



М.Н. Гришин¹, Е.А. Охота², А.И. Хрипунов¹,
Е.О. Корчагина¹, И.В. Польский², А.В. Аухадиева²,
Н.Н. Аухадиев¹

¹ ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», Симферополь

² Крымское республиканское учреждение «Противотуберкулезный диспансер № 1», Симферополь

Опыт внедрения Стоп-ТБ-стратегии по борьбе с туберкулезом в Автономной Республике Крым

Опыт внедрения Стоп-ТБ-стратегии в АРК показал, что этот процесс нужно проводить в два этапа. Сначала формируют общественное медицинское мнение, обосновывающее необходимость в реорганизации противотуберкулезной помощи, а далее внедряют элементы новой системы в медицинские учреждения региона. Для формирования общественного мнения наиболее эффективным является проведение тренингов с фтизиатрами, лаборантами, врачами и фельдшерами общей лечебной сети. В состав тренинговой группы необходимо ввести преподавателей профильной кафедры, а также авторитетных фтизиатров региона. В период проведения тренинга целесообразно организовать встречу с руководителями региона, курирующими здравоохранение, и региональными органами массовой информации. Для контроля над внедрением необходимо регулярно осуществлять мониторинговые визиты в регионы. В состав мониторинговых групп целесообразно включать представителя профильной кафедры — участника тренинговой группы. Это позволяет сотрудникам кафедры быть в курсе эпидемиологической ситуации, плодотворно участвовать в подготовке программ и приказов, касающихся противотуберкулезной помощи, проводить тренинги и семинары с сотрудниками фондов и организаций, занимающихся социальными вопросами помощи населению, на качественном уровне осуществлять преподавание фтизиатрии студентам, интернам и врачам — слушателям ФПО, предлагать для коллегии Министерства здравоохранения полноценные, научно обоснованные рекомендации по улучшению работы медицинских учреждений.

Ключевые слова

Туберкулез, внедрение стратегии, обучение.

В начале 1990-х годов Украина перешла на рыночный путь развития. Начатые в этой связи реформы привели к снижению экономического потенциала страны и возникновению бюджетного дефицита. Сократились расходы на нужды здравоохранения. Перечисленные факторы в совокупности привели к социальному кризису, снижению уровня жизни граждан, увеличению количества больных социальными болезнями, в том числе и туберкулезом.

По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, с 1995 по 2012 г. заболеваемость туберкулезом в Украине увеличилась в 2 раза и достигла 68,1 на 100 тыс. населения, смертность

возросла и составила 15,2 на 100 тыс. населения [4, 5].

Кроме количественных отрицательных моментов, изменились и качественные показатели туберкулеза. Недостаточная обеспеченность противотуберкулезными препаратами в 1990-е годы и использование нестандартных режимов лечения привели к значительному росту случаев лекарственно устойчивого туберкулеза как среди впервые выявленных, так и повторно леченных больных [1].

Отрицательно повлияла на рост заболеваемости туберкулезом в Украине ВИЧ-инфекция. Ко-инфекция ВИЧ/туберкулез — крайне неблагоприятная комбинация. Два патологических процесса резко ускоряют развитие друг друга. 40—50 % ВИЧ-инфицированных погибают не от

© М.М. Гришин, Е.А. Охота, О.И. Хрипунов, О.О. Корчагина, И.В. Польский, А.В. Аухадиева, Н.Н. Аухадиев, 2014

СПИДа, а от туберкулеза. В результате таких негативных тенденций ВОЗ объявила о начале эпидемии туберкулеза в Украине [6].

Аналогичная эпидемиологическая ситуация сложилась и в Автономной Республике Крым (АРК). Заболеваемость всеми формами туберкулеза повысилась с 33,7 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 76,6 — в 2012 г. Смертность возросла с 12,9 до 16,0 в эти годы соответственно [4, 5].

Из-за совокупности всех этих факторов прежняя система борьбы с туберкулезом не справлялась с возрастающим потоком больных. Возникла необходимость во внедрении новых подходов к выявлению и лечению туберкулеза, более экономичных и результативных.

В 2001 г. в Украине был принят Закон «О борьбе с заболеванием туберкулезом» № 49, а в 2002 г. — Национальная программа борьбы с туберкулезом. В ее основу легла предложенная ВОЗ новая стратегия борьбы с туберкулезом, базирующаяся на так называемой ДОТС-стратегии, предложенной доктором К. Стибло в 1974 г. [3]. Принципы стратегии были апробированы во многих регионах, и Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких рекомендовал ее к внедрению во всех странах мира, для которых туберкулез остается актуальной проблемой.

Первый пилотный проект новой стратегии борьбы с туберкулезом начал работать в 2001 г. в Донецкой области. Результаты его внедрения за 3 года показали, что эффективность бактериоскопии мокроты как наиболее информативного метода выявления бациллярных больных туберкулезом в общей лечебной сети увеличилась более чем в 10 раз. Удельный вес выявленных бактериовыделителей, самых опасных источников туберкулезной инфекции, повысился с 28,9 % в 2001 г. до 34,6 % в 2003 г. и до 36,4 % в 2004 г. Показатель терапевтического успеха у зарегистрированных новых случаях с МБТ+ составил 72,2 % [2].

Учитывая положительный опыт работы Донецкой областной противотуберкулезной службы, в пилотный проект были включены еще 4 региона, в том числе АРК.

Был издан приказ МЗ АРК от 28.12.2005 г. № 357 «О внедрении в АРК адаптированной ДОТС-стратегии по борьбе с туберкулезом», на основании которого разработан и утвержден приказом МЗ АРК от 20.06.2006 г. № 183 «Протокол по внедрению адаптированной ДОТС-стратегии в Автономной Республике Крым».

Внедрение адаптированной стратегии ДОТС проходило в два этапа. На первом этапе планировали создать общественное медицинское мнен-

ие о необходимости данной реорганизации медицинской службы, так как значительная часть противотуберкулезной работы ложилась на плечи общелечебной сети (ОЛС) медицинских учреждений. Вторым этапом планировали организовать на базах городских и районных медицинских учреждений компонентов фтизиатрической службы, позволяющих эффективно внедрять новые методы противотуберкулезной работы (пункты сбора мокроты, лабораторная служба, кабинеты контролируемого лечения).

В первую очередь решено было подготовить кадровый состав, то есть провести обучение медицинских работников основам новой системы борьбы с туберкулезом. Это касалось прежде всего фтизиатров, участковых и семейных врачей, фельдшеров амбулаторий и ФАПов, городских и районных лаборантов. Для обучения медицинского персонала как наиболее важного этапа работы было решено привлечь преподавателей, имеющих опыт внедрения ДОТС-стратегии в других регионах. Первые тренинги для фтизиатров и лаборантов проводили сотрудники Бюро ВОЗ в Украине, заведующие бактериологической лабораторией Института фтизиатрии и пульмонологии НАМН Украины имени Ф.Г. Яновского, сотрудники кафедры фтизиатрии и пульмонологии Донецкого государственного медицинского университета и Донецкого областного и городского противотуберкулезных диспансеров. Параллельно была создана группа преподавателей для проведения тренингов в регионах Крыма. В нее вошли заведующий и доценты кафедры фтизиатрии и пульмонологии Крымского государственного медицинского университета имени С.И. Георгиевского, главный фтизиатр АРК, заведующие отделениями Республиканского противотуберкулезного диспансера (КРУ ПТД № 1), то есть наиболее опытные специалисты — клиницисты и преподаватели.

В целях подготовки группы преподавателей при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ и Международной неприбыльной организации, работающей в сфере преобразования глобального здоровья в мире с помощью новаторских подходов (РАТН), были организованы тренинги в Киеве, Донецке, Вильнюсе, Риге, Загребе и т. д. Преподаватели получили соответствующие сертификаты, позволяющие проводить тренинги с медицинскими работниками ОЛС (врачами, медсестрами, лаборантами).

Обучение фтизиатров и лаборантов как наиболее профессиональных специалистов осуществляли силами приглашенных преподавателей. Тренинги проводили в Симферополе на базе Республиканского противотуберкулезного дис-

пансера, где была аудитория, оснащенная современными информационными системами (мультимедийные проекторы, компьютеры, ноутбуки и др.). Количество специалистов данного профиля было относительно небольшим (около 200 человек), поэтому обучение завершили в короткие сроки.

Обучением медицинских работников ОЛС занималась группа крымских преподавателей. Приказ Министерства здравоохранения Крыма обязывал заведующего городским отделом здравоохранения или главного врача района обеспечить процесс проведения тренинга. Составляли списки слушателей из медицинских работников города или района, выделяли аудиторию, организовывали питание. Отвечал за проведение тренинга заместитель заведующего городского отдела здравоохранения или главного врача района. В подготовке и организации тренинга активно участвовали городские или районные фтизиатры. Занятия проводили в течение трех дней по 6,5 ч. Группа состояла из 20–25 слушателей. Контингент слушателей формировало медицинское руководство города или района, но по рекомендациям преподавателей в состав группы обязательно включали эпидемиологов и руководителей здравоохранения — главных врачей больниц и заведующих поликлиническими отделениями.

Занятия состояли из теоретической и практической частей. Теоретическая часть в форме лекций сопровождалась мультимедийными презентациями. Основу презентаций составлял рекомендованный представителями ВОЗ и РАТН материал, дополненный особенностями регионального здравоохранения. Практическую часть иллюстрировали печатными модулями, которые выдавали каждому слушателю. В модулях была изложена теория и даны практические задания по темам. На практической части разбирали задачи, обсуждали различные варианты их решения, в том числе и ситуации, возникающие в практической работе. Тренинги проводили как правило три преподавателя. Для контроля за усвоением материала в конце тренинга слушатели решали тестовые задания. Выполнившим условия экзамена вручали сертификаты. Лекционные презентации, модули, учебные фильмы, санитарно-просветительские пособия и плакаты на электронных и бумажных носителях после окончания цикла раздавали слушателям для дальнейшей работы на местах.

В процессе тренинга большинство слушателей активно работали и полноценно усваивали материал, однако часто возникали вопросы и дискуссии, особенно в плане практической ра-

боты, которую, согласно новой стратегии, вменяли в обязанности медицинского персонала ОЛС. Такие дискуссии требовали от преподавателей глубокого знания материала, включая малейшие нюансы. Поэтому, на наш взгляд, проведение тренингов должно быть доверено только самым авторитетным специалистам региона.

Важной составляющей проведения тренингов в городах и районах Крыма являлась параллельная консультативная помощь местному здравоохранению. Это выражалось в виде рекомендаций: где и как развернуть новые кабинеты, регламентируемые приказами; как интенсифицировать работу лаборатории; как распределить потоки больных, согласно требованиям эпидемиологического надзора. Учитывая авторитетность преподавателей, выделение необходимых помещений для противотуберкулезной работы как наиболее болезненной процедуры проходило с полным пониманием и не встречало возражений у местных руководителей здравоохранения. Также осуществляли консультации как находящихся в стационаре сложных в диагностическом плане больных, так и амбулаторных, которых районный фтизиатр, пульмонолог или онколог заранее приглашал на прием.

В период выезда огромное значение придавали встрече с местными органами власти: с первыми лицами или их заместителями, курирующими здравоохранение города или района. Местные власти охотно принимали заведующего кафедрой, главного фтизиатра Крыма. На встречу приглашали представителей местных информационных структур. Обсуждали вопросы стимуляции противотуберкулезной помощи населению региона, привлечения спонсоров к этой работе, поощрения медицинских работников в плане выявления новых случаев туберкулеза и поощрения больных и их семей в случае регулярного приема пациентом противотуберкулезных препаратов. Результаты таких встреч освещали в местной печати или в интервью по телевидению. Такие встречи способствовали оперативному решению многих проблем, связанных с улучшением социальных условий больных и модернизации работы противотуберкулезной службы города или района. В частности, в Советском районе АРК совместная встреча с председателем района, его заместителями, главным врачом и корреспондентом местной газеты позволила в кратчайшие сроки организовать мотивацию контролируемого лечения в виде продовольственных пайков для больных, регулярно принимающих амбулаторно противотуберкулезные препараты. А фамилии спонсоров, предоставивших финансовую и продовольст-

венную помощь, были освещены в газете «Приазовская звезда». В Джанкойском районе после аналогичной встречи были выделены поощрительные премии медицинским работникам, выявившим новые случаи туберкулеза. Аналогичная выдача бесплатных поощрительных пайков больным туберкулезом была организована в Евпаторийском, Феодосийском, Алуштинском, Бахчисарайском, Судакском, Белогорском и Первомайском районах. Социальная поддержка была оказана 310 больным.

Второй этап внедрения новой стратегии также проходил с участием преподавателей тренинговой группы. Ежемесячно осуществляли мониторинговые визиты в города и районы Крыма. В мониторинговую группу входили фтизиатр КРУ ПТД № 1 — куратор района, заведующий бактериологической лабораторией, главные специалисты — фтизиатр и фтизиопедиатр АРК, а также представитель кафедры — член тренинговой группы. Во время мониторингового визита каждый специалист проверял работу соответствующего отделения. Лаборант посещал клиническую лабораторию, тестировал лаборантов. Специалисты оценивали работу пункта сбора мокроты, кабинета контролируемого лечения и в общем организацию противотуберкулезной службы района. Сотрудник кафедры консультировал находящихся в стационаре или амбулаторных больных, заранее приглашенных в поликлинику фтизиатром или пульмонологом. Результаты визита вносили в чеклист, далее их анализировали и обсуждали с руководством медицинской службы города или района. Составляли план коррекции замечаний и перспективной работы регионального здравоохранения в плане улучшения противотуберкулезной помощи населению. Присутствие на таком совещании представителя кафедры давало возможность убедительно доказать руководству города или района необходимость в проведении противотуберкулезных мероприятий с учетом специфики региона. Мониторинговые визиты в регионы Крыма позволяли в свою очередь и сотрудникам профильной кафедры быть в курсе эпидемиологической ситуации в АРК и ее регионах. Такая информация давала возможность систематизировать эпидемиологические показатели и оценивать их с научной точки зрения, плодотворно участвовать в работе по подготовке программ и приказов, касающихся противотуберкулезной помощи населению, проводить тренинги и семинары с сотрудниками правительственных и неправительственных фондов и организаций, занимающихся социальными вопросами помощи населению Крыма с учетом специ-

фики региона, на качественном уровне осуществлять преподавание фтизиатрии студентам, интернам и врачам — слушателям ФПО. Важным моментом такого сотрудничества являлась и возможность выступать сотруднику кафедры на коллегии Министерства здравоохранения АРК, когда рассматривали вопросы противотуберкулезной помощи населению. Обладая полноценной информацией, кафедра с научной точки зрения дополняла анализ работы противотуберкулезной службы АРК и имела возможность предложить для коллегии полноценные, научно обоснованные рекомендации в плане улучшения работы как противотуберкулезных учреждений, так и общелечебной сети.

В результате совместной работы обучено 1724 медицинские работники — фтизиатры, организаторы здравоохранения, эпидемиологи, терапевты, семейные врачи, фельдшеры и медицинские сестры, а также 48 социальных работников и представителей неправительственных организаций. В медицинских учреждениях Крыма организована работа 229 пунктов сбора мокроты. Выявляемость бациллярного туберкулеза методом микроскопии мазка повысилась с 0,7 до 3,0 % (2006–2012 гг.), функционируют 68 кабинетов контролируемого лечения. Заболеваемость всеми формами туберкулеза снизилась за этот период с 85,0 до 76,6 на 100 тыс. населения.

Выводы

1. Внедрение новой стратегии борьбы с туберкулезом нужно проводить в два этапа. Сначала формируют общественное медицинское мнение, обосновывающее необходимость в реорганизации противотуберкулезной помощи, а далее внедряют элементы новой системы в медицинские учреждения региона.

2. Для формирования общественного мнения необходимо проведение тренингов с фтизиатрами, лаборантами, врачами и фельдшерами общей лечебной сети. Состав тренинговой группы нужно формировать из преподавателей, имеющих опыт внедрения данной стратегии, сотрудников профильной кафедры, а также авторитетных фтизиатров региона.

3. В период проведения тренинга целесообразно организовать встречу с руководителями региона, курирующими здравоохранение, и региональными органами массовой информации. На встрече обсудить перспективы реорганизации местной противотуберкулезной службы и с учетом местных условий найти пути ее стимуляции. Также изыскать возможность оказать консультативную помощь профильным больным.

4. Для контролю над впровадженням нової стратегії боротьби з туберкульозом необхідно регулярно здійснювати моніторингові візити в регіони. Такі візити допомагають ефективно використовувати засоби регіонального здоров'я для якісного надання протитуберкульозної допомоги населенню, згідно сучасним вимогам.

5. В склад моніторингових груп цілеспрямовано включати представника профільної кафедри — учасника тренінгової групи. Це дозволяє співробітникам кафедри бути в курсі

епідеміологічної ситуації, плідно брати участь в підготовці програм і наказів, стосуються протитуберкульозної допомоги, проводити тренінги та семінари з співробітниками фондів і організацій, які займаються соціальними питаннями допомоги населенню, на якісному рівні здійснювати викладання фізіотерапії студентам, інтернам і лікарям — слухачам ФПО, пропонувати для колегії Міністерства охорони здоров'я повноцінні, науково обґрунтовані рекомендації по покращенню роботи медичних закладів.

Список літератури

1. Гордиенко С.М. Туберкульоз. Оцінка ситуації 2006–2013 // Мед. портал «Здоров'я України». — Режим доступу: <http://www.health-ua.org/archives/health/850.html>.
2. Отчет о результатах работы пилотного проекта ВОЗ по внедрению стратегии ДОТС в Донецкой области, Украина, 2001–2005 гг. // ВОЗ.— Европейское региональное бюро, 2005.— 305 с.
3. Туберкульоз. Выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы: 2-е изд.; пер. с англ.— Женева, 2004.
4. Туберкульоз в Україні (аналітико-статистичний довідник за 2000–2011 рр.) / За ред. О.К. Толстопольова. — К., 2012.— 98 с.
5. Туберкульоз в Україні: Аналітико-статистичний довідник за 1995–2013 рр.— К., 2013.— Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/publications>.
6. World Health Organization, Tuberculosis Fact Sheet, март 2012.— Режим доступу: www.who.int.

М.М. Гришин¹, Є.А. Охота², О.І. Хрипунов¹, О.О. Корчагіна¹, І.В. Польський²,
А.В. Аухадієва², Н.Н. Аухадієв¹

¹ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», Сімферополь

²Кримська республіканська установа «Протитуберкульозний диспансер № 1», Сімферополь

Досвід впровадження Стоп-ТБ-стратегії боротьби з туберкульозом у Автономній Республіці Крим

Досвід впровадження Стоп-ТБ-стратегії в АРК свідчить, що цей процес потрібно проводити у два етапи. Спочатку формують громадську медичну думку, яка обґрунтовує крайню потребу в реорганізації протитуберкульозної допомоги, а далі впроваджують елементи нової системи в медичні установи регіону. Для формування громадської думки найефективнішим є проведення тренінгів із фізіотерапевтами, лаборантами, лікарями і фельдшерами загальної лікувальної мережі. До складу тренінгової групи слід увести викладачів профільної кафедри, а також авторитетних фізіотерапевтів регіону. У період проведення тренінгу доцільно організувати зустріч з керівниками регіону, які керують установами охорони здоров'я, та регіональними органами масової інформації. Для контролю за впровадженням слід регулярно здійснювати моніторингові візити в регіони. До складу моніторингових груп доцільно вводити представника профільної кафедри — учасника тренінгової групи. Це дасть змогу співробітникам кафедри бути компетентними щодо епідеміологічної ситуації, активно брати участь у підготовці програм і наказів, що стосуються протитуберкульозної допомоги, проводити тренінги та семінари зі співробітниками фондів і організацій, що займаються соціальними питаннями допомоги населенню, на якісному рівні здійснювати викладання фізіотерапії студентам, інтернам і лікарям — слухачам ФПО, пропонувати для колегії Міністерства охорони здоров'я повноцінні, науково обґрунтовані рекомендації щодо покращення роботи медичних закладів.

Ключові слова: туберкульоз, впровадження стратегії, навчання.

M.N. Grishin¹, Ye.A. Ochota², A.I. Hripunov¹, Ye.O. Korchagina¹, I.V. Polsky²,
A.V. Aukhadieva², N.N. Aukhadiev¹

¹SE «Crimean State Medical University named after S.I. Georgievsky», Simferopol, Ukraine

²Crimean Republican Institution «Tuberculosis Dispensary N 1», Simferopol, Ukraine

Experience of implementation of the Stop-TB strategy for the tuberculosis control in the Autonomous Republic of Crimea

Experience of Stop-TB strategy implementation in ARC has shown that this process should be made in two stages. In the beginning, the public medical opinion should be formed proving necessity of reorganization of the antituberculous care, and elements of new system into the regional medical institutions should be further adopted. For the formation of public opinion, the most effective is carrying out trainings with phthisiologists, laboratory assistants, doctors and doctor's assistants of the general medical network. It is necessary to introduce teachers of the field-specific department, and expert phthisiologists of the region into the training group. During carrying out of training, it is expedient to organize a meeting with the leaders of region supervising Public Health and regional organs of the mass communication. Regular monitoring visits to regions should be carried out for implementation control. Monitoring groups should include the representative of the field-specific department — the participant of a training group. It allows employees of a department to be well informed about epidemiological situation, fruitfully participate in working up the programs and orders concerning the antituberculous care, carry out trainings and seminars with employees of funds and organizations, who are engaged in social care, carry out good teaching of phthisiology for students, interns and postgraduates, offer to the Ministry of Health Panel high-grade, scientifically based recommendations on enriching work of medical institutions.

Key words: tuberculosis, strategy implementation, training.

Контактна інформація:

Гришин Михайло Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри фтизіатрії та пульмонології
95000, м. Сімферополь, бульв. Франка, 34

Стаття надійшла до редакції 17 січня 2014 р.