УДК [616.24-002.5-084*614.212] (470-25)

Н.А. Веретенцева[1*], Л.Н. Рыбка[1], С.Г. Сафонова[1], Р.Р. Афанасьева[1], О.Ю. Сенчихина[1], Е.М. Богородская[1,2]

[1]ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом»
[2]ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», кафедра фтизиатрии, г. Москва

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА МОСКВЫ

Резюме

Статья посвящена вопросам организации выявления больных туберкулёзом в учреждениях здравоохранения ПМСП Москвы. Представлены основные эпидемиологические показатели по Москве и описаны особенности организации выявления туберкулёза в мегаполисе. Качество выявления больных туберкулёзом в ПМСП непосредственно зависит от внимания медицинских работников к группам риска по туберкулёзу, компетентности в оценке основных симптомов туберкулёза, правильного формирования потоков подлежащих обследованию на туберкулёз, в том числе методом микроскопии мокроты. Предлагается внедрение централизованной сегментированной по группам обследования флюорокартотеки с возможностью анализа показателя «доля не обследованных 2 и более лет». Качество выявления туберкулёза в учреждениях ПМСП можно существенно повысить путём внедрения комплекса медико-организационных изменений и индикаторов, их регулярного сбора и анализа.

Ключевые слова: *туберкулёз, выявление, профилактический осмотр, флюорография, метод микроскопии мокроты, кислотоустойчивые микобактерии, мегаполис.*

Abstract

The article describes the organization reveal of TB patients at medical facilities of primary health care (PHC) in Moscow. There are the main epidemiological indicators in Moscow and the features of the organization of TB detection in the city. The Quality of detection TB cases in PHC is directly depends on the attention of PHC workers to TB risk groups, the competence in the assessment of the main TB symptoms and organization of the patients' flow for checking up for TB including sputum smear microscopy. It is proposed installation of centralized fluorography register with the option to analyze the index of "the proportion of people not examined more than two years". The Quality of TB detection in PHC facilities can be improved by complex implementation of medical and organizational changes and indicators and their regular collection and analysis.

Key words: *tuberculosis, early TB detection, routine examination, fluorography, sputum smear microscopy, acid-fast bacilli, city.*

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, БОМЖ — без определённого места жительства, КУМ – кислотоустойчивые микобактерии.

Своевременное выявление туберкулёза является одним из основных мероприятий, препятствующих распространению туберкулёза среди населения и повышающих вероятность благоприятного исхода лечения больных. В условиях мегаполиса с высокой плотностью населения своевременное выявление одного больного туберкулёзом предупреждает инфицирование не менее 60 человек в день. Выявление больных туберкулёзом осуществляется медицинским персоналом всех медицинских организаций при обследовании пациентов, обратившихся за медицинской помощью, а также при плановых профилактических обследованиях определённых групп населения.

К основным методам выявления туберкулёза, помимо сбора анамнеза, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации пациента, относятся:

- лучевая диагностика (флюорографическое, рентгенографическое обследование, компьютерная томография, ультразвуковое исследование);
- бактериологическая диагностика (исследование биологического материала методом микроскопии, а при необходимости — культуральным методом);
- индивидуальная туберкулинодиагностика (проба Манту с 2 ТЕ);
- Диаскинтест® — кожная проба с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным (далее ДСТ).

Все эти методы, каждый в отдельности или в комбинации, применяются у разных групп населения: туберку-

*Контакты. E-mail: nveretentseva@mail.ru. Телефон: (499) 268-00-10

линодиагностика — используется как скрининговый метод обследования детей и подростков; ДСТ используется в качестве дополнительного теста для обследования детей и подростков в группах риска; профилактические флюорографические обследования — у лиц старше 15 лет; комплексное бактериологическое, рентгенологическое обследование, туберкулинодиагностика и ДСТ применяются у лиц с повышенным риском заболевания туберкулёзом, находящихся на диспансерном учёте, обращающихся в поликлиники и поступающих в стационар на лечение с симптомами заболевания, подозрительными на туберкулёз [8].

Профилактические осмотры населения на туберкулёз остаются приоритетным способом выявления больных туберкулёзом среди населения. Наибольшее значение имеют массовые (скрининговые) флюорографические осмотры населения 15 лет и старше, которые позволяют выявить максимальное число больных туберкулёзом лёгких в короткие сроки [3, 5].

Согласно Национальному руководству «Фтизиатрия», основными критериями качества организации своевременного выявления туберкулёза являются [2, 5, 6, 10]:

• Охват населения проверочными (профилактическими) осмотрами на туберкулёз методом флюорографии должен составлять 60–70% от числа проживающих на данной территории. В Москве данный показатель составил в 2011 г. — 60%, 2012 г. — 70,5%; в РФ в 2011 г. — 64,4%.

• Доля больных активным туберкулёзом, выявленных при проверочных (профилактических) осмотрах, среди всех впервые взятых на учёт должна составлять 70–75%. В Москве показатель составил в 2011 г. — 69,1%, 2012 г. — 70,6; в РФ в 2011 г. — 60,0%.

• Доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулёзом среди впервые выявленных больных должна составлять не более 1–1,5%. В г. Москве данный показатель составил в 2011 г. — 0,5%, 2012 г. — 0,4%; в РФ в 2011 г. — 0,8%.

Заболеваемость туберкулёзом в Москве

Территориальный показатель заболеваемости туберкулёзом включает в себя все зарегистрированные в городе случаи заболевания туберкулёзом. В 2012 г. в Москве всего заболело 4 776 человек. В структуре заболевших 46% составляют «не жители Москвы»: иногородние — 19%, мигранты — 16%, лица БОМЖ — 7%, выявленные больные из других ведомств, в том числе во ФСИН — 4%.

Москва относится к группе регионов России с низкими значениями по основным показателям заболеваемости туберкулёзом и смертности от этого заболевания *(рис. 1)*, что определяется, прежде всего, системой мер профилактики и защиты населения от туберкулёза и организацией противотуберкулёзной помощи жителям столицы. Население Москвы составляет 8,2% от населения России, в то же время доля впервые выявленных больных туберкулёзом на территории Москвы в 2011 г. составила только 4,5% (с учётом мигрирующего населения) от числа больных туберкулёзом на территории России, доля больных, умерших от тубер-

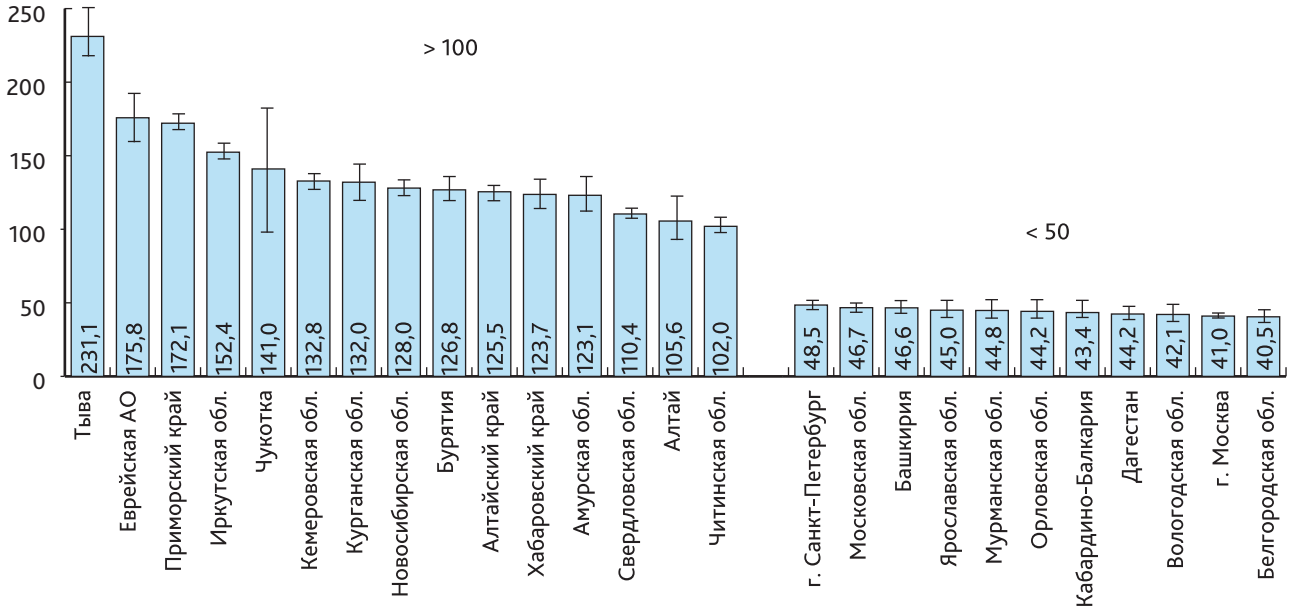

Рисунок 1. *Субъекты РФ с наибольшим (более 100) и наименьшим (менее 50) значениями показателя заболеваемости туберкулёзом. Линии разброса обозначают 95% доверительные интервалы [10]. Туберкулёз в РФ, 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в РФ и в мире*

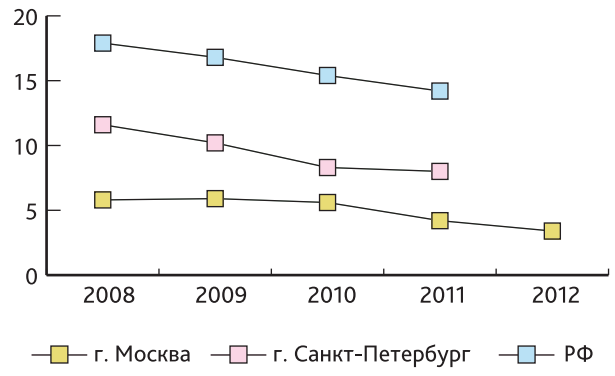

Рисунок 2. *Показатели смертности от туберкулёза (на 100 тыс. населения)*

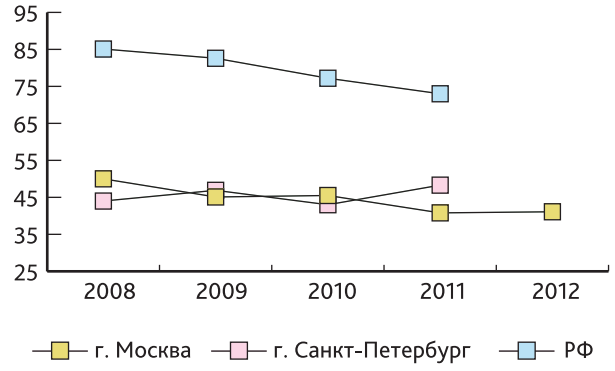

Рисунок 3. *Показатели заболеваемости туберкулёзом, территориальные (на 100 тыс. населения), форма № 8*

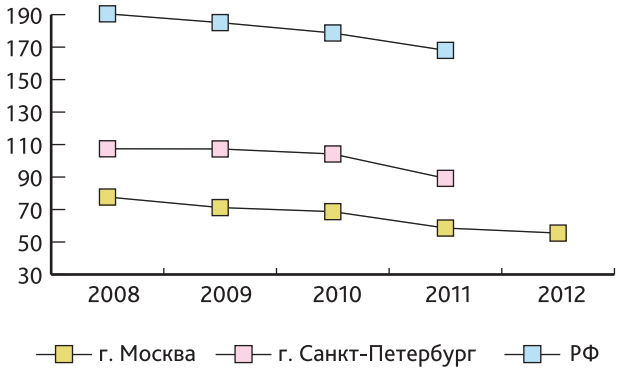

Рисунок 4. *Показатели распространённости туберкулёза (на 100 тыс. населения), форма № 33*

кулёза, — 1,9%, доля всех больных туберкулёзом (контингенты) — 2,7%.

Основные эпидемиологические показатели по туберкулёзу в 2011 г. в Москве ниже, чем по России (смертность — в 3,4 раза, заболеваемость — в 1,8 раза, распространённость — в 2,9 раза). Также ситуация по туберкулёзу в Москве лучше, чем в Санкт-Петербурге *(рис. 2–4)*.

Особенности выявления больных туберкулёзом в мегаполисе

В условиях относительно благоприятной эпидемической ситуации по туберкулёзу в Москве дальнейшее снижение показателя смертности, заболеваемости и распространённости туберкулёза возможно при применении дополнительных мер. Одной из них является повышение качества выявления больных с учётом специфики мегаполиса в группах риска. В Москве мероприятия по выявлению туберкулёза основаны на федеральных нормативно-правовых документах и дополнены приказами Департамента здравоохранения Москвы.

Одним из нововведений в городе является крупномасштабное внедрение инновационного метода выявления больных туберкулёзом и групп риска по заболеванию туберкулёзом. Таковым является метод оценки кожной пробы с ДСТ. Внедрён Приказом Минздравсоцразвития России № 855 от 29.10.2009. и Приказом ДЗМ № 584 от 27.06.2012 с целью совершенствования методов выявления и диагностики туберкулёзной инфекции в медицинских организациях.

Использование кожной пробы с препаратом ДСТ позволяет выявить туберкулёз на ранних стадиях у детей, дифференцировать поствакцинальную аллергию от активной туберкулёзной инфекции с высоким риском развития заболевания. Положительная кожная, проба является маркёром размножения микобактерий туберкулёза в организме человека, позволяющим дифференцировать активный процесс от инфекции, перенесённой ранее. С помощью этой пробы можно оценить динамику туберкулёзного процесса как в момент её развития, так и при потере активности. Положительная реакция на пробу с ДСТ требует прицельного обследования на туберкулёз, включая КТ, и определяет показания к применению превентивной химиотерапии. Она может использоваться для выявления активной туберкулёзной инфекции у лиц с иммунодефицитными состояниями, в частности, вызванными ВИЧ-инфекцией.

За три года использования ДСТ в Москве отмечается рост показателя заболеваемости туберкулёзом детей и подростков, что связано с более полным выявлением «малых» форм туберкулёза. Кожный тест с ДСТ позволяет выявить не только детей, больных туберкулёзом, но и лиц из групп риска, которым требуются профилактические и общеукрепляющие мероприятия. Для этого в

Москве имеются три детских специализированных санатория и детское реабилитационное отделение в составе МНПЦ борьбы с туберкулёзом. К сожалению, до сих пор не все педиатры и родители понимают значимость туберкулинодиагностики (проба Манту с 2 ТЕ). Типичной ошибкой является отказ родителей от проведения пробы Манту, т.к. они путают диагностический тест с прививкой.

Организация выявления туберкулёза в Москве имеет свои особенности. Это обусловлено тем, что работа проводится в крупном мегаполисе с высокими показателями плотности и динамичности населения, внутренней и иностранной миграции, большим количеством лиц БОМЖ и бездомных. С 1 июля 2012 г. население Москвы увеличилось на 230 тыс. человек за счёт присоединяемых территорий Московской области. В целях совершенствования оказания противотуберкулёзной помощи населению Троицкого и Новомосковского административных округов (ТиНАО) и для обеспечения рационального порядка оказания амбулаторной и стационарной помощи больным туберкулёзом с 01.07.2012 созданы 4 туберкулёзных кабинета для приёма взрослого и 3 детского населения на базе 4 учреждений здравоохранения в ТиНАО. Утверждён график обследования и порядок оказания противотуберкулёзной помощи населению на территориях, вошедших в состав города Москвы. Осуществляются регулярные выездные приёмы врачей-фтизиатров в учреждениях ПМСП.

Планирование флюорографического обследования и туберкулинодиагностики в административных округах города возложено на окружных фтизиатров при организационно-методической поддержке МНПЦ борьбы с туберкулёзом. За проведение вакцинации и профилактических осмотров населения отвечают специалисты учреждений здравоохранения ПМСП, а контроль за проведением противотуберкулёзных мероприятий — Управление Роспотребнадзора по г. Москве и Департамент здравоохранения г. Москвы. В течение 2012 г. профилактическими флюорографическими обследованиями на туберкулёз было охвачено 70,5% взрослого населения Москвы. Количество лиц, обследованных лучевым методом, увеличилось на 12,7% по сравнению с 2010 г.

В настоящее время после достижения высоких показателей охвата населения флюороосмотрами следует акцентировать внимание на его структуру и качество. Анализ структуры обследованных показывает недостаточную периодичность проведения профилактических осмотров у лиц из групп риска, что приводит к выявлению заболевания на поздних стадиях, при обращении к врачу с развёрнутой клинической картиной (кашель, лихорадка, ночные поты и т.д.) или, в худшем случае, когда диагноз ставится посмертно. Высокой остается доля проживающих на территории обслуживания поликлиник, не обследованных флюорографически более 2-х лет.

В целях улучшения охвата населения флюорографическим обследованием необходимо в учреждениях ПМСП иметь оперативную информацию о прикреплённом населении на основе регулярной сверки с базами данных Фонда обязательного медицинского страхования и миграционной службы по г. Москве. Это позволит создать и вести флюорокартотеку. Основная цель флюорокартотеки — это планирование и учёт флюорографических осмотров, выявление лиц, относящихся к группам риска и не обследованных в течение 2 и более лет. Наличие такой информации позволит участковым бригадам активно проводить целенаправленную работу по флюорообследованию этого контингента. Ответственными за ведение флюорокартотеки следует назначать участковых врачей, а техническую работу возложить на участковых медицинских сестёр. Качество работы участкового врача по профилактическому флюорографичекому обследованию населения будут характеризовать два показателя: доля лиц, не обследованных 2 и более лет, и показатель корректности ведения флюорокартотеки. Эти показатели целесообразно включить в критерии оценки деятельности участкового врача-терапевта [1]. Ещё одно преимущество, которое дает флюорокартотека, — возможность наблюдения за динамикой флюорографической картины органов грудной клетки.

Ещё одним резервом повышения качества профилактических флюороосмотров, нивелирующим случайные ошибки, является неукоснительное соблюдение технологии двойного независимого чтения флюорографических снимков. При этом одна флюорограмма читается дважды разными рентгенологами, либо одним рентгенологом повторно через день после первого чтения. При однократном чтении 15–25% случаев активного туберкулёза и других заболеваний лёгких остаются не выявленными [4]. Эти способы чтения эффективны при условии того, что второе чтение осуществляется рентгенологом, заранее не знающим результаты первого чтения. Оснащение кабинетов цифровыми флюорографами и развитие информационной инфраструктуры учреждений ПМСП делают эту задачу выполнимой даже в условиях дефицита специалистов-рентгенологов.

Снижение качества профилактических флюороосмотров происходит в случае, если пациент с патологическими изменениями в органах грудной клетки, выявленными флюорографически, не обращается за медицинской помощью. Для решения этой проблемы целесообразно организовать еженедельную передачу из флюорокабинета информации обо всех лицах с выявленной участковым терапевтам патологией. Сверка данных, поиск и обеспечение дообследования «исчезнувших» пациентов — ответственность участковой бригады. Регистрация этой работы проводится в журнале контроля патологии (журнале дообследования). Срок дообследования не должен превышать 1 месяц. Работа участка признается эффективной, если доля больных, у которых диагноз не был установлен, не пре-

вышает 1%. Данный индикатор рассчитывается по каждому терапевтическому участку как отношение числа лиц, у которых в течение анализируемого периода (обычно, годового) отсутствует диагноз к общему числу лиц, с выявленной патологией органов грудной клетки.

Определение бактериовыделителей

Выявление заразных форм туберкулёза с помощью метода микроскопии мокроты в медицинских организациях в условиях мегаполиса с высокой плотностью населения и активной миграцией, в том числе из стран с высокими показателями заболеваемости туберкулёзом, является необходимым мероприятием, направленным на предотвращение распространения туберкулёза. Ряд эпидемиологических показателей, приводимых ниже, свидетельствуют о наличии на территории Москвы большого числа активных бактериовыделителей возбудителя туберкулёза, не состоящих на учёте в МНПЦ борьбы с туберкулёзом. А именно:

• мигранты и лица БОМЖ. Их доля среди впервые выявленных больных туберкулёзом в 2012 г. составила 42,1%, что на 10,9% больше, чем в 2011 г.;

• внутренние мигранты (не жители г. Москвы). Их доля среди общего числа умерших от туберкулёза на территории города в 2012 г. составила 23,4%;

• пациенты двух федеральных профильных научно-исследовательских институтов, (в том числе Центрального НИИ туберкулёза РАМН), куда приезжают на лечение больные туберкулёзом со всей страны.

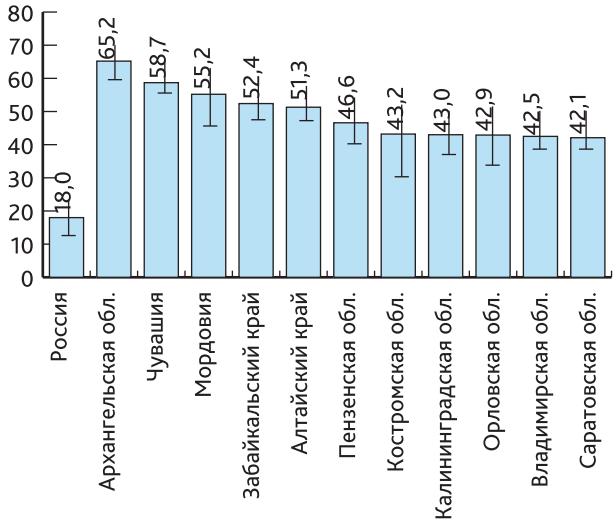

Рисунок 5. *Регионы с долей впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты на КУМ, выявленных в лечебно-профилактических учреждениях ПМСП более 40%. Вертикальными линиями показаны 95% доверительные интервалы [3]*

Для раннего обнаружения бактериовыделителей необходимо во всех медицинских организациях исследовать мокроту методом микроскопии на КУМ у больных, кашляющих более 2–3-х недель. Значения показателя выявления бактериовыделения у впервые выявленных больных в лечебно-профилактических учреждениях ПМСП по субъектам РФ имеют большие различия *(рис. 5)*.

В учреждениях ПМСП Москвы выявление больных заразными формами туберкулёза с помощью микроскопии мокроты на КУМ в предшествующие годы уделялось недостаточное внимание. Вместе с тем, этот метод регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2006 № 690 «Об утверждении учётной документации по выявлению туберкулёза методом микроскопии (вместе с инструкциями по заполнению учётных форм)» и Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулёзом (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 декабря 2010 г. № 1224н).

Микроскопия мокроты на кислотоустойчивые микобактерии с окраской по Циль–Нильсену является важнейшим элементом выявления наиболее эпидемически опасных больных туберкулёзом [7, 11]. Обязательным является 3-кратное исследование мокроты на наличие микобактерий. Исследование 3 проб мокроты позволяет выявить более 60% случаев туберкулёза лёгких и 95% наиболее заразных случаев: исследование одного мазка мокроты выявляет 75% наиболее заразных случаев, исследование второго мазка мокроты добавляет ещё 20%, а исследование третьего — ещё 5% [3].

Исследование мокроты на КУМ с помощью метода микроскопии позволяет быстро получить результаты и выявить активных бактериовыделителей для того, чтобы незамедлительно изолировать их в противотуберкулёзные учреждения и начать лечение. Выявление больных туберкулёзом лёгких методом микроскопии в Москве должно осуществляться во всех клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности: взрослых и детских поликлиниках, больницах, социальных учреждениях, психиатрических больницах, медико-санитарных частях и др. Для своевременного выявления туберкулёза необходима постоянная фтизиатрическая настороженность медицинских работников. Особое внимание должно быть уделено неблагополучным в социальном плане пациентам, а также лицам, вернувшимся из мест лишения свободы.

Ключевыми моментами организации процесса качественного обследования больных методом микроскопии являются:

• составление графика планового забора мокроты у пациентов, подлежащих обследованию, особенно нетранспортабельных лиц;

• на медицинских советах поликлиник и больниц необходимо заслушивать регулярные (ежеквартальные,

ежемесячные, а в некоторых случаях — еженедельные) отчёты лабораторий о числе больных, направленных на исследование от терапевтов, хирургов, травматологов и др.;

• наличие обученного сотрудника, осуществляющего контроль за сбором мокроты у пациентов в специально оборудованном месте;

• включение показателя охвата населения обследованием на туберкулёз с помощью метода микроскопии мокроты в индикаторы оценки качества работы врачей-терапевтов учреждений ПМСП.

Кроме того, данные о положительных результатах исследования мокроты методом микроскопии на КУМ в учреждении ПМСП должны быть переданы в территориальные филиалы МНПЦ борьбы с туберкулёзом с обязательным занесением в первичную медицинскую и специально введённую отчётную документацию. С целью оценки возможности повышения объёма и качества своевременного выявления туберкулёза в Москве сотрудники МНПЦ борьбы с туберкулёзом проанализировали текущую ситуацию и провели ряд проверок организации выявления туберкулёза в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях г. Москвы. Проведение профилактических осмотров в 2012 г. регламентировано приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.03.2012 № 177 «О проведении целевых диспансерных осмотров населения города Москвы в 2012 г.».

Роль профосмотров в выявлении туберкулёза

В течение 3 лет, поэтапно, увеличивается охват населения профилактическими осмотрами. По данным ежемесячных отчётных форм, введённых Приказом Минздравсоцразвития России от 05.02.2010 № 61, за 12 месяцев 2012 г. улучшилось профилактическое выявление туберкулёза. Если в 2011 г. доля больных, выявленных при профилактических осмотрах флюорографическим методом среди взрослого населения Москвы, составляла 63,0%, то в 2012 г. она увеличилась до 64,0%.

После проведённого анализа данных, полученных в результате проверки десяти амбулаторно-поликлинических медицинских организаций различных административных округов Москвы, было установлено, что во всех поликлиниках имеются условия для микроскопических исследований мокроты на КУМ; врачи-лаборанты владеют методикой приготовления и микроскопии мазков мокроты по Циль–Нильсену. Однако имеют место дефекты в организации обследования больных с подозрением на туберкулёз с помощью метода микроскопии мокроты на КУМ. В частности:

• недооценка значимости метода;

• недостаточная настороженность в отношении туберкулёза, за 8 месяцев 2012 г. в клинико-диагностических лабораториях 10 проверенных поликлиник не было обнаружено ни одного положительного результата микроскопического исследования на КУМ;

• недооценка клинических проявлений туберкулёза лёгких в современных эпидемических условиях;

• отсутствие рентгенологического контроля через 7–10 дней лечения пневмонии;

• несоблюдение кратности исследования мокроты на кислотоустойчивые микобактерии по Циль–Нильсену, во всех 10 ЛПУ кратность обследования не превышала 1,2 (средний норматив — 2,5 исследования на 1 больного);

• неправильное формирование потока больных для исследования;

• неконтролируемый сбор мокроты, только в 2 из 10 поликлиниках имеются комнаты для сбора мокроты.

Наибольшее число диагностических ошибок отмечается при инфильтративном туберкулёзе лёгких и казеозной пневмонии. Поэтому при любых инфильтратах в лёгочной ткани, а также при очаговых процессах необходимо исследовать мокроту на КУМ, особенно в тех случаях, когда имеется затяжное течение заболевания.

В целом судить о хорошо налаженной работе по диагностике бактериовыделения у наиболее эпидемически опасных больных туберкулёзом можно не только по доле больных, выявленных в учреждении ПМСП с помощью метода микроскопии мокроты, но и по показателю (индикатору) выявляемости в конкретном учреждении среди лиц, направленных на исследование мокроты методом микроскопии на КУМ. Индикатор рассчитывается по лабораторному журналу (форма № 04-ТБ/у «Журнал регистрации микроскопических исследований на туберкулёз») и должен быть не ниже 0,5–1%.

Обследование мигрантов и лиц БОМЖ

При организации всех противотуберкулёзных мероприятий в Москве пристальное внимание уделяется мигрантам и лицам БОМЖ, что связано с высокой миграционной активностью в городе, а также значительным удельным весом мигрантов среди впервые выявленных больных и умерших от туберкулёза на территории Москвы. В 2012 г. был проведён анализ влияния мигрантов на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в Москве. Доля иностранных граждан среди впервые выявленных больных туберкулёзом на территории Москвы составляла в 1999 г. 4,6% (195 человек). За 14 лет она выросла в 3,6 раза, достигнув к 2012 г. 16,4%. (782 человека) [9, 12]. Доля жителей других регионов России среди

впервые выявленных больных туберкулёзом на территории Москвы увеличилась за 8 лет более чем в 3 раза: с 231 человека в 2005 г. до 878 человек в 2012 г. Доля лиц БОМЖ за этот период также выросла: с 231 человека в 2005 г. до 348 человек в 2012 г. Доля постоянного населения среди заболевших туберкулёзом за этот период уменьшилась с 70,0% в 1999 г. до 54,2% в 2012 г.

Противотуберкулёзная работа с иностранными гражданами, жителями других регионов России и лицами БОМЖ в условиях мегаполиса затруднена сложностью поиска этих больных в случае нарушения режима лечения, часто плохими условиями их проживания. В соответствии с существующим законодательством, депортации подлежат только мигранты, официально пребывающие на территории города (трудовые мигранты, лица, ищущие убежища и др.), в то же время большинство больных туберкулёзом относятся к так называемым нелегальным мигрантам.

Высокая доля больных туберкулёзом среди мигрантов и лиц БОМЖ требует усиления противотуберкулёзных мероприятий в этих группах, а также укрепления миграционного контроля за въездом в страну лиц, больных опасными инфекционными заболеваниями, включая туберкулёз, а также за их депортацией. Поэтому другим крупным нововведением в городе является внедрение нового Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы, регламентирующего порядок проведения медицинского обследования иностранных граждан и лиц без гражданства для получения документов, свидетельствующих об отсутствии заболеваний наркоманией и инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и предусмотренных постановлением Правительства РФ от 02.04.2003 № 188 (Приказ ДЗМ № 35 от 17.01.2013). Его основой является централизованный контроль за качеством проведения медицинских осмотров у мигрантов.

Выводы

Качество профилактических осмотров населения на туберкулёз возможно существенно повысить за счёт внедрения централизованной флюорографической картотеки, организованной по участковому принципу и сегментированной по группам обследования. Введение показателя «доля не обследованных в течение 2 лет и более» в формат отчёта о проведении целевых диспансерных осмотров и регулярное проведение его анализа позволит улучшить качество выявления больных туберкулёзом. Также необходимо обращать особое внимание на организацию дообследования лиц с выявленной патологией.

Повысить качество исследования мокроты методом микроскопии на КУМ позволят упорядоченное направление на исследование пациентов с симптомами, подозрительными на туберкулёз, контролируемый сбор мокроты и соблюдение кратности обследования.

Качество выявления больных туберкулёзом в учреждениях ПМСП непосредственно зависит от внимания медицинских работников к группам риска по туберкулёзу, компетентности специалистов различного профиля в оценке основных симптомов туберкулёза, правильного формирования потоков больных, подлежащих обследованию на туберкулёз.

Список литературы

1. *Богородская Е.М., Смердин С.В., Нечаева О.Б., Веретенцева Н.А.* Возможности повышения качества проведения профилактических осмотров населения на туберкулёз. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. М. 2012. № 1 (11). С. 34–40.
2. *Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н., Кочеткова Е.Я., Овсянкина Е.С., Горбунов А.В.* Туберкулёз в городе Москве (2011 г.). Аналитический обзор. М.: МНПЦБТ. 2012. 249 с.
3. Методические рекомендации «Организация выявления больных туберкулёзом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи», утверждённые Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, разработанные ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Москва. 2006.
4. Методические указания МЗ РФ и Госсанэпиднадзора РФ от 22.02.96 № 95/42 «Организация дифференцированного флюорографического обследования населения с целью выявления заболеваний органов грудной полости».
5. Национальное руководство «Фтизиатрия», ГЭОТАР МЕДИА. 2007. 506 с.
6. Отраслевые показатели противотуберкулёзной работы в 2010–2011 гг. Анализ основных показателей и принятие управленческих решений. М., 2012. 81с.
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 02 октября 2006 г. № 690 «Об утверждении учётной документации по выявлению туберкулёза методом микроскопии».
8. *Пунга В.В.* «Выявление туберкулёза в современных условиях» - Русский медицинский журнал, 02 сентября 1998 г. № 17.
9. *Рыбка Л.Н., Пунга В.В.* Туберкулёз у беженцев из дальнего зарубежья. // Пробл. туб. 1996. № 3. С. 12–13.
10. Туберкулёз в Российской Федерации, 2011 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. М. 2012 г.
11. Федеральный закон № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации», ст. 10 п. 2.
12. *Фёдоров Л.П., Иванова Е.С., Фишер Ю.Я., Юкелис Л.И., Сахнова Л.А.* Выявление туберкулёза органов дыхания среди лиц без определенного места жительства, находящихся в приёмниках-распределителях Москвы. // Пробл. туб. 1997. № 5. С. 21–23.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.