. Все эти факторы создают препятствия при обследовании данных очагов и для мотивации контактных лиц на прохождение профилактического обследования.

С 2002 по 2008 гг. на территории области реализовывался двух стадийный проект «Улучшение контроля над туберкулезом в Калининградской области и предупреждение распространения эндемии туберкулеза на страны Балтийского региона». За период реализации проекта достигнуты положительные сдвиги по выявлению туберкулеза по микроскопии мокроты – с 0,13% (2003 год) до 3,4% (2006 год) и диагностике туберкулеза – увеличение удельного веса новых больных МБТ (+) с 33% (2003 год) до 52% (2006 год) [5].

В период 2006-2009 гг. реализовывался проект «Улучшение состояния здоровья населения Калининградской области», одной из целей которого было содействие Правительству Калининградской области в вопросах профилактики инфекционных заболеваний. Он внес вклад в расширение системы выявления больных, страдающих от туберкулеза. Специалисты и руководители областных медицинских учреждений познакомились с технологией выявления больных туберкулезом, а при поддержке государственных служб осуществлен пилотный проект по вовлечению групп населения, уязвимых для ВИЧ и туберкулеза.

Приказами Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Калининградской области №97/52 от 12 апреля 2007 г. «Об усилении мер по своевременному выявлению, профилактике и лечению туберкулеза среди населения Калининградской области» и Министерства здравоохранения Калининградской области № 181 от 16.07.2007 г. "О внедрении новых форм организации медицинской помощи больным туберкулезом в лечебно-профилактических учреждениях Калининградской области" были внедрены стационар-замещающие методы ведения больных.

Именно в период с 2007 по 2012 гг. наблюдался наибольший темп снижения показателей заболе-

ваемости – на 12% в 2008 году по сравнению с 2007 годом, на 14,9% в 2012 году по сравнению с 2011 годом, и смертности – на 36,8% в 2007 году по сравнению с 2006 годом, снизившись до 12,3% к 2012 году. Помимо этого, снижалась доля больных с деструктивными формами туберкулеза (с 43,9 в 2009 году до 34% в 2012 году), а в последующем начался ее умеренный рост. Стабилизация темпов снижения связана отчасти с отсутствием новых поддерживаемых проектов, реализуемых на территории области, а имеющиеся нерешенные проблемы начинают сказываться на качестве и доступности оказываемой медицинской помощи.

**Выводы.** Полученные результаты в целом свидетельствуют о недостаточном и несвоевременном выявлении туберкулеза в регионе. Важно оптимизировать организацию выявления туберкулеза в группах риска и систему мониторинга ведения больных туберкулезом легких. При формировании базы контингентов населения для мониторинга выявления целесообразно наладить тесное взаимодействие с системами регионального уровня, в частности, миграционной службой, ЛПО, оказывающими услуги по программе ОМС, а также частными медицинскими центрами.

#### Литература:

1. Шилова М.В. Методика анализа эпидемической ситуации по туберкулезу: Метод. рекоменд. / НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – М., 2007.
2. Нечаева О.Б. Перспективы и возможности выполнения индикаторов Госпрограммы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года по туберкулезу / Медицинский альянс. – 2013. – № 4. – С. 19-26.
2. Антонова Н.В. Научно организационные основы построения системы мониторинга туберкулеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.
3. Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Сон И.М. и др. Индикаторы качества медицинской помощи при туберкулезе: уч.-метод. пособие для организаторов здравоохранения. – М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2013.
4. Скачкова Е.И. Реализация современной модели оказания помощи больным туберкулезом на территории Калининградской области, основные итоги и перспективы развития. Роль первичной сети: доклад. – Светлогорск, 04.07.2009.

**Рецензент: врач эпидемиологии, сотрудник кафедры общей гигиены Богданова Н.А.**