

На колегію УОЗ ОДА
24.02.2017р.

Виконання завдань і заходів
Загальнодержавної цільової соціальної
програми протидії захворюванню на
туберкульоз на 2012-2016 роки

В 2016р. закінчився термін дії обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз, затвердженої рішенням обласної ради в квітні 2013р.

Метою програми було поліпшення епідемічної ситуації в напрямку зменшення загальної кількості хворих на туберкульоз, зниження захворюваності та смертності від нього та ко-інфекції, зниження темпів поширення мультирезистентного туберкульозу шляхом виконання затверджених завдань і заходів.

Основні завдання програми були:

1. Зміцнення системи охорони здоров'я в галузі протидії захворюванню на туберкульоз у тому числі хіміорезистентному;
2. Зміцнення кадрового потенціалу фтизіатричної служби;
3. Розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, що надають послуги хворим на туберкульоз;
4. Посилити систему моніторингу та оцінки заходів виконання Програми;
5. Організація виявлення та діагностики туберкульозу;
6. Лікування та профілактика туберкульозу;
7. Протидія мультирезистентному туберкульозу та туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю;
8. Реалізація спільних заходів протидії поєднаної патології туберкульозу та ВІЛ інфекції/СНІДу;
9. Створення сприятливого соціального середовища для діяльності інститутів громадського суспільства для подолання епідемії туберкульозу.

Зупинюсь на виконанні кожного із завдань.

1. Зміцнення системи охорони здоров'я в галузі протидії захворюванню на туберкульоз у тому числі хіміорезистентному.

На виконання вказаного завдання в кожному районі і місті області необхідно було розробити та затвердити регіональні програми протидії захворюванню на туберкульоз із врахуванням особливостей епідемічної ситуації району/міста, передбачивши виділення цільових асигнувань на їх реалізацію.

Створити регіональні ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Щорічно питання виконання заходів регіональних програм розглядати на засіданнях місцевих та медичних радах.

У всіх регіонах області програми були розроблені, окрім м. Житомира.

В кожному районі та місті створені регіональні ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, однак в переважній більшості на їх засіданнях заслуховували медичних працівників, рішення суттєвого впливу на реалізацію програмних завдань не мали.

Часто змінювався склад координаційних рад, що також мало свій негативний вплив на якість прийнятих рішень, запровадженням дієвого контролю за їх виконанням.

Питання протидії туберкульозу також виносились на засідання місцевих рад, однак їх рішення не мали суттєвого впливу на якість протитуберкульозних заходів (виділення недостатньої кількості коштів на придбання туберкуліну, ультрафіолетових опромінювачів, респіраторів, поліпшення матеріально-технічної бази протитуберкульозних кабінетів, бактеріоскопічних пунктів з діагностики туберкульозу тощо).

Зазначені вище недоліки свідчать про порушення основного принципу ДОТС-стратегії – всебічна підтримка влади в питаннях протидії захворюванню на туберкульоз.

2. Зміцнення кадрового потенціалу фтизіатричної служби.

Станом на 01.01.2017р. в області на 98,0 штатних посадах працює 60 лікарів-фтизіатрів, укомплектованість становить 61,2%. Відсутні лікарі-фтизіатри в Брусилівському, Коростенському, Народицькому районах.

В поточного році проведено аналіз навантаження на лікарів-фтизіатрів. В результаті проведеної роботи отримані не зовсім втішні результати. Так 56,0% робочого часу лікарів-фтизіатрів відводиться на профілактичні огляди, 43,0% на роботу з пацієнтами, хворими на туберкульоз, або з підозрою на туберкульоз і лише 1,0% на роботу з хворими на дому. В деяких районах ситуація ще гірша:

Попільнянський р-н – 90% робочого часу відводиться на профілактичні огляди населення;

Чуднівський р-н – 78,0%;

Андрушівський р-н – 74,0%;

Романівський, Коростенський – понад 60,0%.

Всі лікарі-фтизіатри надзвичайно мало відводять робочого часу на роботу з хворими на туберкульоз на дому. Не працювали з хворими на дому в минулому році в Баранівському, Хорошівському, Житомирському, Малинському, Ружинському, Пулинському, Черняхівському, Чуднівському, м. Житомирі.

Зазначена інформація може свідчити:

- про недоліки в статистичному обліку роботи лікарів-фтизіатрів;
- про навантаження лікарів-фтизіатрів величезною кількістю профілактичних оглядів, на роботу з хворими на туберкульоз не залишається часу;

- про відсутність контролю за роботою на мережі, тобто за проведенням медичними працівниками загальної мережі контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі, відсутність роботи у вогнищах туберкульозу.

З метою наближення медичної допомоги до хворих на туберкульоз, поступового запровадження амбулаторної моделі лікування хворих на туберкульоз участь лікарів-фтизіатрів у профілактичних оглядах повинна здійснюватись відповідно до наказу МОЗ України від 21.05.2007 № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій». Відповідно до вказаного наказу профілактичному огляду у лікаря-фтизіатра підлягають чотири категорії працівників це:

- які контактують з промисловими аерозолями фіброгенного та змішаного типу дії;
- які контактують із силікатами та силікатовмісними речовинами;
- які контактують з вуглецевим пилом;
- які контактують із збудниками інфекційних захворювань, а саме із збудником туберкульозу.

Крім того обов'язковому огляду у лікаря-фтизіатра підлягають особи з підозрою захворювання на туберкульоз після відповідного обстеження з дотриманням вимог уніфікованого протоколу медичної допомоги «Туберкульоз».

3. Розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, що надають послуги хворим на туберкульоз.

Виконання заходів з профілактики, лікування та соціальної підтримки, які передбачені програмою, можливе лише за умови належної матеріально-технічної бази закладів, які здійснюють лікування та профілактику туберкульозу.

Переважна більшість протитуберкульозних закладів на сьогодні перебувають у власності місцевих громад і питання їх фінансового та матеріально-технічного забезпечення лежить на місцевих радах та адміністраціях.

Протягом дії програми в переважній більшості протитуберкульозних відділень/кабінетів проведені поточні або капітальні ремонти. На сьогоднішній день потребують ремонту протитуберкульозне відділення ЦМЛ м. Бердичева, протитуберкульозний кабінет Олевської, Червоноармійської, Чуднівської ЦРЛ. Про необхідність ремонтів неодноразово наголошувалось на попередніх засіданнях колегії УОЗ ОДА.

Із отриманої інформації від головних лікарів всі протитуберкульозні відділення/кабінети укомплектовані, відповідно до рекомендованого «табеля оснащення», затвердженого наказом МОЗ України від 29.09.2009р. №694 «Про затвердження рекомендованих табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз, залежно від рівня надання медичної допомоги»

Але результати моніторингових візитів фахівців обласного протитуберкульозного диспансеру свідчать про інше – відсутні ваги, недостатня кількість ламп УФО, респіраторів, холодильників, шаф для зберігання медикаментів, термометрів, гігрометрів, негатоскопів, одноразових контейнерів для збирання мокротиння.

Питання щодо поліпшення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів залишається актуальним на поточний і майбутні роки.

4. Посилити систему моніторингу та оцінки заходів виконання Програми.

З метою посилення системи моніторингу та оцінки заходів виконання протитуберкульозної програми в лікувально-профілактичних закладах області запроваджені нові облікові та звітні форми, які адаптовані до міжнародних стандартів, проведено навчання по їх веденню. Однак результати моніторингових візитів свідчать, що медичні працівники не якісно заповнюють облікові статистичні форми внаслідок чого страждають якісні та результативні показники протитуберкульозної роботи (приклад-тільки після запровадження перевірки лабораторних журналів фахівцями протитуберкульозного диспансеру вдалось виявити суттєві недоліки в оформленні направлень на мікроскопічне дослідження, інтерпретації отриманих результатів, як результат відсоток виявлення КСП(+) у осіб з вперше діагнованим туберкульозом на I-II рівнях досягнув нормативного показника).

Крім того на рівні керівництва ЦРЛ, ЦМЛ, ТМО ніхто не контролює якість ведення облікової документації в протитуберкульозних відділеннях/кабінетах, клініко-діагностичних лабораторіях (не проводяться статистичні ревізії). Досить часто облікові форми заповнюються з порушенням інструкцій, вноситься недостовірна інформація, форми ведуться вкрай неохайно, що суттєво впливає на формування звітних форм по туберкульозу.

З метою удосконалення системи управління інформацією в сфері контролю за туберкульозом в обласному протитуберкульозному диспансері з 2016р. функціонує відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз (відділ МіО), створення якого регламентовано наказом МОЗ України від 15.05.2014 р. №326 «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах».

В усіх протитуберкульозних відділеннях\кабінетах області впроваджено реєстр хворих на туберкульоз.

Фахівці відділу МіО здійснюють контроль за якістю внесених даних в реєстр, надають організаційно-методичну допомогу, здійснюють керівництво щодо впровадження та забезпечення функціонування реєстру хворих на туберкульоз, що дозволило ввести всі випадки туберкульозу починаючи з 2010року.

З метою ефективного контролю за використанням протитуберкульозних препаратів в 2016р. розпочато роботу з модулем «Препарати» в реєстрі хворих

на туберкульоз, що дає змогу нарівні області оперативно відслідковувати залишки, терміни придатності лікарських засобів.

В 2016р. розпочато ведення реєстру хворих на туберкульоз в протитуберкульозному відділенні військового госпіталю м. Житомира.

Реєстр хворих на туберкульоз довів свою необхідність та ефективність, тому робота по удосконаленню якості веденої інформації буде продовжуватись і в майбутньому.

Ефективне функціонування Реєстру сприяє удосконаленню системи управління інформацією в сфері контролю за туберкульозом.

5. Організація виявлення та діагностики туберкульозу.

В 2016р. в області з метою виявлення туберкульозу проведено 548,7 тис. флюорографій, що становить 88,0% від запланованого.

Виконали план флюорографічних обстежень в Ємільчинському, Житомирському, Коростишівському, Лугинському, Любарському, Народицькому, Нов.-Волинському, Овруцькому, Ружинському, Черняхівському, Чуднівському районах.

Незадовільно спрацювали в Брусилівському, Коростенському, Олевському, Малинському, Романівському районах в яких виконання плану флюорографічних обстежень становить менше 70%.

Показник охоплення профілактичними флюорографічними оглядами становить всього 526,0 на 1000 дорослого населення (2015р.-542,5 на 1000 дорослого населення).

Питома вага виявлення туберкульозу при профілактичних флюорографічних оглядах в області становить 59,5%(2015р.-58,4%). Значно нижчий показник в наступних районах:

Брусилівський – 17,6%

Малинський – 21,6%

Олевському – 33,3%

м. Коростень – 34,6%

Лугинському – 36,4%

Хорошівському – 43,0%

Флюорографічно обстежено 89,5% (2015р.-91,5%) осіб, що відносяться до соціальної групи ризику по захворюванню на туберкульоз та 82,6%(2015р.-81,9%) до медичної групи ризику.

Недостатньо обстежують осіб із медичної групи з високим ризиком захворювання на туберкульоз:

Олевський – 34%

Брусилівський – 43%

Хорошівський – 53%

Баранівський – 71%

Недостатньо обстежують осіб із соціальної групи з високим ризиком захворювання на туберкульоз:

Брусилівський – 43%

Олевський – 48%

Хорошівський – 74%

Лабораторіями ЦРЛ, ЦМЛ проведено майже 6,4 тис. (2015р.-6,7 тис.) мікроскопічних досліджень, виявлено 424 (2015р.-488) осіб із бактеріовиділенням. Відсоток виявлення бактеріовиділювачів в лабораторіях загально-лікувальної мережі становить 6,7% (2015р.-7,3%) при нормативі 5-10%. Ще раз наголошую, що вказаних результатів вдалося досягти тільки після запровадження в роботу щоквартальної звірки в обласному протитуберкульозному диспансері.

Не досягають нормативного показника в Ружинському р-ні – 1,9%, м. Бердичеві – 2,5%, Житомирському р-ні – 4,7%. При правильному використанні цього простого та дешевого методу діагностики, медичні працівники своєчасно виявляють осіб, що виділяють кислотостійкі палички, вживають відповідних протиепідемічних заходів, чим убезпечують себе і оточуючих від подальшого розповсюдження інфекції.

В цілому по області, завдяки впровадженню нових методів діагностики туберкульозу, питома вага бактеріовиділювачів серед вперше діагностованих випадків туберкульозу легень становить 72,0% (2015р.-71,7%) норматив – 70%:

-55,0% (2015р.-59,2%) випадків туберкульозу легень підтверджено методом мікроскопії мазка, що доводить його ефективність;

- 8,3% (2015р.-9,9%) - методом посіву на живильні середовища;

-8,7% (2015р.-1,7%) - молекулярно-генетичним методом.

Протягом дії програми в області недостатньо обстежуються діти з метою виявлення туберкульозу:

2012р.-86,8%

2013р.-47,2%

2014р.-71,2%

2015р.- 66,1%

2016р.-67,3%.

Виконали запланований обсяг туберкулінодіагностики в Андрушівському, Бердичівському, Ємільчинському, Лугинському, Любарському, Народицькому, Овруцькому, Попільнянському, Радомишльському, Ружинському, Черняхівському, Чуднівському районах.

Самий низький показник охоплення туберкулінодіагностикою в м. Коростені – 36,2%, Хорошівському р-ні – 41,2%, м. Бердичів - 42%, Коростишівський – 47,5%, Олевський – 47,7%, м. Житомирі – 49,4%.

В 2016р. лікувально-профілактичними закладами області зареєстровано 780 (2015р-830) хворих на вперше діагностований туберкульоз, в т.ч. 22 хворих із установ пенітенціарної служби області.

В порівнянні з 2012р. показник захворюваності на туберкульоз знизився на 9,6% і становить 62,5 на 100 тис. нас. ()).

В цілому по області в порівнянні з 2012роком показник захворюваності на туберкульоз знизився лише в 14 регіонах, а саме в Баранівському, Бердичівському, Брусилівському, Хорошівському, Ємільчинському, Коростенському, Коростишівському, Нов.-Волинському, Овруцькому, Олевському, Попільнянському, Черняхівському районах та м. Бердичеві, Житомирі та Коростені.

В інших районах показник захворюваності на туберкульоз зріс:

Лугинський + 2,5 рази

Малинському + 2,2 рази

Романівський + 33,5%

Народицький + 17,7%

Ружинський + 17,6%

Андрушівський + 16,9%

Пулинський + 13,8%

Чуднівський + 7,7%

Житомирський, Лугинський + 2,5%

Найвищий показник захворюваності на туберкульоз в 2016р. зареєстровано в наступних районах:

Червоноармійський – 134,4 на 100 тис. нас.

Лугинський – 132,3

Брусилівський – 112,0

Романівський – 90,9

Андрушівський - 88,6

Черняхівський – 86,3

Народицький – 85,6

Любарський, Малинський – 81,0

Хочу сказати, що низький показник захворюваності не є свідченням дійсної стабілізації або дійсного зниження показника так як в переважній більшості таких районів залишається високою питома вага дисемінованого туберкульозу в фазі розпаду, тобто виявлення туберкульозу здійснюється по зверненню пацієнтів за медичною допомогою і ті кошти, що пішли на закупівлю флюорографічної плівки пішли на вітер, витрачаємо кошти, а туберкульоз не виявляємо.

Знову таки повторюю, робота по формуванню груп з високим ризиком захворювання на туберкульоз і їх першочерговому щорічному флюорографічному обстеженні залишається на вкрай низькому рівні.

Ріст показника захворюваності на туберкульоз насамперед свідчить про відсутність постійного контролю за організацією та якістю виконання протитуберкульозних заходів зі сторони головних лікарів, а також зі сторони органів місцевої влади.

В 2016 році зареєстровано 191 випадок рецидивів туберкульозу (2015р.-242), що становить 15,3 на 100 тис. населення. Значно вищий цей показник в наступних районах:

Брусилівський – 32,9
Ємільчинський – 29,5
Черняхівський – 27,6
Лугинський – 24,1

Високий показник рецидивів є свідченням низької якості лікування хворих на туберкульоз і насамперед в амбулаторних умовах, тобто відсутній безпосередній контроль медичного працівника за лікуванням хворого.

6.Протидія мультирезистентному туберкульозу та туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю.

7. Реалізація спільних заходів протидії поєднаної патології туберкульозу та ВІЛ інфекції/СНІДу;

Протягом п'яти років в області не вдається стабілізувати показник захворюваності на хіміорезистентний туберкульоз. З 2012року вказаний показник зріс в 2,3 рази і становить 22,8 на 100 тис. населення (2014р.-19,2; 2015р.-20,6)

2012р.- зареєстровано 122 випадки
2013р.- 192
2014р.- 243
2015р.- 260
2016р.- 285

Надзвичайно високий вказаний показник в наступних районах:

Брусилівський	85,6
Пулинський	56,4
Народицький	53,5
Лугинський	36,1
Житомирський	31,6
Чуднівський	30,7

Продовжується ріст показника захворюваності ко-інфекцію ВІЛ-інфекція/ТБ.

З 2012р. показник зріс на 53,3% і становить в 2016р. 9.2 на 100 тис. нас.

Високий показник захворюваності ко-інфекцію ВІЛ-інфекція/ТБ.

в наступних районах:

Лугинський	36,1
Брусилівський	32,9
Коростишівський	27,2
Бердичівський	17,3
Житомирський	15,8
Романівський	14,0

На нашу думку однією із причин росту показника захворюваності ко-інфекцію ВІЛ-інфекція/ТБ є незадовільний диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими, недостатнє охоплення їх хіміопрофілактикою туберкульозу ізоніазидом.

В 2016р. підлягало хіміопрофілактиці 918 ВІЛ-інфікованих, пройшли курс 416 осіб, що становить всього 45,3%.

Не охоплено хіміопрофілактикою жодного ВІЛ-інфікованого в Брусилівському, Коростенському, Романівському районах.

Низький відсоток охоплення хіміопрофілактикою в Андрушівському, Житомирському, Коростишівському, Народицькому, Чуднівському районах, м. Бердичеві та Коростені.

В медичній літературі з'явилися статті про вилікування хворих на туберкульоз лише одним ізоніазидом на фоні повноцінної АРВ терапії, тому лікарям-інфекціоністам спільно лікарями-фтизіатрами необхідно активно призначати курс хіміопрофілактики.

8. Лікування туберкульозу.

Результати лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із бактеріовиділенням в 2015р.

Виліковано – 45,7% (2014р.-55,6 %)
Завершили лікування – 9,8% (2014р.-7,0%)
Померло – 9,8% (2014р.-8,7%)
Невдале лікування – 29,9% (2014р.-24,3%)
Перерване лікування – 4,8% (2014р.-4,4%)
Переведені – 0 (2014р.- 0%)

Низький відсоток вилікуваних в Попільнянському-12,5%, Чуднівському- 13,3%, Брусилівському, Ружинському-25,0%, Малинському-26,3%, Хорошівському-28,6%.

Результати лікування хворих на рецидив туберкульозу легень із бактеріовиділенням в 2015р.

Виліковано – 19,2% (2014р.-32,7%)
Завершили лікування – 3,9% (2014р.-6,5%)
Померло – 9,9% (2014р.-10,5%)
Невдале лікування – 60,6% (2014р.- 48,4%)
Перерване лікування – 6,4% (2014р.-2,0%)
Переведені – 0% (2014р.-0%)

Не вилікували жодного випадку рецидиву в Баранівському, Бердичівському, Брусилівському, Хорошівському, Коростенському, Малинському, Народицькому, Попільнянському, Романівському, Ружинському, Чуднівському районах.

Причини низьких результатів лікування хворих на туберкульоз:

- несвоєчасне виявлення хворих на туберкульоз;
- відсутність контролю за вживанням препаратів на амбулаторному етапі лікування;
- відсутність соціального супроводу.

Для покращення результатів лікування хворих на туберкульоз фахівці «Центру громадського здоров'я» пропонують створювати на базі закладів ПМСД «кабінети контрольованого лікування хворих на туберкульоз» насамперед в містах і великих, густонаселених районах, тому в поточному році дане питання буде вивчатись і впроваджуватись в роботу.

9. Створення сприятливого соціального середовища для діяльності інститутів громадського суспільства для подолання епідемії туберкульозу.

До виконання заходів програми протидії захворюванню на туберкульоз активно приєднались громадські організації, що діють в Житомирській області та поза її межами, а саме обласна організація Товариства Червоного Хреста (лікування та соціальний супровід хворих на МРТБ/ХРТБ), ГО «Перспектива», БФ «Парус», БФ «Нехай твоє серце б'ється», ГО «Джерела», ЖОВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», ГО «Молодіжний клуб «Атмосфера +», ГО «Милосердя».

10. Смертність від активного туберкульозу.

Протягом 2012-2016 років показник смертності від туберкульозу знизився на 7,5%.

В 2016р. зареєстровано 134 (2015р.–155) випадки смерті від активного туберкульозу, що становить 10,7 на 100 тис. нас. (2015р. – 12,2).

В стаціонарі померло 60,4% (2015р.-70%), вдома-39,5% (2015р.- 30,0%).

Найвищий показник смертності від туберкульозу в Коростишівському р-ні – 22,2 на 100 тис. нас., Романівському, Радомишльському р-ні – 21,0, Бердичівському р-ні – 20,8, Брусилівському р-ні – 19,8, Хорошівському р-ні – 16,9.

До одного року спостереження померло 34 хворих, що становить 25,4%, що свідчить про несвоєчасне виявлення туберкульозу. Смертність до одного року не зареєстрована лише в Брусилівському, Лугинському, Любарському, Народицькому, Попільнянському, Ружинському, Пулинському, Черняхівському районах.

Завдання на 2017 рік:

Забезпечити щомісячний контроль за виконанням основних протитуберкульозних заходів.

Забезпечити виконання в повному об'ємі лікувальних та диспансерних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції.

Забезпечити якісний диспансерний нагляд за особами, що перебувають на обліку в кабінетах інфекційних захворювань з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу в питаннях діагностики туберкульозу.

Продовжити роботу по поліпшенню матеріально-технічної бази протитуберкульозних відділень/кабінетів, ДОТ-кабінетів, бактеріоскопічних пунктів з діагностики туберкульозу, відповідно до затверджених «Табелів оснащення».

Створити кабінети контролюваного лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі в ЛПЗ I рівня.

Зобов'язати медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги здійснювати контроль за лікуванням хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі під керівництвом лікаря-фтизіатра.