МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ
И КООРДИНАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СИСТЕМА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ

Методические рекомендации

МОСКВА — 1979

gost.e-ecolog.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

«Согласовано»
Зам. начальника
Главного управления НИИ
и координации научных
исследований
В. Б. Румянцев
13 ноября 1979 г.

«Утверждаю»
Заместитель министра
Г. В. Сергеев
13.11.1979 г.

СИСТЕМА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ

Методические рекомендации

МОСКВА — 1979

Методические рекомендации составили:

М. В. ШИЛОВА, Т. А. БУТАЕВА

(Московский научно-исследовательский институт туберкулеза Министерства здравоохранения РСФСР)

Анализ деятельности противотуберкулезных учреждений РСФСР показал, что применение эффективных противотуберкулезных мероприятий не всегда приводит к желаемым результатам. Для рационального использования противотуберкулезных мероприятий разработана система, позволяющая осуществить не только централизованный контроль за отдельными разделами работы, но и управление основными противотуберкулезными мероприятиями по обслуживанию больных туберкулезом на уровне областных, краевых, республиканских противотуберкулезных учреждений.

Особое значение эта форма работы имеет для обслуживания сельского населения, жителей районов со сложными климато-географическими условиями — Крайнего Севера, горных районов и т. д.

Централизованное управление противотуберкулезными мероприятиями позволит добиться высокого качества обслуживания больных туберкулезом при разном уровне подготовки медицинского персонала, неполном укомплектовании штатов медицинских работников.

Учитывая большое практическое значение применения системы централизованного контроля за противотуберкулезными мероприятиями Коллегия министерства здравоохранения РСФСР 20 июня 1978 г. утвердила «План основных мероприятий на 1978—1985 гг. по дальнейшему снижению заболеваемости населения туберкулезом в РСФСР», в котором противотуберкулезным учреждениям рекомендуется: «Внедрить систему централизованного контроля за противотуберкулезными мероприятиями: за диагностикой и лечением впервые выявленных больных туберкулезом, больных хроническими формами туберкулеза на больничном, санаторном и амбулаторном этапах: пересмотром контингентов, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, учетом смерти больных от туберкулеза».

В основу централизованной системы управления положено два принципа:

1) унификация и более высокое качество применяемых мероприятий по выявлению, диагностике, лечению, бактериологическому обследованию больных в соответствии с рекомендациями по диспансерной группировке;

2) дифференциация указанных мероприятий, позволяющая выработать индивидуальную схему обслуживания каждого больного городской и сельской местности, в зависимости от местных особенностей — географических, экономических от состояния коммуникаций, особенностей быта и других социальных условий, характера туберкулезного процесса и т. д.

В основу этой системы положены методики, разработанные с Е. А. Гинзбургом, М. П. Жуковой, М. В. Шиловой, Т. А. Бутаевой. Эти методики касались сравнительно узких вопросов: централизованного контроля за гипердиагностикой впервые выявленных больных туберкулезом, централизованного пересмотра контингентов больных туберкулезом методом флюорографии и оформления свидетельств о смерти. Эти методики применяются во многих противотуберкулезных учреждениях. Однако сегодня они не могут удовлетворить полностью запросов здравоохранения и поэтому в настоящее время имеется настоятельная необходимость перехода от централизованного контроля за отдельными показателями к системе централизованного контроля и управления основными противотуберкулезными мероприятиями.

Эта система и отдельные ее звенья широко применяются во многих территориях с учетом местных особенностей (Татарская АССР, Ивановская область, Марийская АССР, Ростовская и Челябинская, Сахалинская области, Красногорский и Хабаровский края и во многих других территориях).

Централизованное управление осуществляет областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, применяют городские межрайонные диспансеры, а также районные диспансеры в своей зоне обслуживания по отношению к фельдшерско — акушерским пунктам или городским участкам.

Противотуберкулезный диспансер контролирует следующие основные мероприятия: диагностику и лечение впервые выявленных больных туберкулезом, диагностику и лечение больных туберкулезом, состоящих на диспансерном учете: госпитализацию и правильное использование коечного фонда: соблюдение очередности предоставления бациллярным боль-

ным изолированной жилой площади, правильное оформление свидетельств о смерти от туберкулеза.

I. Централизованное управление наблюдением впервые выявленных больных туберкулезом

Система централизованного контроля и управление наблюдением впервые выявленных больных туберкулезом обеспечивает связь областного противотуберкулезного диспансера со стационарами, санаториями, тубкабинетами и туботделениями, фельдшерско-акушерскими пунктами, где осуществляется наблюдение и лечение больных туберкулезом.

Мероприятия по обслуживанию впервые выявленных больных туберкулезом состоят из контроля и управления: диагностикой, госпитализацией, систематическим обследованием больных, лечением на всех этапах внесением коррекции в схему химиотерапии, применением патогенетических средств, хирургического вмешательства, эффективностью лечения — прекращением бацилловыделения и закрытием полости распада, исключением повторного взятия на учет, изменением диагноза в процессе наблюдения.

Централизованный контроль за диагностикой впервые выявленных больных туберкулезом

Централизованный контроль за диагностикой осуществляет областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме применяют крупные межрайонные диспансеры, а также районные диспансеры в своей зоне обслуживания по отношению к фельдшерско-акушерским пунктам или городским участкам.

С целью повышения качества диагностики при областных (краевых, республиканских) противотуберкулезных диспансерах приказом главного врача создается центральная врачебная комиссия (ЦВК). Комиссия состоит из наиболее квалифицированных специалистов: фтизиатра, рентгенолога, фтизиохирурга, врача-методиста. Предусматривается дублирующий состав комиссии для замены временно отсутствующих постоянных членов комиссии. Комиссия работает по составленному графику (в зависимости от объема работы) 1—3 раза в неделю в строго фиксированные дни. Результат работы записывается в специально оформленный журнал. Комиссия

осуществляет очную или, на основании объективной документации, заочную консультацию всех впервые выявленных больных туберкулезом области.

Для правильного и более четкого управления диагностикой впервые выявленных больных туберкулезом комиссия использует картотеку, составленную по учетной форме № 281 или дублированной форме № У-30-4.

Все противотуберкулезные учреждения направляют на комиссию в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер на всех впервые выявленных больных активным туберкулезом легких вместе с формой № 281 рентгенограмму и выписку из истории болезни. В сложных случаях диагностики на консультацию в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер обязательно направляется больной.

При необходимости комиссия рекомендует районному фтизиатру провести тщательное дообследование больного на месте или направить его с этой целью в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер, назначает по показаниям лечение exjuxantibus, а результаты динамического наблюдения предлагает прислать повторно на комиссию в указанные сроки.

Контроль за своевременным выполнением рекомендаций комиссии осуществляется с помощью картотеки, составленной по форме № 281 или № У-30-4. Карты в картотеке распределяются по сигнальной системе (по месяцам) в зависимости от намеченных сроков повторного представления материалов на консультацию.

Применение подобной методики позволяет устранить от 10% до 30% гипердиагностики туберкулеза у впервые выявленных больных. Наиболее трудоемким и сложным для диагностики является определение активности туберкулезного процесса у лиц «0» группы диспансерного учета. Вместе с тем в большинстве областных диспансеров не осуществляется контроль за гиподиагностикой туберкулезного процесса у лиц «0» группы учета. Для уменьшения гиподиагностики туберкулеза все сведения о пациентах «0» группы диспансерного учета передаются на ЦВК и в дальнейшем не должны быть сняты с диспансерного учета без санкции областного диспансера ЦВК, кураторов района и т. д. Применение подобной методики позволяет устранить от 7 до 12% случаев гиподиагностики.

В наиболее сложных диагностических случаях, когда после первого разбора на комиссии характер изменений остается неясным и требует динамического наблюдения или лечения назначаются повторные консультации на ЦВК. Для исключения утери информации об этих больных областной противотуберкулезный диспансер осуществляет систематический контроль за всеми больными, назначенными на повторную консультацию. Контроль за представлением для повторной консультации документации на больных районными фтизиатрами в установленные сроки, ведется также по картам № У-30-4, расставленным по сигнальной системе.

Для улучшения качества и сокращения периода диагностики туберкулеза рентгенолог сопоставляет рентгенологические данные на всех лиц с подозрением на заболевания туберкулезом с архивными данными рентгено-флюорографических карточек. Предлагается следующая тактика. Прежде чем вызвать на контрольное дообследование лиц с подозрением на заболевание легких, проводится в обязательном порядке сопоставление новых флюорограмм с данными предшествующих флюорографических обследований. Мероприятие это относительно несложное при хранении флюорографических кадров вместе с флюорографическими картами. Если при сравнении флюорограмм за несколько лет динамика процесса не отмечена, то лица с подобными изменениями на дообследование не вызываются. Если при сопоставлении флюорограмм данные изменения появились впервые, либо отмечается положительная или отрицательная динамика, то лица с такими патологическими проявлениями обязательно приглашаются на тщательное дообследование. В результате применения подобной методики, например, в Марийской АССР необходимость в клиническом дообследовании отпала у 69,6%. В результате примененной нами методики активный туберкулез был выявлен у 20% всех вызванных на контроль. Если бы на контроль приглашались все лица, первоначально вызванные на дообследование, то подтверждение диагноза у них составило бы лишь 1,2%, т. е. в 16,5% раз меньше. Таким образом, довольно простое мероприятие позволяет, во-первых, сократить объем ненужных исследований по крайней мере на 2/3, во-вторых, дало возможность сконцентрировать внимание рентгенолога прежде всего на лицах, действительно нуждающихся в углубленном исследовании, а не распылять внимание медицинских работников на большой круг людей, в-третьих, ускорило период диагностики в 2—3 раза.

В диспансерной практике имеют место случаи повторного взятия на учет больных с заполнением формы № 281, прибывших из других административных территорий. Для исключения данного явления рекомендуется следующая методика. При малейшем сомнении в первичности выявленного туберкулезного процесса необходимо направлять запрос о состоянии здоровья больного в противотуберкулезное учреждение по месту последней прописки, а также подвергать флюорографическому обследованию лиц, прибывших на постоянное местожительство в данную территорию.

В ряде противотуберкулезных учреждений отмечается повторное взятие больных туберкулезом на учет, с заполнением формы № 281 лиц, раннее излечившихся от туберкулеза и снятых в связи с этим с диспансерного наблюдения противотуберкулезных учреждений в этой же административной территории. Для исключения повторного взятия под наблюдение диспансера больных туберкулезом, как впервые выявленных в областном, краевом, республиканском противотуберкулезном диспансере создается учет лиц, снятых с наблюдения в предшествующие годы по архивным данным формы № 281, которая систематизируется по алфавиту независимо от местожительства больного. Перед взятием под наблюдение все заполненные формы № 281 сопоставляются с этой картотекой. Применение подобной методики позволяет исключить повторное взятие на учет как «впервые выявленных» в разных территориях от 5 до 18%.

На всех лиц, снятых с диспансерного наблюдения, сохраняется документация в виде последней рентгенограммы и томограммы. Наличие объективной документации на момент снятия с диспансерного наблюдения позволяет избежать неоправданно частного диагноза «рецидив» туберкулезного процесса и уменьшить этот показатель примерно в 2—3 раза.

С целью уточнения диагноза в конце календарного года центральная комиссия пересматривает документацию на всех впервые взятых на учет больных туберкулезом и вносит соответствующие коррективы.

Деятельность комиссии дополняется консультативной работой кураторов из областного, краевого, республиканского, противотуберкулезного диспансера при выездах в районы. В своей деятельности районные фтизиатры используют данные центральной картотеки, составляют графики обследования больных, план работы в командировке и т. д.

Все изменения и обоснование этих изменений сообщаются районному фтизиатру, что дает возможность повысить уровень знаний районных фтизиатров и способствует устранению возможных будущих диагностических ошибок. Случаи расхождения диагноза и неправильного ведения больного обсуждаются на совещаниях, заседаниях общества фтизиатров и т. д. Подобное мероприятие является одной из форм повышения квалификации районных фтизиатров.

Централизованный контроль за диагностикой впервые взятых на учет больных способствует своевременному уточнению диагноза, не дожидаясь прибытия больного в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер или выезда куратора в район.

Систематический контакт районного фтизиатра со специалистами областного противотуберкулезного диспансера повышает ответственность фтизиатра и является постоянным процессом взаимного обучения, углубленного познания существующего положения дел.

Контроль за лечением впервые выявленных больных туберкулезом

Организация централизованного контроля за лечением впервые выявленных больных туберкулезом является одним из наиболее важных разделов.

Задачи ЦВК по централизованному управлению лечением следующие: коллегиальное определение диагноза и схемы лечения больного, профиля стационара, своевременное внесение корректив в схему лечения и в диагноз в процессе лечения, уменьшение до минимума периода, когда больной находится вне поля зрения медицинских работников и сокращения перерывов при смене одного этапа терапии другим, контроль за применением лишь контролируемых методов лечения больного туберкулезом в присутствии медицинских работников на амбулаторном этапе, наблюдение за обследованием больных туберкулезом с целью своевременного определения закрытия деструкции легочной ткани и прекращения бактериовыделения.

Централизованное управление лечением осуществляет областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер с помощью специалистов ЦВК, методического кабинета (Краснодарский край), врачей областного приема диспансерного отделения (Тувинская ВССР), или врачами —

бригадирами диспансерного отделения, за которыми закреплена группа районов (8—10), каждый из которых имеет отдельных кураторов (Татарская АССР) или специально выделенным для этой работы врачем (Ивановская и Калининская области).

Контроль за лечением осуществляется следующим образом. Во время работы ЦВК по уточнению диагноза специалисты коллегиально определяют оптимальную схему лечения каждого больного и профиль стационара. Заключение ЦВК заносится в специальные журналы и сообщается районному фтизиатру в виде списков.

Контроль за лечением впервые выявленных больных туберкулезом на всех этапах наблюдения обеспечивается с помощью картотеки, составленной на картах формы № У-30-4 (см. стр. 6). Карты располагаются по сигнальной системе в зависимости от сроков очередного контроля.

Районные фтизиатры ежемесячно (или поквартально) представляют сведения о ходе лечения больных в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер с указанием места и схемы лечения в виде списка. При отсутствии своевременных сведений из района противотуберкулезный диспансер на основании данных картотеки запрашивает у районного фтизиатра (фельдшера) сведения о лечении направленных под их наблюдение больных. Результаты лечения (этап) вносятся в форму № У-30-4. Информация о больных малыми формами туберкулеза может быть ограничена данными списков. Результаты эффективности лечения больных деструктивными формами туберкулеза контролируется ежеквартально. С этой целью центральная комиссия специалистов областного, краевого, республиканского диспансера осуществляет повторную консультацию всех впервые выявленных больных туберкулезом через 4 месяца.

Задачи повторной консультации: уточнение диагноза, изменение схемы и режима лечения, определение показаний и хирургическому лечению, решение вопроса о продолжении химиотерапии в стационарных, санаторных или амбулаторных условиях. В этот период консультация хирурга обязательна. Управление этим разделом осуществляется также по сигнальной системе. Повторная консультация осуществляется на основании медицинской документации (выписки из истории болезни, рентгенограмм в динамике и т. д.) очно или заочно.

Контроль за эффективностью лечения больных деструктивными и бациллярными формами туберкулеза необходимо

осуществлять до прекращения бактериовыделения и закрытия полости распада у них (в течение 2—5 лет).

С целью повышения эффективности лечения на стационарном этапе создаются аналогичные комиссии во всех стационарах с соответствующими функциями. Во всех стационарах рекомендуется завести журналы консультации хирурга всех больных туберкулезом.

В местностях со сложными климато-географическими условиями (Крайний Север, горная местность и т. д.) одной из наиболее эффективных организационных форм управления лечением впервые выявленных больных туберкулезом в амбулаторных условиях является система «обратной связи», с успехом применяемая в Тувинской и Татарской АССР.

После окончания лечения в стационарах копия карты выбывшего из стационара больного (ф. № 266) направляется в методический кабинет областного противотуберкулезного диспансера с уточненным диагнозом. Областной диспансер заполняет карту с отрывным талоном с указанием схемы химиотерапии и отправляет ее почтой районному фтизиатру. Получив сигнальную карту, врач начинает лечение, а отрывной талон высылает в областной, краевой республиканский диспансер. Если отрывной талон в течение двух недель не возвращен в методический кабинет диспансера, то сигнальная карта повторно направляется фтизиатру. Такая система «обратной связи» существует и между районным фтизиатром и фельдшером. При амбулаторном лечении применяются различные режимы введения антибактериальных препаратов в зависимости от местожительства больного.

Основным методом лечения является интермиттирующий способ введения медикаментов в присутствии медицинских работников. Два раза в неделю в строго фиксированные дни по всей области, краю или республике, например вторник и пятница, больной приходит в медицинское учреждение, где в присутствии медицинских работников принимает противотуберкулезные препараты. При небольшом расстоянии тубкабинета или фельдшерско-акушерского пункта от больного назначают ежедневный прием препаратов в присутствии медицинского персонала. Лишь в отдельных случаях, если больной проживает в юртах, на чабанских стоянках и т. д., когда невозможно организовать одноразовый прием лекарств в присутствии медицинских работников, больному выдаются препараты на руки.

Нередко показатель эффективности лечения впервые вы-

явленных больных (прекращение бацилловыделения и закрытие полости распада) занижен лишь из-за несвоевременного проведенного рентгенографического и бактериологического исследования. В связи с этим областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер осуществляет контроль и управление своевременным и качественным обследованием больных. Эту функцию выполняет ЦВК или специально выделенные врачи по картотеке впервые выявленных больных по сигнальной системе в зависимости от сроков планируемого исследования.

Врач, ответственный за лечение и наблюдение впервые выявленных больных, составляет график сроков обследования каждого больного. Копия графика направляется лечащему врачу. Ежеквартально районный фтизиатр направляет сведения в областной диспансер о результатах обследования, если в назначенный срок сведения не поступают, то врач областного, краевого, республиканского противотуберкулезного диспансера запрашивает их. Результаты обследования больного отмечают по форме № У-30-4. По показаниям ответственный врач тубдиспансера может рекомендовать лечащему врачу повторные или дополнительные исследования для больного. Таким образом, устанавливается систематический контроль за динамикой процесса и эффективностью лечения. Работу с картотекой осуществляет врач областного противотуберкулезного диспансера — кураторы района и врачи диспансерного отделения, методического кабинета в зависимости от местных условий.

В результате этой работы к отчетному периоду имеется информация о бактериологическом и рентгенологическом обследовании всех больных бациллярными и деструктивными формами туберкулеза и, следовательно, данные о прекращении выделения микобактерий туберкулеза и закрытие полостей распада у впервые выявленных больных.

В районах, где не представляется возможным проведение своевременного бактериологического и томографического исследования, больные направляются для обследования в областной или межрайонный противотуберкулезный диспансер.

Система централизованного контроля предусматривает своевременное внесение изменений в диагноз впервые выявленных больных туберкулезом. С этой целью все противотуберкулезные диспансеры направляют в областной диспансер копии формы № 266 не выписанных из стационара больных. На основании этих копий врач-методист областного

противотуберкулезного диспансера вносит в форму № 281 коррективы в диагнозы. Кроме того, на основании сведений формы № 266 республиканский диспансер имеет возможность постоянно контролировать правильность и эффективность использования коечного фонда и своевременно (а не в конце года) принимать соответствующие меры.

Система централизованного контроля за организацией лечения, начиная от момента взятия на диспансерный учет до клинического излечения позволяет обеспечить госпитализацию 95—98% впервые выявленных больных туберкулезом в крупные стационары и повысить эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом на 20—25%.

Организация бактериологического обследования больных туберкулезом

Организация в большинстве административных территорий централизованных бактериологических лабораторий при областных противотуберкулезных учреждениях резко повысило число больных, обследованных бактериологическим методом.

Вместе с тем, не все больные полноценно и своевременно обследуются культуральным методом. Часть больных подвергается исследованию 10—12 раз в год, в то время как другая группа больных остается необследованной. Для устранения этого дефекта целесообразно организовать при центральной бактериологической лаборатории областного противотуберкулезного диспансера картотеку контингентов по форме № У-30-4 или на посевных картах. Это картотека позволяет заблаговременно планировать обследование больных туберкулезом, уточнить контингенты, которые ранее не были обследованы, своевременно запрашивать и получать патологический материал для исследования от каждого конкретно больного из районов, исключать неоправданно частное обследование одних и тех же больных, в особенности при длительном пребывании больного в стационаре, активно регулировать поступление патологического материала. С целью контроля за ходом обследования больных карты в картотеке располагаются по месяцам или поквартально в зависимости от реальных возможностей данной лаборатории осуществлять действительный контроль.

Пути поступления материала:

1) при обследовании больных в областном, краевом, рес-

публиканском противотуберкулезном диспансере, или в районах, имеющих централизованные лаборатории;

2) из районов при активном запросе из централизованной лаборатории;

3) из районов при активной деятельности районных фтизиатров;

4) набор мокроты при выезде бригады бактериологов центральной лаборатории;

5) при выезде кураторов в районы;

6) с посевных пунктов.

Централизованная бактериологическая лаборатория осуществляет также исследования устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам в соответствии с планом обследования больного.

Централизованный контроль за наблюдением контингентов больных, состоящих на диспансерном учете

Система контроля по обслуживанию больных туберкулезом, состоящих на учете, аналогичная комплексу мероприятий, направленных на повышение качества диспансерного наблюдения впервые выявленных больных. Основные разделы работ выполняют врачи-кураторы областного, краевого, республиканского диспансера под руководством заведующего диспансерным отделением или врача методического кабинета. Мероприятия по наблюдению за больными, стотоящими на учете, состоят из управления диагностикой, лечением, переводом из группы в группу, снятием с учета.

Централизованный контроль за диагностикой контингентов больных, состоящих на учете

В областном, краевом, республиканском противотуберкулезном диспансере организуется централизованная картотека на больных, состоящих на учете, составленная по дублированным картам формы № У-30-4. Картотека составляется по районам. Работу с картотекой осуществляют кураторы районов. Работа с картотекой проводится в соответствии со специально составленным для этих целей графиком. Картотека позволяет проверять составление годового отчета районным фтизиатром, что исключает потерю информации о наблюдаемых контингентах, контролировать качество диагностики,

контролировать и планировать перевод из группы в группу и проводимое лечение, не выезжая в район.

Сведения в картотеке уточняются во время выезда кураторов в район, на основании данных дубликата формы № 266, а также в конце года при приеме годового отчета, когда врачи-методисты областного диспансера и районный фтизиатр сверяют оригиналы формы № У-30-4 с дубликатами, имеющимися в областном, краевом, республиканском противотуберкулезном диспансере и вносят соответствующие коррективы в обе картотеки.

Для уточнения диагноза у больных туберкулезом, состоящих на учете, систематически «пересматриваются» контингенты. Пересмотр диагноза противотуберкулезными учреждениями, проводится всеми доступными методами:

1) одновременно с массовым флюорографическим осмотром;

2) специально выделенной флюорографической установкой (методические рекомендации «Методика централизованного контроля за контингентами, состоящими на учете больными туберкулезом» М. П. Жукова, Т. А. Бутаева и др., 1971);

3) кураторами областного, краевого, республиканского противотуберкулезного диспансера при выезде в районы по данным объективной документации и осмотра больного.

Уточнение диагноза осуществляется на основании объективной документации — крупнокадровой флюорограммы в нескольких проекциях, рентгенограмм, бактериологического обследования и т. д.

В работе по уточнению диагноза у контингентов больных туберкулезом в обязательном порядке должны принимать участие (одновременно с другими специалистами или раздельно) фтизиохирурги.

Централизованный пересмотр контингентов позволяет сократить число состоящих на учете лиц в некоторых районах до 25—40%.

Особое внимание уделяется контролю за «движением» контингентов больных туберкулезом. С этой целью кураторы районов (врачи областного или городского диспансера) совместно с районными или участковыми фтизиатрами составляют в начале года план-график перевода больных из группы в группу и снятия с учета. Систематически работая с картотекой кураторы контролируют выполнение плана-графика. Для облегчения слежения за своевременным выполнением

этого мероприятия карты в картотеке расставляются в зависимости от установленного срока перевода из одной группы в другую. С целью своевременного выполнения план-графика «движения» контингентов выполняются в строго установленные сроки, рекомендуется кураторам районов заблаговременно (за 3 месяца до указанного срока) направлять районному фтизиатру (в особенности если он совместитель или с небольшим стажем работы) напоминание о предстоящем переводе из одной группы в другую с указанием комплекса обследования для каждого больного.

Весьма важным разделом работы является контроль и управлением показателем абациллирования больных туберкулезом, состоящих на учете. С этой целью врачи-кураторы совместно с районными или участковыми фтизиатрами составляют план-график обследования больных, страдающих формами туберкулеза. Система слежения за обследованием бацилловыделителей аналогична предыдущей. Этот раздел работы должен осуществляться совместно с сотрудниками централизованных лабораторий. В зависимости от местных возможностей управления процессов обследования больных может быть возложен на персонал бактериологической лаборатории.

Централизованный контроль за лечением контингентов больных туберкулезом, состоящих на учете

Контроль и управление лечением больным хроническими формами туберкулеза трудоемкий процесс. Вместе с тем систематический контроль за этим разделом работы повышает эффективность их лечения. Кураторы районов составляют план лечения больных хроническими формами туберкулеза на основании данных картотеки. Дальнейший контроль за лечением этой категории больных осуществляется аналогично методики контроля за лечением впервые выявленных больных туберкулезом.

С целью повышения эффективности лечения больных хроническими формами туберкулеза хирурги составляют картотеку на всех больных, показанных и непоказанных для хирургического лечения. С помощью этой картотеки в дальнейшем осуществляется активный вызов на хирургическое лечение. Для облегчения консультации хирурга в каждом стационаре заводится специальный журнал, в котором в приемном покое стационара регистрируются все поступившие во фтизио-

терапевтическое отделение, больные. Отметка о консультации хирургом больного должна быть сделана не позднее, чем через 15 дней с момента поступления в стационар. Применение такой методики дает возможность не только определить показания к хирургическому лечению у всех госпитализированных в крупные стационары больных, но и повысить эффективность излечения с помощью этого метода, так как больной и лечащий врач с первых дней пребывания больного в стационаре психологически подготавливаются к радикальному методу лечения, а не через 5—6 месяцев без успешной консервативной терапии.

Для привлечения больных к лечению в амбулаторных условиях целесообразно использовать дневные профилактории с 2-х разовым питанием. Противотуберкулезные препараты в профилакториях выделяются медицинскими работниками ежедневно во время приема пищи. В Ивановской области контролируемое лечение в дневных профилакториях позволило добиться прекращения бактериовыделения у больных хроническими формами туберкулеза в 35—60%.

Внедрение методов централизованного контроля за наблюдением больных туберкулезом целесообразно осуществлять по этапам. В начале разрабатываются мероприятия, направленные на улучшение обслуживания впервые выявленных больных. После того, как эта работа будет осуществляться качественно и в полном объеме, следует перейти к управлению обслуживанием больных, страдающих хроническими формами туберкулеза.

Предложенная нами схема управления наблюдением больных туберкулезом может измениться в каждой административной территории в зависимости от местных условий и возможностей.

Контроль за оформлением свидетельств о смерти от туберкулеза

Осуществление централизованного контроля за оформлением свидетельств о смерти имеет целью решения 2-х задач: во-первых, повышение достоверности показателя смертности больных от туберкулеза, которое достигается оперативным внесением корректив в случае неправильного заполнения врачом свидетельств о смерти (форма № 264), во-вторых, коллегиальный разбор каждого случая смерти от туберкулеза,

выполнения причин, повышение ответственности и уровня знания врачей.

С целью упорядочения оформления свидетельств о смерти от туберкулеза издается приказ по областному отделу здравоохранения или краевому министерству здравоохранения автономных республик о том, что свидетельства о смерти от туберкулеза подписывает только специалист врач-фтизиатр. Районный фтизиатр одновременно с заполнением свидетельства о смерти (форма № 264) направляет свою первичную документацию на умершего от туберкулеза в областной, краевой, республиканский диспансер.

Врач-методист областного противотуберкулезного диспансера один раз в месяц (за 10 дней до того как сведения направляются в ЦСУ города Москвы) выкопировывает в областном, краевом, республиканском статистическом управлении свидетельства о смерти и анализирует их. Одновременно врач-методист сопоставляет данные свидетельств о смерти со сведениями формы 281, формы У-30-4 и присланной из районов первичной медицинской документацией (историей болезни, рентгенограммы и т. д.). В случае расхождения диагноза областной противотуберкулезный диспансер срочно сигнализирует об этом районному фтизиатру, заполнявшему свидетельство о смерти от туберкулеза. Фтизиатр района заполняет новое свидетельство о смерти с учетом корректив, внесенных областным, краевым, республиканским противотуберкулезным диспансером и направляет в областное, краевое, республиканское, статистическое управление. Неправильно оформленное свидетельство о смерти изымается до отправления сведения в Центральное статистическое управление.

У больного, не состоящего на учете в противотуберкулезном учреждении по I группе диспансерного наблюдения, основная причина смерти от «туберкулеза» может быть поставлена лишь после патологоанатомического вскрытия.

Применение оперативной тактики централизованного контроля за правильным оформлением свидетельств о смерти от туберкулеза позволяет исключить завышение показателя смертности от туберкулеза из-за неправильного оформления свидетельств о смерти. Кроме того, врач-методист совместно с центральной врачебной комиссией и районным фтизиатром разбирает все случаи смерти больных туберкулезом. Выясняются не только причины неправильного оформления свидетельств о смерти, но самое главное — причины, приведшие больного к смерти. Анализ причин смерти больных и обсуж-

дение этого вопроса осуществляется на областных конференциях фтизиатров, научных обществах фтизиатров и т. д.

Централизованный контроль областного (краевого, республиканского) противотуберкулезного диспансера за представлением изолированной жилой площади бациллярным больным

Во многих административных территориях несвоевременно предоставляется изолированная жилая площадь больным бациллярными формами туберкулеза. Это обусловлено не только недостаточным вводом жилой площади в отдельных районах, но в значительной мере зависит от отсутствия контроля годовых противотуберкулезных диспансеров за правильным распределением больным заразными формами туберкулеза изолированной жилой площади. В ряде случаев в списки больных бациллярными формами туберкулеза, нуждающихся в изолированной жилой площади, включены больные, снятые с бациллярного учета, а также лица, излеченные от туберкулеза. Нередко отмечается несоблюдение очередности предоставления больным заразными формами туберкулеза изолированной жилой площади: больные, состоящие на учете несколько лет, обеспечиваются изолированной жилой площадью позже, чем больные, взятые на диспансерный учет недавно.

В целях устранения подобных дефектов рекомендуется следующая методика централизованного контроля за обеспечением бациллярных больных изолированной жилой площадью. Районный фтизиатр направляет дубликаты списков бациллярных больных, нуждающихся в изолированной жилой площади, утвержденных исполкомом народных депутатов трудящихся в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер. В четвертом квартале каждого года в областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер представляются уточненные списки бациллярных больных, нуждающихся в площади: исключаются из списков больные, снятые с эпидучета, лица, излеченные от туберкулеза, а также выбывшие больные. Одновременно дается объяснение причины наблюдения очередности представления жилой площади и перенесение сроков обеспечения изолированной жилой площадью больных, а также причины, обусловившие исключение некоторых пациентов из списков больных нуждающихся в изолированной жилой площади. Объяснения представляются по каждому больному.

В областном противотуберкулезном диспансере главный врач, заместитель главного врача по лечебной части, куратор района проводят углубленный анализ обоснованности включения в списки бациллярных больных, нуждающихся в жилой площади на основании данных объективной документации (централизованная картотека на формах № У-30-4). На каждого больного, который необоснованно внесен в списки, составляется заключение о нецелесообразности включения больного в списки нуждающихся в изолированной жилой площади. Все изменения сообщаются районному фтизиатру, который вносит соответствующие коррективы в списки распределения жилой площади в районных исполкомах народных депутатов трудящихся.

Областной, краевой, республиканский противотуберкулезный диспансер два раза в год контролирует ход обеспечения бациллярных больных жилой площадью. Вопрос об обеспечении бациллярных больных изолированной жилой площадью один раз в год рассматривается на заседании межведомственной комиссии организации борьбы с туберкулезом при облисполкомах народных депутатов трудящихся.

Система централизованного управления предусматривает контроль за рядом других противотуберкулезных мероприятий: организацией обслуживания детей, больных туберкулезом, организацией обслуживания больных внелегочной локализацией туберкулеза, обеспечением бронхологической помощи больным туберкулезом. Контроль за этими разделами работы осуществляется в основном по тем же схемам.

Самостоятельным разделом системы централизованного управления является контроль за внедиспансерной работой, в частности, за организацией раннего выявления туберкулеза среди населения, который требует специального изложения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Шилова М. В., Финкель Р. Н. В кн.: Профилактика и течение туберкулеза. 1968 г., стр. 142.

Гинзбург Е. А., Жукова М. П., Шилова М. В. В кн.: Современные вопросы туберкулеза. Кишинев, 1969 г., стр. 55.

Гинзбург Е. А., Шилова М. В., Жукова М. П. В кн.: Труды съезда фтизиатров Украинской ССР, Киев, 1971 г., стр. 144.

Жукова М. П., Бутаева Т. А., Марина З. Н., Пахомова Н. Н., Боринская А. С., Князева К. М., Краснова Н. А. Методические рекомендации «Методика централизованного пересмотра контингентов больных туберкулезом легких», 1971 г.

Шилова М. В., Сизых Н. В., Цой К. Н., Эпп Ф. Я., Дьякова А. Г., Бутаева Т. А., «Здравоохранение РСФСР», 1973 г. № 10, стр. 3.

Шилова М. В. Бутаева Т. А. В кн.: Труды IV Всероссийского съезда фтизиатров. М., 1975 г. стр. 60.

Шилова М В., Бутаева Т. А., Бриль Л. Н. В кн.: Матер. VII съезда фтизиатров Украинской ССР., Киев, 1976, стр. 50.

gost.e-ecolog.ru