

города Астана по 4 категории состоит 37,8% (496 человек) из числа активных больных, из них 31,5% (414 больных) с мультирезистентными формами туберкулеза. За аналогичный период 2011 года наблюдалось по 4 категории 34,0% (454 больных), из них с мультирезистентной устойчивостью 25,2% (337 больных).

С внедрением современных методов выявления устойчивых форм туберкулеза ВАСТЕС MGIT 960, Hain test, GeneXpert улучшилась своевременность диагностики и взятия больных на лечение препаратами второго ряда. За 12 месяцев 2012 года на 38,0% увеличился охват лечением препаратами второго ряда (ПВР) больных устойчивыми формами туберкулеза. Так в 2012 году взято на лечение ПВР из числа зарегистрированных в отчетном году 333 больных, из 397, против 167 больных из 321 в 2011 году. Охват лечением препаратами второго ряда больных, зарегистрированных по 4 категории в 2012 году, составил – 84,0 %, против 52,0 % в 2011 году.

Заключение: Внедрение современных методов диагностики туберкулеза ВАСТЕС MGIT 960, Hain test, GeneXpert позволило обеспечить высокий 84,0% и своевременный охват лечением препаратами второго ряда больных с устойчивыми формами туберкулеза зарегистрированных в отчетные периоды.

69

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.С. Нугманова*, Н.М. Нуркина*,
Б. Бабамурадов*, Б.Смит**
*Ассоциация семейных врачей Казахстана,
**Проект ЮСАИД «Качественное
Здравоохранение» в Центральной Азии,
Алматы, Казахстан

Цель работы – улучшение выявления туберкулеза и повышение качества оказания помощи больным в сельских организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на примере Талгарского района Алматинской области путем внедрения новых технологий непрерывного повышения качества (НПК).

Материалы и методы. Исследование являлось частью Проекта USAID «Качественное здравоохранение» и осуществлялось совместно с управлением здравоохранения области, Талгарского района и областной противотуберкулезной службой. В работе участвовали практически все организации ПМСП района (11 врачебных амбулаторий и центральная поликлиника). В результате анализа ситуации по настороженности работников ПМСП по туберкулезу, по работе с пациентами с подозре-

нием на туберкулез легких и по ведению больных с уже выявленным заболеванием, а также с учетом Глобальной Стратегии борьбы с туберкулезом ВОЗ и Приказа МЗ РК № 218, были выявлены 4 важные проблемы, которые можно решить силами организаций ПМСП. Было разработано 4 стандарта по выявлению туберкулеза среди кашляющих больных, по соблюдению диагностического алгоритма при подозрении на туберкулез, по качеству сбора мокроты и приверженности больных противотуберкулезному лечению. На основании стандартов были разработаны 4 индикатора, которые ежемесячно мониторировались. Для облегчения работы по НПК нами были разработаны специальные самоклеющиеся вкладыши (стикеры) для амбулаторных карт, которыми были обеспечены все участники проекта.

Результаты. С ноября 2011 г. по март 2013 г. процент использования и полнота заполнения стикера для кашляющих больных возрос с 44% до 91%. Использование стикера диагностического алгоритма и соблюдение всех этапов диагностики повысилось на 41%. Качество сбора мокроты также существенно возросло в тех амбулаториях, где оно было низким, т.е. процент образцов со слюной снизился с 25-30% до 3-5%. В организациях с исходно высоким качеством сбора мокроты этот показатель не ухудшался. Четвертый индикатор касался отсутствия пропущенных доз противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе контролируемого лечения. Данный индикатор не показал существенных изменений. По журналу учета (форма ТБ 01) пропущенных доз было очень мало.

Выводы: Внедрение международных технологий НПК повышает настороженность работников ПМСП в отношении туберкулеза легких и облегчает выявление болезни среди всей массы кашляющих больных. Использование НПК улучшило соблюдение и сроки выполнения диагностического алгоритма, качество сбора мокроты и взаимодействие ПМСП со специализированной противотуберкулезной службой. Мониторинг пропущенных доз на амбулаторном этапе лечения не оказал существенного влияния на пропуски лечения. Основными факторами, которые снижали приверженность больных лечению, были социальная неблагополучие семьи, злоупотребление алкоголем и низкий материальный уровень больного. У работников ПМСП было мало рычагов воздействия на эти факторы. По-видимому, данный индикатор не является ПМСП-зависимым. Совместно с руководством здравоохранения области, района, республики, противотуберкулезной службой, местными органами власти и международными организациями нами проводится поиск путей решения проблемы повышения приверженности больных противотуберкулезной терапии.