

На правах рукописи

СКАЧКОВА ЕЛЕНА ИГОРЕВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА РЕГИОНАЛЬНОЙ
МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ
И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Москва, 2008 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный консультант:

Заслуженный деятель науки
доктор медицинских наук, профессор

Михайлова Юлия Васильевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
член-корреспондент РАМН,
доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор

Орлова Галина Георгиевна

Медик Валерий Алексеевич
Стаханов Владимир Анатольевич

Ведущая организация – Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова Росздрава»

Защита состоится «__» «_____» 2008 г. в __ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «__» «_____» 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Туберкулез остается серьезной глобальной проблемой современности. Несмотря на огромный опыт человечества в борьбе с туберкулезом, в том числе доступное и эффективное лечение ежегодно в мире регистрируется 9 миллионов новых случаев заболевания туберкулезом и почти 2 миллиона умерших от него. Бремя туберкулеза неразрывно связано не только с огромными нагрузками на систему здравоохранения, но и потерями в экономике стран, поскольку, в основном, туберкулез поражает трудоспособное население. В соответствии с Резолюцией Всемирной Организации Здравоохранения (Resolution WHA 44.8/1991 г.) туберкулез провозглашен как важнейшая глобальная проблема общественного здравоохранения.

В Резолюции ВОЗ были поставлены две стратегические задачи в области борьбы с туберкулезом - к 2000 году обеспечить выявление 70% новых больных с бактериовыделением, определенным по микроскопии мокроты, и лечение 85% из них. За прошедший период в рамках реализации Глобального плана «Остановить туберкулез» как механизма выполнения Резолюции ВОЗ WHA 44.8, проведен широкий комплекс мероприятий в рамках стратегии, названной DOTS (Directly Observed Treatment Short-course). Усилия по борьбе с туберкулезом базировались на политической поддержке со стороны руководств стран, что нашло отражение в Амстердамской Декларации (2000 г.), Вашингтонской Декларации по борьбе с туберкулезом (2001 г.), форума Партнеров в области борьбы с туберкулезом, состоявшегося в Дели в 2004 году, заседании специального Комитета по вопросам борьбы с эпидемией туберкулеза в 2005 году, Европейского министерского форума «Все против туберкулеза» (Берлин, 2007 г.).

За последнее десятилетие был достигнут значительный прогресс в области глобальной борьбы с туберкулезом. Однако целевые показатели не были достигнуты ни в одной из стран мира. В связи с этим, для достижения целевых показателей, принятых ВОЗ, необходима четкая стратегия, способная объеди-

нить усилия всех служб здравоохранения, секторов и отраслей, научных учреждений, населения, общественных и религиозных организаций в преодолении сложнейшей медико-социальной проблемы туберкулеза.

В Российской Федерации можно выделить три этапа в динамике эпидемической ситуации по туберкулезу. Первый этап, начавшийся в 50-е годы XX века, характеризовался постепенным снижением в 70-80-е годы значений эпидемиологических показателей по туберкулезу. Начиная с 1991 года начался второй этап, в течение которого вплоть до 2001 года эпидемическая ситуация по туберкулезу поменялась с относительно благополучной на неустойчивую, а затем и на неблагополучную. С 2002 года тенденция течения эпидемиологического процесса туберкулезной инфекции в стране изменилась, появились первые признаки стабилизации. Однако, несмотря на позитивный момент стабилизации значений показателя заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, показателя заболеваемости туберкулезом детей, снижение значения показателя заболеваемости у мужчин во всех возрастных группах, уровень этих показателей сохраняется высоким, превышая аналогичные показатели в странах Европы в 5 раз (по данным Глобального отчета по борьбе с туберкулезом в мире за 2007 год).

Кроме того, отмечающаяся в последние годы тенденция роста заболеваемости и смертности женщин в возрасте от 25 до 35 лет, свидетельствует о сохраняющейся неблагоприятной эпидемической ситуации в стране (В.В. Ерохин, В.В. Пунга, М.В. Шилова, С.Е. Борисов, И.М. Сон, 2007 г.).

Российская Федерация отличается от других стран мира накопленными и сохраняемыми традициями противотуберкулезной работы. Последние годы деятельности противотуберкулезной службы приходятся на существенные изменения в законодательной и нормативной базе, что требует значительных изменений системы организации противотуберкулезной помощи в России на основе научно обоснованной стратегии, опирающейся на национальных особенностей и с учетом международного опыта.

С принятием Федерального закона от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» органы местного самоуправления передают на уровень субъекта Российской Федерации специализированные учреждения здравоохранения, в том числе противотуберкулезные. Процесс выстраивания взаимоотношений между муниципальным и региональным уровнями здравоохранения находится в стадии становления и требует разработки такого механизма взаимодействия по уровням управления здравоохранением, при котором доступность и качество медицинской помощи будут улучшены. В тоже время, противотуберкулезная служба функционирует как составная часть системы здравоохранения, в которой за 15 лет серьезные идеологические и структурные преобразования.

Начиная с девяностых годов прошлого столетия в Российской Федерации действуют программы и проекты борьбы с туберкулезом, реализуемые международными организациями, деятельность которых не всегда согласуется с принципами Российской стратегии борьбы с туберкулезом.

В современных условиях России при разделении властных полномочий по уровням управления, в том числе и здравоохранении стратегия борьбы с туберкулезом предполагает многообразие организационных форм и механизмов ее реализации, но на единых принципах и методических подходах.

Все вышеизложенное позволило сформулировать **цель данного исследования**, которая заключается в научном обосновании, разработке и внедрении новой организационно-функциональной региональной модели организации противотуберкулезной помощи населению в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику и особенности эпидемической ситуации по туберкулезу в современных социально-экономических условиях и установить основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости и смертности больных туберкулезом.

2. Оценить эффективность существующей системы организации противотуберкулезной помощи населению на муниципальном и территориальном уровнях на примере Свердловской области в современных социально-экономических условиях и разграничении полномочий по уровням управления.
3. Научно обосновать приоритетные направления в области борьбы с туберкулезом в условиях структурных преобразований в системе здравоохранения.
4. Разработать и внедрить на региональном уровне комплекс мероприятий по организации своевременного выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, как базисную составляющую стратегии борьбы с туберкулезом.
5. Разработать и внедрить на региональном уровне комплекс мероприятий по совершенствованию системы мониторинга эпидемической ситуации и качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом.
6. Научно обосновать, разработать, внедрить на территории Свердловской области и оценить эффективность новой организационно-функциональной модели организации медицинской помощи больным туберкулезом.

Научная новизна исследования:

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- определены особенности эпидемической ситуации по туберкулезу в современных социально-экономических условиях, особенности структуры заболеваемости и причин смерти от туберкулеза;
- установлены основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости и смертности больных туберкулезом в социальных, возрастных и гендерных аспектах;
- разработаны методы эпидемиологического анализа данных о туберкулезе – как необходимого условия для проведения эффективных мероприятий, направленных на борьбу и ликвидацию туберкулеза;

- разработана новая методология обоснования приоритетных высокоэффективных направлений борьбы с туберкулезом на основе методов многомерного статистического анализа и математического моделирования, что позволило научно обосновать приоритетные направления в области борьбы с туберкулезом в условиях разграничения властных полномочий по уровням управления здравоохранением;
- разработана и внедрена на региональном уровне модернизированная система эпидемиологического мониторинга и оценки качества оказания противотуберкулезной помощи;
- разработан и внедрен комплекс мероприятий по улучшению системы организации выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, как основы стратегии борьбы с туберкулезом;
- отработаны дифференцированные мероприятия по организации выявления, лечения, реабилитации групп населения с высоким риском заболеть туберкулезом;
- научно обоснована и разработана система межсекторального взаимодействия, как основа системного подхода к организации борьбы с туберкулезом в условиях разграничения властных полномочий по уровням управления здравоохранением;
- разработаны эффективные механизмы привлечения гражданского общества и групп населения, пораженных туберкулезом, как важнейших партнеров и участников борьбы с туберкулезом;
- разработана система внедрения инновационных технологий на примере борьбы с туберкулезом;
- усовершенствованы принципы организации медицинской помощи больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, как эпидемически самой опасной группы;
- разработана и внедрена новая система организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным больным;

- на основе системного подхода и методологии стратегического планирования и управления разработана новая организационно-функциональная модель организации помощи больным туберкулезом, апробирована и внедрена на уровне крупного субъекта Российской Федерации и доказана ее эффективность.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что на уровне субъекта Российской Федерации:

- на основе разработанных технологий обоснованы приоритетные направления развития системы организации помощи больным туберкулезом в новых социально-экономических условиях в крупном субъекте Российской Федерации;

- разработанные новые принципы модернизации системы мониторинга эпидемической ситуации и оценкой качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом повысили объективность и значимость эпидемиологического анализа, как важное звено в системе борьбы с туберкулезом;

- апробированы новые организационные технологии, позволяющие выявлять туберкулез на ранних стадиях заболевания в учреждениях первичной медико-санитарной помощи;

- отработана новая организационно-функциональная модель оказания помощи больным туберкулезом с привлечением служб социальной защиты, что позволило сократить число случаев досрочного прекращения лечения больных туберкулезом;

- отработаны методы организации школ «поддержки готовности к завершению лечения»;

- отработаны алгоритмы дифференцированного ведения больных с момента выявления, стационарного, амбулаторного лечения и апробированы принципы построения маршрутов с учетом особенностей туберкулезного процесса,отягощающих факторов и социального статуса пациентов.

Внедрение. На федеральном уровне:

- разработаны и утверждены Министерством здравоохранения и социального развития методические рекомендации «Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи» (утверждены 23.05.2006 г.);

- разработаны и утверждены Министерством здравоохранения и социального развития методические рекомендации «Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным» (утверждены 26.10.2006 г.);

- внесение изменений в Приказ Минздравсоцразвития России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»;

- внесение изменений в учетную форму № 030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений», в отчетные формы №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и №33 «Сведения о больных туберкулезом»;

- результаты исследования внедрены в деятельность Центрального Научно-исследовательского института туберкулеза;

- результаты исследования использованы: при первичной подготовке и профессиональной переподготовки врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», при подготовке обучающихся программ профессиональной переподготовки врачей для кафедры фтизиопульмонологии Уральской Государственной медицинской академии, в деятельности Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в России, Группы Высокого уровня по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации, при подготовке Берлинской Декларации по туберкулезу (утверждена на заседании Европейского министерского форума ВОЗ “Все против туберкулеза” 22 октября 2007 года).

На региональном уровне:

Результаты исследования внедрены в деятельность Свердловского областного государственного учреждения здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер», Калининградского областного учреждения «Противотуберку-

лезный диспансер», Чувашского государственного учреждения здравоохранения « Республиканский противотуберкулезный диспансер», Ханты-Мансийского учреждения здравоохранения «Окружной противотуберкулезный диспансер».

По результатам исследования нами были разработаны проекты нормативных документов:

- «Комплексный план противотуберкулезных мероприятий на территории Свердловской области на 2007-2008 годы», утвержденный Постановлением правительства Свердловской области № 831-ПП от 27.08.2007 года

- Указ Губернатора Калининградской области от 29.01.2008 г. №5 «О мерах по ограничению распространения в Калининградской области социально значимых инфекционных заболеваний, а также неинфекционных заболеваний, обусловленных индивидуальным образом жизни»

- Совместные приказы Министра здравоохранения Свердловской области и Главного государственного санитарного врача по Свердловской области:

- от 28.07.2003 г. № 511-п / 01/1-202 «О введении в действие стандарта проведения скрининговых тестов для своевременного выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых и подростков»;

- от 29.08.2003 г. № 586-п / 01/1-228 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Свердловской области»;

- от 31.03.2004 г. № 252-п / 01/1-61 «Об усилении мер по своевременному выявлению и профилактике туберкулеза у детей и подростков»;

- от 18.08.2004 г. № 588-п / 01/1-175 «Об оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Свердловской области»;

- от 01.04.2005 г. № 229-п / 01/1-49 «Об организации рентгенофлюорографических профилактических осмотров на туберкулез населения Свердловской области».

- Приказы Министра здравоохранения Свердловской области:

- от 20.06.2001 г. № 286-п «О создании новых форм организации меди-

цинской помощи в противотуберкулезных учреждениях и подразделениях»;

- от 15.10.2001 г. № 424-п «О введении в действие временных стандартов деятельности новых форм организации противотуберкулезной медицинской помощи в здравоохранение Свердловской области»;

- от 08.09.2003 г. № 611-п «Об упорядочении и повышении достоверности статистической отчетности по туберкулезу»;

- от 12.01.2004 г. № 23-п «Об организации областного организационно-методического центра микроскопических методов выявления микобактерий в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений Свердловской области»;

- от 02.06.2005 г. № 413-п «Об утверждении «Плана мероприятий по предупреждению и профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в Свердловской области на 2005-2006 годы»;

- от 14.07.2006 г. № 565-п «Об утверждении «Положения о стационарных отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, а также инфекционной безопасности при работе в указанных отделениях»;

- от 25.07.2006 г. № 590-п «Об организации противотуберкулезной помощи населению Свердловской области»;

- Приказы Министерства здравоохранения Калининградской области:

- от 12.04.2007 г. №97/52 «Об усилении мер по своевременному выявлению, профилактике и лечению туберкулеза среди населения Калининградской области»;

- от 16.07.2008 г. №181 «О внедрении новых форм организации медицинской помощи больным туберкулезом в лечебно-профилактических учреждениях Калининградской области».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 19.04.2007 г. №283 «Об усилении мер по своевременному выявлению, профилактике и лечению туберкулеза среди населения Чувашской Республики».

Апробация результатов исследования. Результаты работы доложены на: Российской научно-практической конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению» (Москва, 2005), Всероссийской научно-практической конференции «Выявление больных туберкулезом» (Москва, май, 2006), на научной конференции, посвященной 85-летию образования ГУ ЦНИИТ РАМН (Москва, октябрь, 2006), Российской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России» (Москва, ноябрь, 2006г), Научно-практической конференции «Приоритетные направления в обеспечении результативности системы противотуберкулезных мероприятий в современных социально-эпидемиологических условиях» (г. Екатеринбург, ноябрь, 2006 г.), на совещании Рабочей Группы Высокого Уровня по туберкулезу (ноябрь, 2006 г.), Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, май, 2007), Всероссийском съезде фтизиатров (Москва, июнь, 2007), на международном совещании по надзору за туберкулезом в Европе (Стокгольм, Швеция, сентябрь 2007), на совещаниях секретариата Группы Высокого уровня по туберкулезу (февраль, март, 2008 года), на конференции с международным участием «Интегрированные подходы к ведению больных туберкулезом» (Калининград, 2008), апробационном совете в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (май, 2008 г.).

Положения, выносимые на защиту:

1. Особенности и динамика эпидемической ситуации по туберкулезу в современных социально-экономических условиях; причины и факторы, определяющие напряженность эпидемической обстановки в Российской Федерации и потери, связанные с туберкулезом.

2. Научно-обоснованная организационно-функциональная модель организации медико-социальной помощи больным туберкулезом на уровне субъекта Российской Федерации в условиях структурных преобразований в системе здравоохранения.

3. Мониторинг, своевременное выявление, полноценное ведение, контролируемое лечение и управление эпидемической ситуацией – основные приоритеты при модернизации системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом на уровне субъекта Российской Федерации.

4. Комплекс мероприятий по межведомственному взаимодействию противотуберкулезной службы, службы исполнения наказаний, служб социальной защиты, общественных и религиозных организаций.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 45 печатных работ, в том числе 4 монографии, 2 методических рекомендаций, 16 статей в изданиях, рекомендованных ВАК, 1 публикация в международном издании (Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing, WHO Report 2008, WHO/HTM/TB/2008.393).

Объем и структура работы.

Материалы диссертации изложены на **315** страницах машинописного текста, отражены в **28** таблицах, **24** диаграммах и **12** схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, 5 приложений. Список использованной литературы включает **286** источников, из которых **235** отечественных и **51** иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1 отражает обзор литературных и научных исследований, касающихся истории развития организации борьбы с туберкулезом в России, и включает анализ отечественных и зарубежных источников.

В развитии противотуберкулезной помощи в России можно выделить четыре этапа. Первый этап, начавшийся в конце XIX века характеризовался формированием первых элементов будущей противотуберкулезной службы (тубер-

кулезных санаториев), накоплением эмпирического опыта лечения и ведения больных туберкулезом. На втором этапе, после 1918 года и вплоть до Великой Отечественной Войны (1941 год) формировался образ службы, где основным структурным элементом являлся противотуберкулезный диспансер, а научно-методическую работу осуществляли туберкулезные институты.

Начало третьего этапа совпало с началом антибактериального периода, когда для лечения больных туберкулезом стали применять разработанные после 1945 года первые противотуберкулезные препараты – стрептомицин, парааминосалициловая кислота и изониазид. Этап отличался интенсивным развитием противотуберкулезных стационаров, специализированных диспансеров, были развиты заложенные в течение второго этапа принципы организации борьбы с туберкулезом.

Благодаря реализованным мероприятиям в 70-80-е годы XX века происходило постепенное снижение значений эпидемиологических показателей по туберкулезу. Однако уже к 1987 году в Российской Федерации было отмечено не только замедление темпов снижения значений показателей заболеваемости туберкулезом и смертности от него, но и рост их. Противотуберкулезная служба нуждалась в совершенствовании форм и методов ее работы, активизации взаимодействия с учреждениями общей медицинской практики по вопросам диагностики, выявления и лечения больных.

Современный период противотуберкулезной работы, начавшийся после 1987 года, по данным многочисленных литературных источников, связан с резким ухудшением эпидемической ситуации. Основными причинами резкого увеличения заболеваемости туберкулезом и смертности от него в России являются следующие: кризис экономики, недостаточное финансирование мероприятий борьбы с туберкулезом; снижение жизненного уровня большой группы населения, а также возникновение стрессовых ситуаций в связи с неустойчивым положением в стране; локальные военные конфликты в некоторых регионах; резко увеличившаяся миграция больших групп населения, практически выпадающих из поля зрения лечебно-профилактических учреждений; ухудше-

ние проведения всего комплекса мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулеза; увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями.

Ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу и изменившиеся социально-экономические условия в стране, а также процесс модернизации системы здравоохранения требуют научного обоснования и реализации новых приоритетных направлений развития системы организации оказания помощи больным туберкулезом в России.

В главе 2 дана характеристика базы исследования, организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, методологические подходы, методические приемы и методы анализа. Исследование проводилось в крупном субъекте Российской Федерации – Свердловской области.

Свердловская область с численностью населения 4,5 млн. человек находится на границе Европы и Азии и занимает площадь 194,8 тыс. кв. км. Область имеет ряд особенностей: неравномерная плотность населения, большинство которого сосредоточено в промышленных городах (87,7%), то есть в неблагоприятных экологических условиях; низкая рождаемость и высокая общая смертность, в том числе в трудоспособном возрасте, при увеличивающихся ежегодно объемах иммиграции из бывших стран Советского Союза; низкая средняя продолжительность жизни населения; наличие радиационно-загрязненных территорий; рост инфекционной заболеваемости, появление эпидемических вспышек (туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания), а с 2000 г. - развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.

С учетом многообразия задач исследования туберкулеза как сложной медико-социальной системы, и необходимостью изучения факторов, определяющих напряженную эпидемическую ситуацию в субъекте Российской Федерации (Свердловской области) исследование проведено в несколько этапов с использованием комплекса методических приемов и методов анализа: методов клинической эпидемиологии, статистических методов, многомерного статистическо-

го анализа, математического моделирования, организационного эксперимента и экспертного методов.

В качестве основного объекта исследования была избрана организация борьбы с туберкулезом в Российской Федерации на федеральном и региональном уровнях. Предметом исследования стал процесс профилактики, выявления, лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации больных туберкулезом. Исследование проводилось сплошным методом на большом фактическом материале (схема 1).

Схема 1

Общая схема исследования

Цель работы: научное обоснование, разработка и внедрение новой организационно-функциональной региональной модели организации противотуберкулезной помощи населению в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях					
Задачи исследования:					
Изучить динамику и особенности эпидемической ситуации по туберкулезу в современных социально-экономических условиях и установить основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости и смертности больных туберкулезом.	Оценить эффективность существующей системы организации противотуберкулезной помощи населению на муниципальном и территориальном уровнях на примере Свердловской области в современных социально-экономических условиях и разграничении полномочий по уровням	Научно обосновать приоритетные направления в области борьбы с туберкулезом в условиях структурных преобразований в системе здравоохранения	Разработать и внедрить на региональном уровне комплекс мероприятий по организации своевременного выявления туберкулеза в учреждениях первичной медицинской санитарной помощи, как базисную составляющую стратегии борьбы с туберкулезом	Разработать и внедрить на региональном уровне комплекс мероприятий по совершенствованию системы мониторинга эпидемической ситуации и качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом	Научно обосновать, разработать, внедрить на территории Свердловской области и оценить эффективность новой организационно-функциональной модели организации медицинской помощи больным туберкулезом
Объект наблюдения: организация борьбы с туберкулезом					
Методы исследования:					
клинической эпидемиологии, статистический метод, многомерный статистический анализ, математическое моделирование, организационный эксперимент и экспертная оценка					
Источники информации:					
статистические сборники по Свердловской области с 1990-2002 годы полицевая база данных на всех впервые выявленных больных, больных с рецидивом туберкулезной инфекции и контингентов противотуберкулезной службы, зарегистрированных в					

течение 2000-2006 года; информационные карты на умершего от туберкулеза; статистические отчетные формы №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и №33 «Сведения о больных туберкулезом» за 1998-2006 годы по Российской Федерации.		
Объем наблюдения:		
Показатели по первичной заболеваемости, рецидивам туберкулеза; смертности от него, эффективности выявления и лечения больных туберкулезом в Свердловской области за 1990-2006 гг.	Все впервые выявленные больные (32447 человек), все больные с рецидивом туберкулезной инфекции (3217 человек) и больные, наблюдавшиеся в противотуберкулезной службе более одного года (109494 человек) с 2000 по 2006 годы	3337 случаев смерти, в т.ч. 1149 впервые выявленных больных, 686 - рецидивы и 1502 – прочие контингенты противотуберкулезной службы. 1716 больных туберкулезом, умерших от ФКТ легких, в т.ч. 549 впервые выявленные больные, 311 с рецидивом туберкулезной инфекции и 856 человек наблюдались в противотуберкулезной службе более одного года

На первом этапе нами была проведена оценка эпидемической ситуации, ее динамики и особенностей на современном этапе и выделены факторы, определяющие ее напряженность. Оценена система организации помощи больным туберкулезом в Российской Федерации и Свердловской области к концу 2002 года на момент разработки новых принципов борьбы с туберкулезом. На втором этапе нами были разработаны новые организационные технологии эпидемиологического мониторинга, выявления больных туберкулеза и оказания им противотуберкулезной помощи. На третьем этапе исследования проведено внедрение новых организационных технологий с оценкой их эффективности. Внедрение новых организационных технологий сопровождалось реструктуризацией противотуберкулезной службы Свердловской области.

Третья глава содержит результаты анализа эпидемической ситуации по туберкулезу в современных социально-экономических условиях, позволившие выявить основные факторы, влияющие на уровень и структуру заболеваемости и смертности больных туберкулезом в Свердловской области до начала исследования. К концу 2002 г. в Свердловской области, как и в Российской Федерации в целом показатели заболеваемости и смертности выросли в 3 раза по сравнению с 1990 годом.

При этом показатели первичного инфицирования туберкулезом с 1995 года по 2002 год выросли среди детей в 1,6 раза, а среди подростков – в 1,9

раза. Параллельно произошел рост показателей заболеваемости туберкулезом детей в 1,9 раза и подростков в 1,7 раза. Необходимо отметить, что заболеваемость детей росла большими темпами, чем общая заболеваемость туберкулезом постоянного населения (на 35,1%).

К концу 2002 года на показатель заболеваемости туберкулезом начинает оказывать влияние развитие эпидемии ВИЧ-инфекции. Распространенность туберкулеза у ВИЧ-инфицированных составила 1259,8 на 100 тысяч, что было в 4,2 раза больше показателя общей распространенности туберкулеза в Свердловской области.

Особенностью данного периода стало значительное возрастание удельного веса в структуре впервые выявленного туберкулеза больных, диагностированных посмертно, а также умерших в течение первого года наблюдения; больных с тяжелыми, распространенными формами заболевания, что свидетельствовало об ухудшении всей системы выявления указанной патологии. Показатели клинического излечения больных туберкулезом органов дыхания снизились до 15,0%, абациллирования контингентов - до 28,9%, при среднероссийских показателях – 19,4 и 27,7% соответственно.

Установлено, что сложившиеся в советское время методы и организационные формы борьбы с туберкулезом, ориентированные на жесткую систему централизации здравоохранения, не смогли противостоять росту заболеваемости туберкулезом.

По результатам анализа и выявленных проблем обоснованы основные приоритетные направления в работе противотуберкулезной службы на региональном уровне: усиление контроля за распространением туберкулезной инфекции с созданием современной модели мониторинга и оценки эпидемической ситуации и организации противотуберкулезной помощи населению субъекта РФ, своевременное выявление больных туберкулезом с последующим его квалифицированным лечением, развитие замещающих стационар технологий, условий эффективного контролируемого лечения на амбулаторном этапе, профилактическая работа в группах риска по заболеванию туберкулезом, изменение

подготовки медицинских кадров и в итоге создание модели организации медицинской помощи больным туберкулезом, отражающей все приоритеты развития противотуберкулезной службы и позволяющая существенно влиять на результаты лечения и смертность больных туберкулезом.

В главе дается описание модернизированной и внедренной на территории Свердловской области региональной системы мониторинга эпидемической ситуации и оценки эффективности медицинской помощи больным туберкулезом. В ходе исследования было доказано, что данная система может быть использована на территории любого субъекта Российской Федерации.

Система учитывает существующие государственные принципы мониторинга туберкулеза и основана на сборе и анализе информации с целью выделения и решения проблем в системе организации медицинской помощи населению. Основой сбора информации и создания полицевой базы данных стали учетные формы № 089/у-туб. «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза – 1; с рецидивом туберкулеза -2» (утверждена Минздравом РФ от 13.08.2003 г. №410) и № 030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений» (утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. за № 1030).

Важным аспектом явилась реализация механизма слежения за процессом течения туберкулезного процесса от момента выявления до момента снятия с учета. В случае развития рецидива заболевания система позволяет получить необходимую информацию о первичном заболевании и проанализировать предыдущую историю лечения и диспансерного наблюдения.

Для расширения возможностей системы мониторинга и оценки эффективности противотуберкулезных мероприятий была модернизирована система сбора информации с созданием двух дополнительных компонентов: мониторинга смертности от туберкулеза и мониторинга больных с сочетанной инфекцией - ВИЧ и туберкулез.

С целью создания системы мониторинга смертности отработан комплекс мероприятий, позволивший повысить достоверность статистических данных.

Реализация механизма эпидемиологического расследования и верификации информации на каждого умершего позволила обосновать «туберкулез» как причину. На основе разработанной анкеты «Информация на умершего от туберкулеза» создана компьютерная полицевая база, позволяющая систематизировать данные для углубленного анализа и принятия управленческих решений.

В **четвертой главе** изложены результаты многомерного статистического анализа потерь от туберкулеза для обоснования основных факторов, определяющих уровень и структуру смертности больных туберкулезом в Свердловской области, были построены таблицы дожития за 2003-2005 годы, рассчитаны общий и атрибутивный риск смерти от туберкулеза отдельно для больных, выявленных посмертно, и умерших до года наблюдения.

Согласно данным таблиц дожития ожидаемая продолжительность предстоящей жизни мало отличается в течение трех исследуемых лет и разделение по полу не внесло каких либо существенных статистически достоверных различий в показатели ожидаемой продолжительности жизни.

Более достоверно полным показателем стала вероятность смерти от туберкулеза в популяции. Наибольшая вероятность смерти от туберкулеза пришлась на 2003 год, а в 2005 году даже, несмотря на рост показателя смертности, значение показателя не превысило показателей 2003 года. Согласно анализу полученных данных при расчете показателя вероятности смерти, нами выявлены следующие закономерности (диаграмма 1):

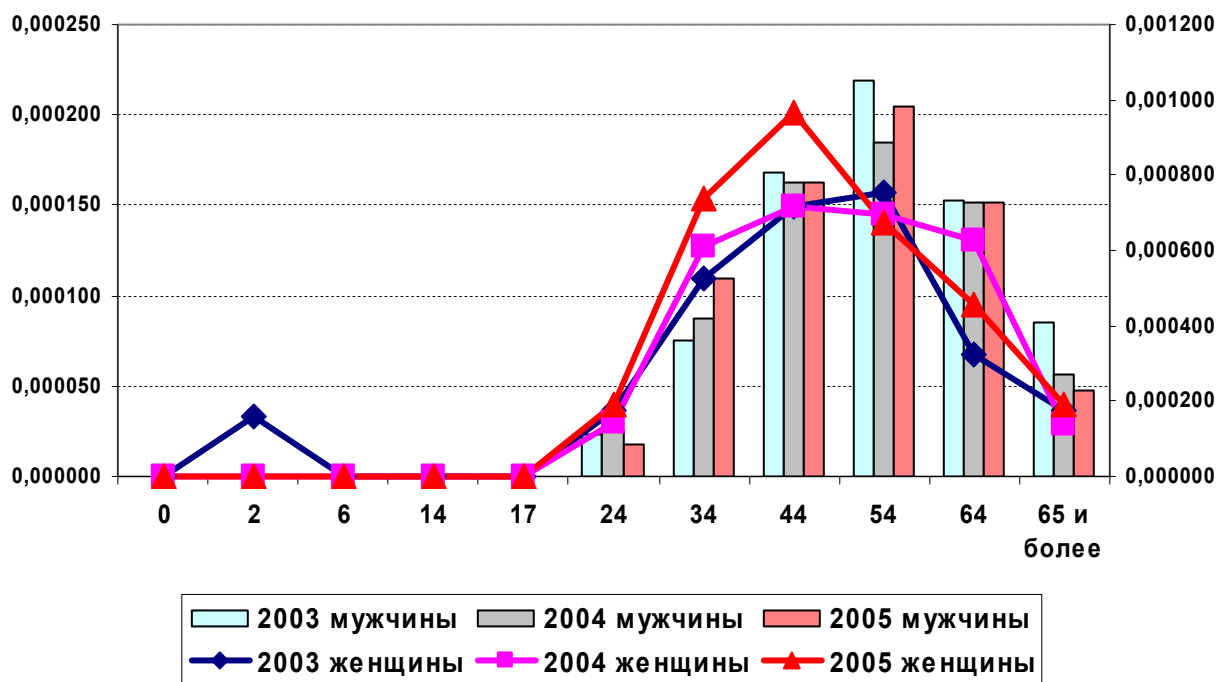
- Риск смерти для мужчин выше риска смерти для женщин.
- В 2005 году по сравнению с 2003 годом произошел рост риска смерти для мужчин к 35 годам и снижение риска смерти к 65 годам и старше.
- У женщин в 2005 году произошел достоверный рост риска смерти со смещением возрастной кривой назад на десять лет, т.е. произошло омоложение умерших женщин.

Таким образом, мы можем достоверно утверждать, что в Свердловской области наблюдается тенденция омоложения умерших больных, т.е. все больше

трудоспособного населения умирает от туберкулеза, а значит, все больше людей трудоспособного возраста болеет им.

Диаграмма 1

**Вероятность смерти от туберкулеза мужчин и женщин,
Свердловская область, 2003-2005 года**



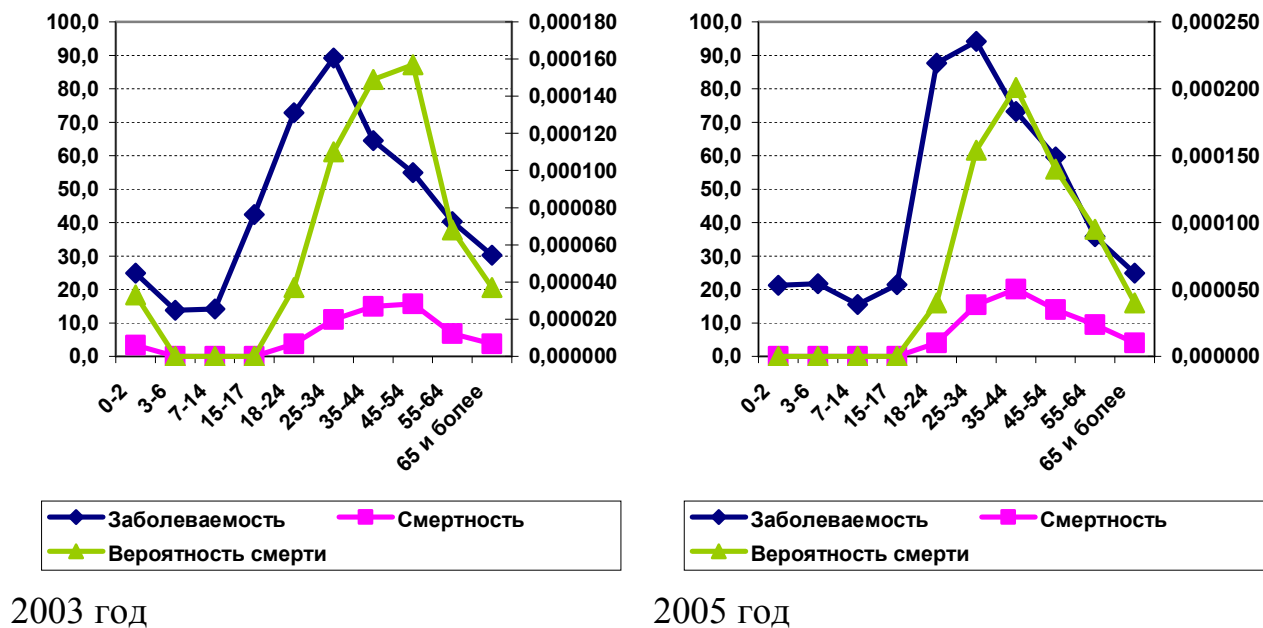
Доказательство базируется на углубленном изучении соотношения показателей заболеваемости, смертности и вероятности смерти с разбивкой по возрасту и полу. При анализе соотношения показателей с вероятностью смерти выявлено, что пик заболеваемости приходится на возрастной период 25-34 года, а пик показателя смерти и вероятности смерти к 45-54 годам, т.е. на 20 лет старше пика заболеваемости. Однако к 2005 году по показателю смертности и вероятности смерти стала просматриваться тенденция смещения пика смерти ближе к 35-44 годам, т.е. за счет наиболее трудоспособного возраста при снижении вероятности смерти в возрасте 45-54 года.

При анализе соотношения в зависимости от пола больных для мужчин характерны те же вышеописанные тенденции. Более того, выявленное плато показателя заболеваемости в возрасте от 35 до 54 лет не увеличило вероятности смерти в данном промежутке. Среди женщин же тенденции иные. Наряду с

ростом заболеваемости растет и вероятность смерти, причем пик его сместился с 45-54 лет до 35-44 лет, т.е. произошло омоложение умерших от туберкулеза женщин (диаграмма 2). Причем тенденция к этому наблюдалась уже в 2003 году.

Диаграмма 2

Соотношение показателей заболеваемости, смертности и вероятности смерти, 2003 и 2005 года, женщины



Таким образом, мы можем утверждать, что в Свердловской области к концу 2005 года сложилась стойкая тенденция вовлечения большего числа молодых женщин в структуру умерших, оказывая тем самым негативное влияние на трудоспособность и репродуктивные возможности общества.

Далее была рассчитана вероятность смерти от туберкулеза для впервые выявленных больных. Расчет производился из учета условий возникновения заболевания туберкулеза, приводящего к смерти от него, с последующим сравнением с анализом таблиц дожития. Было выявлено, что вероятность смерти от туберкулеза для впервые выявленных больных за 2005 год выше, чем за предыдущие в отличие от данных, полученных при построении таблиц дожития.

Анализируя вероятность смерти по отдельным клиническим формам, нами получено, что наибольшая вероятность умереть у впервые выявленных

больных возникает при развитии у них на момент выявления фиброзно-кавернозного туберкулеза, инфильтративного, особенно при его переходе в казеозную пневмонию, а также при диссеминированном туберкулезе. При этом имеются в виду только формы, сопровождающиеся деструктивными изменениями легочной ткани. Также настораживает отмеченная тенденция роста вероятности смерти от остро прогрессирующих заболеваний.

Анализ причин смерти от туберкулеза контингентов противотуберкулезной службы показал, что основной причиной смерти является туберкулез легких - фиброзно-кавернозный ($57,9 \pm 1,3\%$), инфильтративный туберкулез ($16,5 \pm 1,0\%$), казеозная пневмония ($12,7 \pm 0,9\%$), диссеминированный туберкулез легких ($7,2 \pm 0,7\%$). До выявления туберкулеза больные длительно не обследовались на туберкулез ($22,7 \pm 1,1\%$), не обращались за медицинской помощью ($19,0 \pm 1,0\%$) или обратились через 3 и более месяца после появления выраженной клинической картины заболевания ($33,0 \pm 1,2\%$), причем нами отмечена тенденция роста доли данных больных в структуре смертности, что лишний раз доказывает значение своевременного выявления туберкулеза.

Умершие больные в $20,1 \pm 1,1\%$, отказывались от госпитализаций и в $36,1 \pm 1,3\%$ случаев от амбулаторного лечения, неоднократно выписывались из стационара за нарушения больничного режима ($41,9 \pm 1,3\%$), длительно не приходили в диспансер после выписки из стационара ($27,0 \pm 1,2\%$) или выхода из заключения ($11,6 \pm 0,9\%$), т.е. имели низкую приверженность к лечению. При бактериологическом исследовании материала больных, умерших от туберкулеза, устойчивость микобактерий туберкулеза к нескольким противотуберкулезным препаратам отмечалась лишь у $\frac{1}{4}$ части больных.

Таким образом, в современных условиях эпидемического напряжения по туберкулезу вопросы улучшения организации работы по своевременному выявлению туберкулеза, и организация работы по формированию новых маршрутов движения больных туберкулезом, оптимизация потоков больных туберкулезом с расширением использования замещающих стационар технологий, создание контролируемого лечения на фоне высокой приверженности к лечению

среди больных на всех этапах оказания медицинской помощи определяют главные направления оптимизации противотуберкулезной службы.

В пятой главе изложены результаты работы по совершенствованию системы выявления больных туберкулезом, как основы стратегии борьбы с туберкулезом в условиях модернизации здравоохранения. На первом этапе для формирования контингентов населения с целью обследования на туберкулез разработан и введен совместным приказом Министра здравоохранения Свердловской области и Главного государственного санитарного врача по Свердловской области от 28.07.2003 г. № 01/1-2002/511-п стандарт проведения скрининговых тестов для своевременного выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых и подростков. Дополнительно к скринингу для врачей первичной медико-санитарной помощи была разработана обучающая программа.

На втором этапе была апробирована и внедрена новая модель организации выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Модель описывает этапность организации обследования и установления диагноза от регистратора до врача-фтизиатра. Особое внимание уделялось группам населения, имеющим высокие и средние факторы риска развития туберкулеза. При установлении у пациентов факторов риска мы использовали доказанные научные данные освященные в научных исследованиях.

Успешное решение диагностических задач по выявлению туберкулеза врачом ПМСП, правильный сбор мокроты медицинским персоналом ЛПУ и качественная лабораторная диагностика туберкулеза показали значимость такого раздела работы, как обучение персонала ЛПУ, задействованного в процессе выявления и диагностики туберкулеза среди прикрепленного населения. Уровень знаний, выявленный до момента обучения и на момент его окончания, реально определял результаты проведенного мероприятия и позволяет планировать дальнейшую методическую работу с персоналом.

Важная роль в организации обследования населения на туберкулез отводилась участковому фтизиатру, который осуществлял контроль за выполнением врачом ПМСП клинического минимума обследования на туберкулез, а также

проводил оценку полноты выборки пациентов, нуждающихся в таком обследовании.

На третьем этапе после выполнения клинического минимума исследований пациенты с подозрением на туберкулез направлялись в противотуберкулезный диспансер по территориальному признаку. Врач-фтизиатр, впервые диагностировавший случай заболевания туберкулезом, заполнял извещение № 089/у-туб. «О больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» согласно установленного образца.

Одновременно с внедрением комплекса мероприятий по выявлению туберкулеза среди взрослого населения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи был разработан и утвержден (совместный приказ Министра здравоохранения Свердловской области и Главного государственного санитарного врача по Свердловской области от 31.03.2004 г. № 252-п / 01/1-61 «Об усилении мер по своевременному выявлению и профилактике туберкулеза у детей и подростков») перечень мероприятий по раннему выявлению туберкулеза у детей и подростков.

Учитывая эпидемиологическую значимость туберкулеза как инфекционного заболевания для улучшения качества лабораторной диагностики туберкулеза, был организован областной организационно-методический центр микроскопических методов выявления микобактерий в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений Свердловской области, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.01.04 г. № 23-п. Организационная структура ОмЦ соответствует иммунологическому и контрольному отделу Центральной областной лаборатории исследований при туберкулезе областного государственного учреждения здравоохранения «Свердловское областное научно-практическое объединение «Фтизиопульмонология», Свердловский областной противотуберкулезный диспансер» (СОНПОФП, СОПД), а руководителем центра является заведующий этим отделом.

Результатами проведенных мероприятий в 2006 и 2007 годах явилось 2-х кратное уменьшение числа больных, у которых диагноз туберкулеза установлен посмертно – 119 человек (против 242 человек в 2005 году). При этом отмечено достоверное снижение данного контингента в структуре заболеваемости туберкулезом в целом. Уменьшилось число больных туберкулезом умерших в первый год после постановки диагноза туберкулеза (185 человек в 2007 году, 211 – в 2005 году).

В 2007 году по сравнению с 2005 годом уменьшилась заболеваемость наиболее тяжелыми формами туберкулеза: на 7,8 % - деструктивными формами (с 41,5 до 38,3 на 100 тыс. человек населения); на 45,2 % - фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (с 4,2 до 2,3 на 100 тыс. человек населения). Увеличился удельный вес больных туберкулезом, выявленных при профилактических осмотрах с 49,3 % в 2002 году до 55,8 % в 2007 году, что позволило выявлять туберкулез в более ранних стадиях. Распад легочной ткани среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания снизился с 39,3 до 35,9 % в 2007 году.

Внедрение люминесцентной микроскопии в основных туберкулезных бактериологических лабораториях способствовало улучшению выявления МБТ: соотношение бактериовыделения и деструкции при туберкулезе органов дыхания (по форме № 33) в 2002 году составляло 96,1 %, в 2007 году – 126,2 %. При этом необходимо подчеркнуть, что на фоне снижения заболеваемости деструктивными формами туберкулеза установлен статистически значимый рост заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением (с 39,9 в 2002 году до 43,2 в 2007 году, $P > 0,01$), что связано с улучшением качества бактериальной диагностики.

В шестой главе описаны комплекс мероприятий по разработке и внедрению на территории Свердловской области новой организационно-функциональной модели организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом и оценена ее эффективность.

В процессе исследования были разработаны и внедрены на территории Свердловской области следующие организационные технологии:

- оптимизация потоков больных туберкулезом на всех этапах оказания помощи,
- выстраивание новых маршрутов с учетом использования замещающих стационар технологий,
- мероприятия по социальному сопровождению больных туберкулезом,
- организация школ для больных туберкулезом, поступающих на лечение в круглосуточные стационары, направленные на создание у больного мотивации закончить курс лечения,
- модернизация системы организации оказания помощи больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких,
- создание противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным лицам (схема 2).

При создании современной модели оказания медицинской помощи больным туберкулезом, были учтены принятые российским здравоохранением базовые подходы и принципы, а также зарубежный опыт. Предложенный алгоритм организации потоков больных туберкулезом при оказании медико-социальной помощи, помогает медицинским работникам противотуберкулезной службы принимать решения по тактике ведения больных во всех возможных ситуациях, правильно выбрать этап лечения, вид медицинской помощи в соответствии с группами диспансерного учета, взаимодействовать с другими секторами и службами вне системы здравоохранения.

Схема 2. Комплекс проведенных организационных мероприятий Свердловской области за 2003-2006 годы



Разработанная и внедренная модель, в отличие от ранее существующих, позволяет еще при установлении диагноза на этапе оценки состояния больного решить вопрос о виде лечения, месте его проведения и выбрать режим, соответствующий предъявляемым требованиям. В современных условиях, когда определение лекарственной чувствительности не представляет технологических сложностей, решение о выборе режима лечения в зависимости от наличия или отсутствия устойчивости к основным препаратам должно быть принято на самых первых этапах лечения.

Модель предусматривает оценку, как промежуточных результатов, так и общей эффективности лечения с коррекцией терапии в зависимости от полученных данных. Сохранена преемственность и непрерывность терапии, направленная на достижение излечения больного (схема 3). Также модель предусматривает при невозможности консервативного излечения как можно более раннюю консультацию хирургом, и своевременного оперативного лечения.

Моделью определен алгоритм ведения больного при неэффективности основного курса, предусмотрена как повторная оценка состояния больного, так и решение вопроса о наличии лекарственной устойчивости, как одной из причин неудачи. Модель строго структурирована в зависимости от любых исходов лечения и позволяет фтизиатру придерживаться существующих схем ведения больного. Модель универсальна и может быть применена при ведении больных туберкулезом любой локализации.

В рамках внедрения модели нами был прописан в ряде приказов Министерства здравоохранения Свердловской области процесс госпитализации больных на различные организационно-правовые формы лечения: стационар с круглосуточным пребыванием, дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационар на дому, стационар сестринского ухода.

Схема 3. Оптимизированные потоки движения больных туберкулезом



В Свердловской области до 80 % населения живет в городах и поселках, имеющих свою амбулаторную туберкулезную службу (противотуберкулезный

диспансер, фтизиатрический кабинет), с хорошей транспортной доступностью, что позволило развивать дневные стационары и стационары на дому, деятельность которых была регламентирована утвержденными приказом Министерства здравоохранения Свердловской области, и разработанными стандартами их деятельности.

Важным звеном организационно-функциональной модели является разработка и внедрение при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях Центра терапии непосредственного/прямого наблюдения. Организация и деятельность Центра терапии непосредственного/прямого наблюдения при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях регламентируется приказом руководителя учреждения здравоохранения.

Целью внедрения терапии непосредственного/прямого наблюдения и соответствующей реорганизации амбулаторно-поликлинического приема в противотуберкулезной службе субъекта является снижение заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза, увеличение доли больных, как полностью завершивших лечение, так и завершивших лечение с положительным эффектом, а также сокращение доли лиц, выделяющих резистентные к противотуберкулезным препаратам микобактерии туберкулеза (МБТ).

Терапия непосредственного/прямого наблюдения - это обязательный прием противотуберкулезных препаратов больными туберкулезом под наблюдением (в присутствии медицинского или социального работника).

Основой работы Центров является противотуберкулезная комплексная бригада. Противотуберкулезная комплексная бригада создается при фтизиатрических кабинетах, противотуберкулезных диспансерах и фтизиатрических отделениях, имеющих амбулаторно-поликлинический прием, приказом руководителя лечебно-профилактического учреждения. Бригада прикрепляется к определенным участкам обслуживаемой территории для обеспечения эффективности и непрерывности оказываемой помощи. Бригада улучшает предоставление и координацию медицинских услуг туберкулезным больным. Ее работа увеличивает процент выполнения режима лечения, обеспечивает завершенность аде-

кватных терапевтических приемов.

Состав бригады определяется местными требованиями и возможностями. Возглавляет бригаду врач. Кроме врача в бригаду входят старшая медицинская сестра (или фельдшер), выполняющая функции медицинской сестры-менеджера, 3-5 медицинских сестер (выездных и процедурная), 2-3 младших медицинских сестер, выполняющих функции социальных работников, помощник эпидемиолога (или его функции выполняет одна из выездных медсестер).

С целью повышения приверженности к лечению и удержанию на лечении нами был проведен и закреплен законодательными и нормативными документами комплекс мероприятий:

- бесплатный проезд на транспорте до места лечения или консультации. Оплата затраченных средств контролируется органами управления муниципальных образований области;
- совместная с Центрами социальной защиты помощь пациентам при оформлении различного вида документов (паспорта, пенсионные удостоверения, медицинские страховые полисы), инвалидности и постановка на учет в органах социальной защиты;
- организация и координация работы школ для больных туберкулезом, поступающих на лечение в круглосуточные стационары, направленные на создание у больного желания закончить лечение («школ выздоравливающих»);
- технологии соблюдения преемственности при смене организационных форм и/или учреждений.

Школа для пациентов, больных туберкулезом – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Цель организации Школ – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской и профилактической помощи пациентам, проходящим основной курс лечения туберкулеза:

- повышение информированности пациентов, больных туберкулезом, о заболевании и его факторах риска;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (выбор рационального питания, дыхательная гимнастика, отказ от вредных привычек).

Для организации школ на первом этапе было проведено обучение персонала, а также осуществлены меры по поощрению привлекаемых специалистов за работу, ее объем и качество. Целевой группой пациентов для направления в школы выздоравливающих были пациенты с активным туберкулезных процессом, поступающие на лечение по основному курсу в противотуберкулезных стационар. Наряду с наглядными, демонстрационными материалами использовались открытое интервьюирование пациентов, приглашение на занятиях лиц, излечившихся от туберкулеза, которые делились своими впечатлениями, опытом, объясняли основы здорового образа жизни.

Исследование показало, что в системе приоритетных мероприятий борьбы с туберкулезом и радикального улучшения эпидемической ситуации важнейшим элементом является повышение эффективности лечения и диспансерного наблюдения больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным больным.

С целью улучшения организации ведения больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких как впервые выявленных, так и контингентов, для снижения смертности и повышения эффективности лечения был разработан комплекс мероприятий, включающий оптимизацию потоков больных с

фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, внедрение индивидуальных стандартизованных маршрутов в зависимости от особенностей течения заболевания, использование высокоэффективных методов лечения, широкое использование хирургических методов, реализацию принципов лечения больных с ФКТ в зависимости от лекарственной чувствительности МБТ (схема 4).

Для оптимизации системы организации оказания противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным разработан и утвержден План мероприятий по предупреждению и профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в Свердловской области на 2005-2006 годы (утвержден приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 02 июня 2005 года № 413-п). Были разработаны и внедрены алгоритмы профилактики, выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных и организации лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (схема 5).

Деятельность учреждений, оказывающих помощь больным с сочетанной патологией регламентирована положениями об отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, закрепленные приказом Минздрава области от 14.07.2006 г. № 565-п «Об утверждении «Положения о стационарных отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, а также инфекционной безопасности при работе в указанных отделениях»

Схема 4. Оптимизация маршрутов больных с ФКТ легких

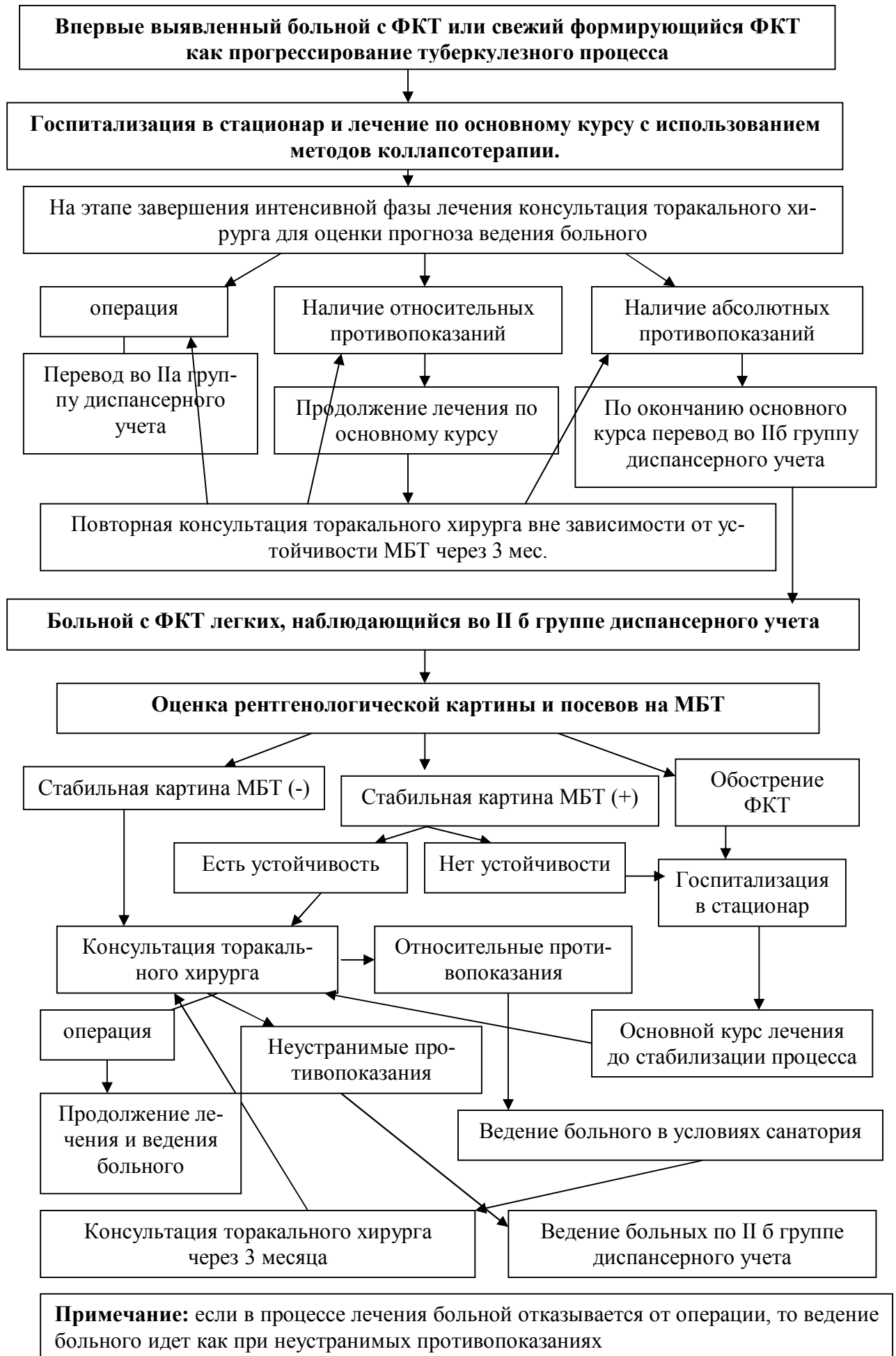
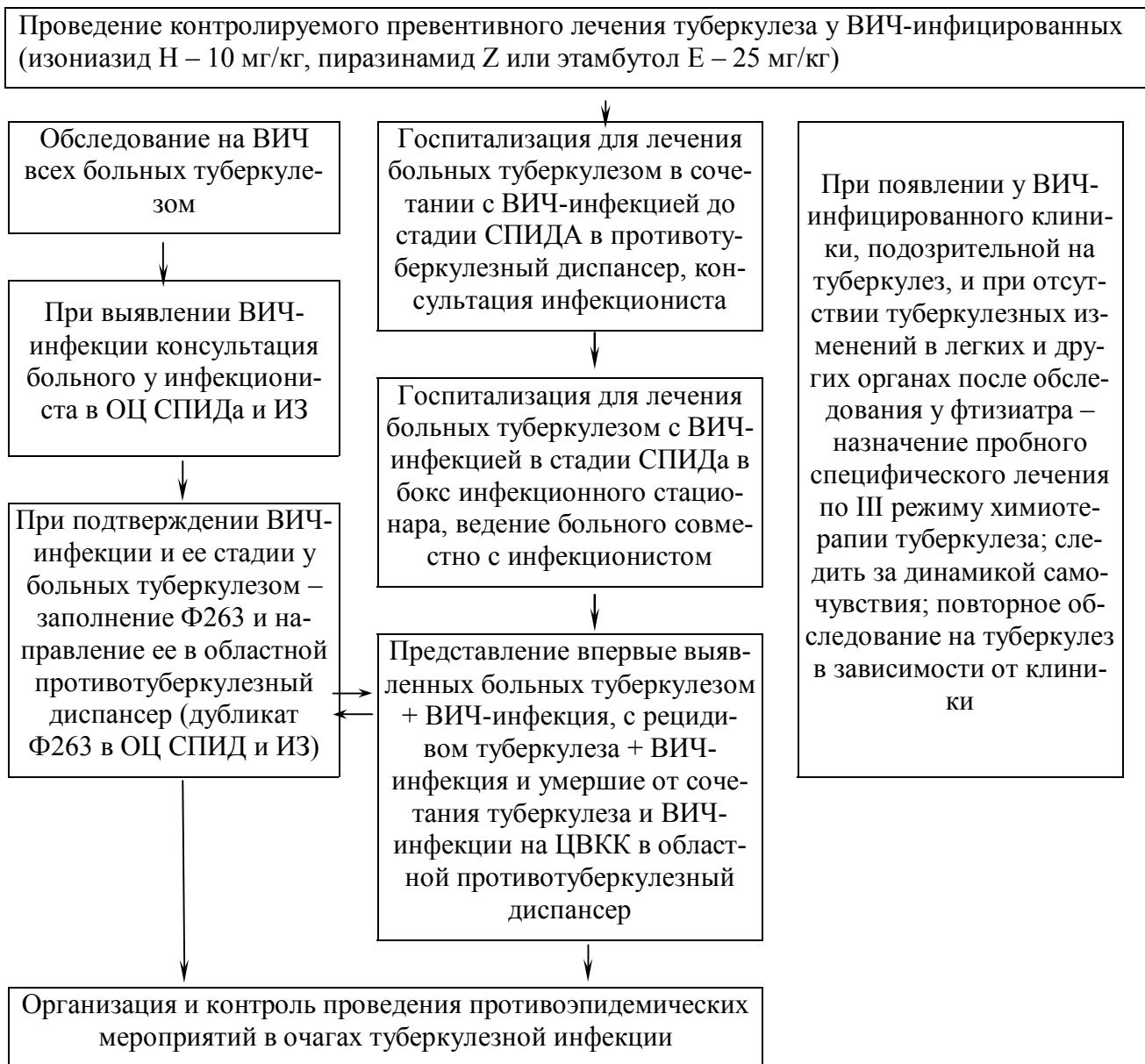


Схема 5. Алгоритм действия фтизиатрической службы при оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам



Оценка эффективности оказания помощи в рамках внедренной модели проводилась на основе как традиционных критериев (прекращение бактериовыделения к 12 месяцам, закрытие полостей распада, абациллирование, клиническое излечение), так и данных когортного анализа. Внедрение новой организационно-функциональной модели организации помощи больным туберкулезом позволило: к 2007 году по сравнению с 2002 годом повысить процент клинически излеченных больных с 15,0% до 25,5%, абациллирования с 28,9% до 36,3%,

при значении показателей прекращения бактериовыделения к 12-му месяцу лечения 73,2% (в 2002 г. - 71,6%) и закрытия полостей распада легочной ткани 64,4% (в 2002 г. - 63,5%), добиться прекращения бактериовыделения по окончании основной фазы лечения до 61,0% против 59,8% по Российской Федерации в целом. В Свердловской области по данным 2007 года процент больных туберкулезом, прервавших лечение в 2,2 раза ниже по сравнению с данными по Российской Федерации (4,3 против 9,6). Повысилась эффективность лечения небациллярных больных до 78,3% и показатели эффективности лечения больных с рецидивом заболевания – 58,9% против 72,0% и 51,5% по Российской Федерации в целом.

Важным критерием повышения качества медицинской помощи больным туберкулезом стало снижение на 17,9% показателя смертности от туберкулеза: с 26,2 до 21,5 на 100 тыс. человек населения. Показатель снизился за счет контингентов противотуберкулезной службы (с 21,9 до 18,3 на 100 тыс. человек населения – снижение на 16,4%). Внедренная система оказания помощи больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом привела к снижению показателя смертности для данной группы больных.

Разработанная система организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам крупного региона России позволила специалистам практического здравоохранения унифицировать данную помощь основной группе населения с повышенным риском заболевания туберкулезом., увеличить охват профилактическими флюорографическими осмотрами граждан с ВИЧ-инфекцией (с 23,0% в 2002 году до 82,9% в 2007 году), повысить эффективность лечения данной группы больных по показателю закрытия полостей распада к концу 12-ти месяцев лечения с 23,6% до 48,9%.

Для реализации научно-обоснованной предложенной модели организации помощи больным туберкулезом проведена реорганизация противотуберкулезной службы с созданием централизованной системы оказания противотуберкулезной помощи. Процесс и результат данной работы изложены в **седьмой главе**. К началу процесса реорганизации на основе существующих нормативов

противотуберкулезная служба области характеризовалась следующими показателями:

Таблица 2

Противотуберкулезная служба	Норматив	2004 год		2005 год	
		абс.ч.	% к N	абс.ч.	% к N
Стационар: чис. госпитализаций	20370	12274	60,3	12076	59,3
число койко-дней (тыс.)	1617,4	966,0	59,7	911,8	56,4
число коек	4758	2905	61,1	2905	61,1
работа туб. койки (дни)	339,9	332,5	97,8	313,9	92,4
оборот туберкулезной койки	4,3	4,2	97,7	4,2	97,7
длительность пребывания (дни)	79,4	78,7	99,1	75,5	95,1
Дневной стационар: число мест	269	221	82,2	237	88,1
число пациенто-дней (тыс.)	80,7	63,2	78,3	76,2	94,4
работа места (дни)	300,0	285,8	95,3	321,3	107,1
Поликлиника: посещения (тыс.)	935,3	955,5	102,2	885,6	94,7
Финансирование: на 1 чел. (руб.)	205,15	99,21	48,4	118,58	57,8
Врачи-фтизиатры (на 10 т. чел.)	0,78	0,53	67,9	0,54	69,2

Как представлено в таблице 2 материально-техническая база противотуберкулезной службы характеризовалась многочисленными маломощными муниципальными диспансерами и плохо оснащенным малокоечным областным противотуберкулезным диспансером.

При этом обеспеченность врачами-фтизиатрами Свердловской области составляет 0,5 на 10 тысяч человек населения (Россия – 0,6; Челябинская область – 0,8; Тюменская область – 0,7), возраст врачей в 28% случаев составляет 56 лет и старше, 51% - работают в столице области. Аттестованы 74% врачей, в том числе имеют высшую категорию 48%. Фельдшера-фтизиатры составляют 24% от суммы фтизиатров-врачей и фельдшеров.

При проведении реорганизации нам пришлось учитывать наличие плохой материально-технической базы противотуберкулезной службы. Соответствуют нормативам (7,5 кв. на 1 туберкулезную койку) только койки, находящиеся в городах Асбест, Березовский (4-х этажное здание) и Ирбит. Чуть ниже норматива (6-7 кв. м): противотуберкулезные учреждения в городах Богданович, Красноуфимск, Нижний Тагил, Первоуральск, Полевской. ОТБ «Кристалл» (Белоярский район) был приведен к нормативам, путем сокращения круглосу-

точных стационарных коек и разворачиванием мест дневного стационара при поликлинике.

Койки в остальных учреждениях имеют 5-6 кв. м площади и требовала серьезной реорганизации с дальнейшим сокращением численности круглосуточных коек и организацией работы необходимого числа мест дневного стационара, развертыванием необходимых параклинических служб, объединением учреждений.

С 1 января 2006 года на областной уровень переведены самостоятельные юридические лица, а в дальнейшем были присоединены туберкулезные отделения. Туберкулезные кабинеты были переданы области частично, в ряде муниципалитетов сохранив их за собой, но функционально они были переподчинены их головному областному противотуберкулезному диспансеру.

Все 93 муниципальных образования, расположенных в 6 управленческих округах области, закрепили по госпитализации, организационно-методической работе, бактериологическим обследованиям за 10 противотуберкулезными учреждениями. Головным учреждением с особыми функциями определено Свердловское областное государственное учреждение здравоохранения «Противотуберкулезный диспансер» (СОГУЗ ПТД).

Сотрудники СОГУЗ ПТД являются кураторами других противотуберкулезных государственных учреждений здравоохранения Свердловской области (ГУЗ СО). Кураторы осуществляют организационно-методическое руководство и координацию деятельности противотуберкулезного учреждения с другими учреждениями противотуберкулезной службы, проводят экспертную оценку объемов и качества оказания медицинской помощи, помогают в планировании работы учреждения и составлении отчета о его работе.

В диспансере имеется консультативная поликлиника, стационарное внелегочное отделение для всей области, стационарное специализированное легочное отделение (туберкулез в сочетании с сахарным диабетом, беременностью, множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза и др. осложняющими течение туберкулеза факторами; деструктивный туберку-

лез у подростков, туберкулез у медицинских работников, генерализованные формы туберкулеза и туберкулез с поражением центральной нервной системы; сложные случаи дифференциальной диагностики туберкулеза). Бактериологическая лаборатория выполняет функции областной референс-лаборатории.

ГУЗ СО ПТД № 2 (муниципальное образование «город Екатеринбург») осуществляет стационарное лечение туберкулеза у детей (0-14 лет) и хирургическое лечение туберкулеза органов дыхания населения всей Свердловской области (до формирования окончательной структуры противотуберкулезной службы). Были организованы филиалы Центральной врачебно-контрольной комиссии (ЦВКК) СОГУЗ ПТД при следующих учреждениях: ГУЗ СО ПТД № 2, ГУЗ СО ПТД № 3 и ГУЗ СО ПТД № 8. Филиалы ЦВКК работают под контролем сотрудников СОГУЗ ПТД.

Специализированные отделения для лечения больных туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции расположены на базах ГУЗ СО ПТД № 2, ГУЗ СО ПТД № 3, ОГУЗ СОТБ «Кристалл». Дифференциальная диагностика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проводится в ГУЗ СО ПТД № 2.

На базе ГУЗ СО ПТД № 4 (ТОО г.о. Ревда) организуется отделение для хроников (типа туберкулезного хосписа) и больных активным туберкулезом, не имеющих своего жилья (до перевода их в неактивные группы диспансерного учета, что позволяет находиться в учреждениях социальной защиты). В 2009 году будет организовано еще 4 таких отделения для каждого управленческого округа области.

Дети школьного возраста всех территорий Свердловской области, относящиеся к группе риска по туберкулезу (инфицированные МБТ, имеющие контакт с больными туберкулезом, перенесшие туберкулез) направляются на профилактическое и противорецидивное лечение в школу-интернат, расположенную в Серовском городском округе.

В процессе реформирования службы отделения для больных туберкулезом, расположенные в муниципальный районных и городских больницах были

закрыты. Вместо них были развернуты койки дневного стационара и стационара на дому при противотуберкулезных кабинетах.

В связи с реорганизацией произошло изменение числа коек круглосуточного и дневного стационаров, как в следствие фактического сокращения коек и приведения их к санитарным нормам, так и вследствие работы более жесткой системы показаний к госпитализации в стационары с круглосуточным пребыванием (диаграмма 5).

Диаграмма 5



В заключении диссертации подведены итоги данного исследования, представлена научно-обоснованная организационно-функциональная модель организации помощи больным туберкулезом на региональном уровне, показаны роль и значение новых организационных технологий, реализованных на территории Свердловской области, при организации борьбы с туберкулезом. Проведенное исследование позволило решить поставленные задачи.

Выводы

1. На момент начала исследования в Свердловской области так же, как и в целом по России, эпидемическая ситуация по туберкулезу имела неблагоприятный прогноз развития на ближайшие годы. По сравнению с 1990 годом показатели заболеваемости и смертности выросли в 3 раза. При этом показатели первичного инфицирования туберкулезом выросли с 1995 года по 2002 год среди детей в 1,6 раза, а среди подростков – в 1,9 раза. Параллельно произошел рост показателей заболеваемости туберкулезом детей в 1,9 раза и подростков в 1,7 раза. Это стало следствием социально-экономического кризиса в стране, снижения финансирования системы здравоохранения, ухудшения работы общей лечебной сети по выявлению больных туберкулезом, снижения эффективности лечения больных, в том числе из-за роста числа больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

2. Анализ полученных при проведении мониторинга смертности от туберкулеза данных показал, что риск смерти для мужчин выше риска смерти для женщин, в 2005 году по сравнению с 2003 годом произошел рост риска смерти для мужчин к 35 годам и снижение риска смерти к 65 годам и старше, у женщин в 2005 году произошел достоверный рост риска смерти со смещением возрастной кривой назад на десять лет, то есть произошло омоложение умерших женщин, оказывая тем самым негативное влияние на трудоспособность и репродуктивные возможности общества. Наибольшая вероятность смерти у впервые выявленных больных туберкулезом возникает при развитии на момент выявления фиброзно-кавернозного туберкулеза, инфильтративного, особенно при его переходе в казеозную пневмонию, а также при диссеминированном туберкулезе, что обосновывает необходимость развития системы своевременности выявления больных туберкулезом.

3. Приоритетными направлениями в области борьбы с туберкулезом в современных социально-экономических условиях стали: усиление контроля за распространением туберкулезной инфекции; создание современной модели мониторинга и оценки эпидемической ситуации и организации противотуберку-

лезной помощи населению субъекта РФ; своевременное выявление больных туберкулезом с последующим его квалифицированным лечением; создание новых потоков пациентов; развитие замещающих стационар технологий; создание эффективного контролируемого лечения на амбулаторном этапе; профилактическая работа в группах риска по заболеванию туберкулезом; изменение подготовки медицинских кадров.

4. Внедренная региональная система мониторинга и оценки эпидемической ситуации и эффективности оказания медицинской помощи больным туберкулезом, где базовой основой стал мониторинг смертности, повысила достоверность собираемых данных и может быть использована на территории любого субъекта Российской Федерации

5. Система организации выявления больных туберкулезом должна быть направлена в первую очередь на группы риска по туберкулезу, сформированные по результатам мониторинга за эпидемической ситуацией, включая мониторинг причин и факторов смерти, и представлять комплекс мер по отбору контингентов для обследования на туберкулез, проведения в сжатые сроки инструментального и лабораторного подтверждения диагноза с последующей передачи больного в противотуберкулезную службу. Сформировать контингенты для обследования на туберкулез помогает апробированный стандарт проведения скрининговых тестов.

6. В результате комплекса научно обоснованных проведенных мероприятий по организации своевременного выявления больных туберкулезом в 2006 и 2007 годах значительно уменьшилась летальность впервые выявленных больных с 9,9% в 2005 году до 6,2% в 2007 г. Уменьшилась заболеваемость наиболее тяжелыми формами туберкулеза: деструктивными формами (с 41,5 до 38,7 на 100 тыс. человек населения); фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (с 4,2 до 2,3 на 100 тыс. человек населения). Больные чаще выявлялись при профилактических осмотрах (рост с 49,3% в 2002 году до 55,8% в 2007). Внедрение люминесцентной микроскопии в основных туберкулезных бактериологических лабораториях способствовало улучшению выявления микобактерий

туберкулеза: соотношение бактериовыделения и деструкции при туберкулезе органов дыхания (по форме № 33) в 2002 году составляло 96,1%, в 2007 году – 126,2%, что привело к статистически значимому росту заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением (с 39,9 в 2002 году до 43,2 в 2007 году).

7. Новая организационно-функциональная модель организации помощи больным туберкулезом включает в себя: оптимизацию потоков больных туберкулезом и выбор рационального маршрута, включая замещающие стационар технологии; развитие системы социального сопровождения и мероприятий, позволяющих повысить готовность больных туберкулезом закончить лечение; создание противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

8. Внедренная новая организационно-функциональная модель организации оказания помощи больным туберкулезом позволила к 2007 году по сравнению с 2002 годом повысить процент клинически излеченных больных с 15,0% до 25,5%, абациллирования с 28,9% до 36,3%, снизить число больных, прервавших лечение в 1,8 раза, уменьшить на 17,9% показатель смертности от туберкулеза: с 26,2 до 21,5 на 100 тыс. человек населения.

9. Комплекс проведенных в Свердловской области мероприятий привел к развитию замещающих стационар технологий при своевременном выявлении больных без деструкции легочной ткани и бактериовыделения, что дало возможность на этапе реструктуризации сети противотуберкулезных учреждений начать процесс оптимизации работы круглосуточных стационаров с сокращением численности коечного фонда без ухудшения показателей эффективности лечения больных туберкулезом.

10. Разработанная система организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам крупного региона России позволила специалистам практического здравоохранения унифицировать данную помощь основной группе населения с повышенным риском заболевания туберкулезом, увеличить охват профилактическими флюорографическими осмотрами граждан с ВИЧ-инфекцией (с 23,0% в 2002 году до 82,9% в 2007 году), повысить эффек-

тивность лечения данной группы больных по показателю закрытия полостей распада к концу 12-ти месяцев лечения с 23,6% до 48,9% .

11. Проведенные мероприятия по реструктуризации сети противотуберкулезных учреждений позволили создать централизованную систему организации противотуберкулезной помощи и повысить эффективность использования имеющихся ресурсов службы.

Практические рекомендации

1. Необходимо разработать и утвердить национальную стратегию борьбы с туберкулезом, учитывающую особенности современной социально-экономической и эпидемической ситуации и стратегический план противотуберкулезных мероприятий, направленных на модернизацию системы организации оказания помощи больным туберкулезом.

2. Нуждаются в поддержке на федеральном уровне инициативы законодательной власти субъектов Федерации по законодательному и нормативно-правовому обеспечению организационных мероприятий по борьбе с туберкулезом. Целесообразно внести изменения в Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 26, ст. 2581), касающиеся усиления роли субъектов по созданию централизованной зональной системы противотуберкулезной помощи. Необходимо совершенствование правовой базы, регламентирующую принципы организации выявления больных туберкулезом и противотуберкулезной помощи.

3. Разработанные и апробированные принципы и методы проведения мониторинга эпидемической ситуации и оценки качества оказания медицинской помощи больным туберкулеза необходимо учесть при создании новой национальной системы мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации.

4. Установленные в ходе исследования причины и факторы смерти от туберкулеза целесообразно использовать для оптимизации медико-социального

контроля за определенными контингентами. В современных условиях в работе лечебно-профилактических учреждений особый акцент должен быть направлен на группы неработающего населения трудоспособного возраста, мужчин и женщин 35-45 лет, социально-дезадаптированные слои, а также на больных с сочетанной патологией ВИЧ-инфекция и туберкулез.

5. Концептуальные основы стратегии борьбы с туберкулезом на региональном уровне должны строиться на взаимодополнении мер экономического, социального и медико-организационного характера.

6. Апробированную методику организации школ «поддержки готовности к завершению лечения» рекомендуется внедрить в деятельность противотуберкулезных стационаров.

7. Предложенная новая организационно-функциональная модель организации оказания помощи больным туберкулезом может быть внедрена и в других субъектах Российской Федерации со сходными медико-географическими особенностями.

Список работ по теме диссертации

1. Скачкова Е.И. Исходы и эффективность лечения больных мульти- и полирезистентным туберкулезом легких / Е.И. Скачкова // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 247.

2. Скачкова Е.И. Причины формирования множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Здравоохранение РФ.- 2003. - № 3. – С. 33-35

3. Скачкова Е.И. Причины и факторы формирования лекарственной устойчивости при туберкулезе легких / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Проблемы туберкулеза. – 2003. - № 9. – С. 6-9

4. Скачкова Е.И. Клинические формы впервые выявленного туберкулеза среди умерших от него в муниципальных образованиях Свердловской области. / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Пульмонология, приложение 2003, 13-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, С.-Петербург, 10-14 ноября 2003: Сб.резюме. – 2003.– С. 390

5. Скачкова Е.И. Профилактика множественной и полирезистентной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева // Пульмонология, приложение 2003, 13-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, С.-Петербург., 10-14 ноября 2003: Сб.резюме. – 2003.– С. 391

6. Скачкова Е.И. Скрининговые тесты как способ профилактики туберкулеза органов дыхания / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // *Здравоохранение*. – 2003. - № 11. – С. 50-54
7. Скачкова Е.И. Причины смерти от туберкулеза / Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, В.К. Попович, Е.И. Скачкова // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2004. - № 2. – С. 40-42
8. Скачкова Е.И. Факторы, определяющие смертность от туберкулеза в настоящее время / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // *Мониторинг. Выявление. Диагностика. Лечение туберкулеза: Сб. науч. работ Уральского НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ*. – Екатеринбург, 2004. – С. 46-48.
9. Скачкова Е.И. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в Свердловской области / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева // *Мониторинг. Выявление. Диагностика. Лечение туберкулеза: Сб. науч. работ Уральского НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ*. – Екатеринбург, 2004. – С. 55-58.
10. Скачкова Е.И. Смертность от туберкулеза впервые выявленных больных / В.К. Попович, Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // *Медико-социальные проблемы социально-обусловленных заболеваний: Сб. науч. трудов ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ*. – М., 2004. – С. 61-65
11. Скачкова Е.И. Причины смерти от туберкулеза / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, В.К. Попович // *Медико-социальные проблемы социально-обусловленных заболеваний: Сб. науч. трудов ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ*. – М., 2004. – С. 65-69.
12. Skachkova E.I. Mortality rate in patients with new cases of tuberculosis in Sverdlovsk region / О.В. Nechaeva, E.I. Skachkova // *3-rd Congress of European Region International Union against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD), Russian Respiratory Society 14-th National Congress on Lung Diseases, Moscow, June 22-26, 2004: Abstract book*. – С. 20.
13. Скачкова Е.И. Современные подходы к использованию стационарзамещающих технологий в лечении и реабилитации больных туберкулезом / Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, В.К. Попович, Е.И. Скачкова // *Проблемы управления здравоохранением*. – М., 2004. - № 3 (16). – С. 51-53.
15. Скачкова Е.И. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2004. - № 9. – С. 22-25.
16. Скачкова Е.И. Организация мониторинга за смертностью от туберкулеза в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, А.С. Подымова // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2004. - № 6. – С. 19-21.
17. Скачкова Е.И. Туберкулез у детей Свердловской области / О.Б. Нечаева, Г.Г. Попкова, Е.И. Скачкова, А.С. Подымова // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2005. - № 1. – С. 16-20.
18. Скачкова Е.И. Актуальные вопросы противотуберкулезной работы в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, А.С. Подымова // *Проблемы управления здравоохранением*. – М., 2005. - № 2 (21). – С. 58-61.

19. Скачкова Е.И. Стационарозамещающие технологии в лечении и реабилитации больных туберкулезом / Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, В.К. Попович, Е.И. Скачкова // Главврач. – 2005. - № 4. – С. 38-40.
20. Скачкова Е.И. Туберкулез в местах лишения свободы Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, А.С. Подымова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. - № 5. – 16-18.
21. Скачкова Е.И. Причины смерти от туберкулеза в муниципальных образованиях Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. - № 6. – С. 29-32.
22. Скачкова Е.И. Формирование показателя смертности от активного туберкулеза в территориях зоны курации Центрального НИИ туберкулеза РАМН / В.В. Ерохин, В.В. Пунга, Е.И. Скачкова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. - № 12. – С. 8-13.
23. Скачкова Е.И. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи в Российской Федерации / И.М. Сон, В.А. Магнитский, Е.И. Скачкова, С.А. Леонов, А.Ф. Мейснер, В.В. Кожевников, Г.И. Саенко // М.: ГУ ЦНИИОИЗ, 2005. – 43 с.
24. Скачкова Е.И. Организация ведения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Методические рекомендации / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Екатеринбург, 2005 г. – 8 с.
25. Скачкова Е.И. Модель мониторинга и оценки эффективности оказания медицинской помощи больным туберкулезом / Е.И. Скачкова // Материалы XXII межрегиональной научно-практической конференции фтизиатров. Оренбург, 2006. – С. 14-15.
26. Скачкова Е.И. Структура смертности и организация ведения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза», г. Санкт-Петербург, 20-21 апреля 2006 года. Сборник научных трудов под редакцией Ю.Н. Левашова. – С. 306-309.
27. Скачкова Е.И. Модель оказания медицинской помощи больным туберкулезом / И.М. Сон, Е.И. Скачкова // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза», г. Санкт-Петербург, 20-21 апреля 2006 года. Сборник научных трудов под редакцией Ю.Н. Левашова. – С. 310-311.
28. Скачкова Е.И. Аналитический обзор по туберкулезу в РФ за 2004 г.: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулезной службы / Е.П. Какорина, Л.А. Михайлова, И.М. Сон, Е.И. Скачкова, В.А. Магнитский, С.А. Леонов, В.В. Пунга // Москва, 2006. – 56 с.
29. Скачкова Е.И. Роль учреждений первичной медико-санитарной помощи в проблеме снижения предотвратимой смертности от туберкулеза в Российской Федерации / Е.И. Скачкова, В.В. Кожевников, П.Г. Чертищев // Всероссийская научно-практическая конференция «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерии потери здоровья населения», Москва, 30-

31 мая 2006 г. Сборник научных трудов под общей редакцией Стародубова В.И. – С. 173-176.

30. Скачкова Е.И. Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Е.И. Скачкова, Э.Б. Цыбикова, О.Б. Нечаева, Г.И. Саенко, В.Л. Сазыкин // Москва, 2006. – 23 с.

31. Скачкова Е.И. Эпидемиология туберкулеза и организация противотуберкулезной помощи населению крупного промышленного региона (на примере Свердловской области). Монография / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, под редакцией Ю.В. Михайловой // М.: ГУ ЦНИИОИЗ, 2006. – 163 с.

32. Скачкова Е.И. Противотуберкулезная помощь населению: главные направления, роль медсестры / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева // Медицинская сестра – 2006. - №5, Москва, - 2006. – С. 21-23.

33. Скачкова Е.И. Риск смерти от туберкулеза в Свердловской области / В.В. Пунга, И.М. Сон, Е.И. Скачкова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. - № 5. – С. 14-15.

34. Скачкова Е.И. Причины смерти от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких в Свердловской области / О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. - № 6. – С. 27-29.

35. Скачкова Е.И. Динамика возрастнo-половой структуры заболеваемости туберкулезом за 10 лет в территориях Российской Федерации, курируемых ГУ ЦНИИТ РАМН / В.В. Пунга, Е.И. Скачкова, М.А. Якимова, В.В. Ерохин // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. - № 6. – С. 16-20.

36. Скачкова Е.И. Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным. Методические рекомендации / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, А.В. Короткова, Е.И. Скачкова, А.В. Гажева, А.В. Новожилов, З.Х. Корнилова, Г.И. Саенко, О.Б. Нечаева, Д.Н. Голубев, Н.В. Эйсмонт, А.С. Подымова, С.Ю. Темирджанова, Е.А. Ключикова // Москва, 2006. – 29 с.

37. Скачкова Е.И. Роль учреждений первичной медико-санитарной помощи в проблеме снижения предотвратимой смертности от туберкулеза в Российской Федерации / Е.И. Скачкова, В.В. Кожевников, П.Г. Чертищев // Всероссийская научно-практическая конференция «Преждевременная и предотвратимая смертность в России - критерии потери здоровья населения», Москва, 30-31 мая 2006 г. Сборник научных трудов под общей редакцией Стародубова В.И. – С. 173-176.

38. Скачкова Е.И. Итоги и опыт работы ЦНИИТ РАМН в пилотных территориях по контролю за выявлением и лечением туберкулеза (когортный анализ) / В.В. Пунга, В.В. Ерохин, Е.Н. Нагорная, М.А. Якимова, Е.И. Скачкова, В. Якубовяк, И.Д. Данилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. - № 8. – С. 6-9.

39. Скачкова Е.И. Анализ системы сбора информации по проблеме туберкулеза в Российской Федерации / Е.И. Скачкова, Е.А. Конкина, Е.А. Ключикова // сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрова» «Новые организаци-

онно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России», г. Москва, 2006 г. – С. 22-26

40. Скачкова Е.И. Противотуберкулезная помощь населению: главные направления, роль медсестры / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева // Медицинская сестра – Москва, - 2006. - №5. – с. 21-23.

41. Скачкова Е.И. Туберкулез в Российской Федерации, 2006 г. / Е.П. Какорина, Л.А. Михайлова, Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Е.И. Скачкова, С.Е. Борисов Е.М. Богородская, М.В. Шилова, В.В. Пунга, А.С. Кононец, С.В. Сидорова, Е.М. Белиловский, И.Д. Данилова, В. Якубовяк А. Коробицын // Москва, «Триада» - 2007 г. – 126 с.

42. Скачкова Е.И. О стандарте лекарственной помощи для лечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом / Е.И. Скачкова, О.Б. Нечаева, Е.А. Ключикова // Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник научных трудов. Ч.1. М.: РИО ЦНИИОИЗ, - 2007. – С. 34-39.

43. Скачкова Е.И. Развитие противотуберкулезной службы (историческая справка) / В.В. Пунга, Е.И. Скачкова, И.Д. Данилова // Бюллетень Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации. Вып. 3, январь 2007. – С. 33-37.

44. Скачкова Е.И. Формирование и анализ отчетных форм по туберкулезу, требования и принципы / Е.И. Скачкова, А.В. Новожилов, Д.А. Кучерявая // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения» - Москва, - 2007. - №4. [Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/45/30/>].

45. Skachkova E. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing, Europe, Russian Federation / Ekaterina Petrovna Kakorina, Elena Igorevna Skachkova // WHO Report 2008, WHO/HTM/TB/2008.393. – P. 243-258.