

УДК 616-002.5-084.47

СИСТЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ: ОТ ИДЕИ ЗАРОЖДЕНИЯ ДО СОВРЕМЕННОГО ВОПЛОЩЕНИЯ В ПРАКТИКУ

**¹Г.Л.Гуревич, ¹О.М.Калечиц, ¹Д.М.Журкин, ¹Ж.А.Саприкина, ¹Д.А.Климук,
²Ж.И.Кривошеева, ¹Е.Д.Степанова, ¹Е.Л.Бобрукевич, ¹А.Ф.Белько,
¹Е.В.Ильясова**

¹Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Долгиновский тракт, 157, 220080, г. Минск, Республика Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Представлены в историческом аспекте периоды становления и развития системы диспансерного наблюдения пациентов, состоящих на учете в противотуберкулезных организациях здравоохранения. Проанализированы диспансерные группировки пациентов с туберкулезом, начиная с 60-х годов прошлого столетия до настоящего времени. Благодаря современным медицинским технологиям в области диагностики и лечения туберкулеза и в связи с переходом в Республике Беларусь на широкое использование пациент-ориентированного контролируемого лечения туберкулеза в амбулаторных условиях, создана и внедрена в практику новая диспансерная группировка пациентов, содержащая 9 групп учета с контрольными сроками и объемами обследования, результатами лечения, мероприятиями медицинской и медико-социальной реабилитации, исходами наблюдения.

Ключевые слова: туберкулез; эпидемиология; диспансерное наблюдение; диспансерная группировка; исторические аспекты.

Введение. Диспансерное наблюдение – это медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента в динамике в зависимости от группы диспансерного наблюдения. Отдельные элементы диспансеризации населения первоначально использовались для борьбы с социально опасными заболеваниями (туберкулез, венерические болезни и др.). В организации противодействия распространению туберкулеза весьма актуальной является диспансеризация пациентов в противотуберкулезных организациях (ПТО), обеспечивающая высокую медицинскую и экономическую эффективность противотуберкулезных мероприятий. В свою очередь, система диспансеризации тесно связана с эпидемиологией туберкулеза и успехами медицинской науки, что, во многом, определяет доступность и качественный уровень диспансерного наблюдения пациентов.

В Республике Беларусь на государственной основе постоянно принимаются действенные меры по ликвидации распространения туберкулезной инфекции среди населения. Успешная реализация подпрограммы «Туберкулез» государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы позволила достигнуть стабильной тенденции ежегодного снижения показателей заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Во многом этому способствовали разработка и внедрение в практику высоких медицинских технологий в области диагностики и лечения туберкулеза, новых организационных методов борьбы с заболеванием, включая перестройку системы диспансеризации пациентов в противотуберкулезных организациях [9]. Подпрограмма 4 «Противодействие распространению туберкулеза» государ-

ственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы направлена на повышение доступности профилактики, диагностики и лечения туберкулеза для уязвимых групп населения.

Новым подходом в перестройке диспансерной работы противотуберкулезных организаций стало внедрение пациент-ориентированного контролируемого лечения пациентов в амбулаторных условиях и совершенствование финансирования фтизиатрической службы в регионах страны по клинико-затратным группам туберкулеза.

В разные исторические периоды развития здравоохранения проводилась работа по борьбе с распространенностью туберкулезной инфекции, укреплялась материально-техническая база ПТО, совершенствовались действующие системы диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом. В современный период развития медицинской науки, включая достижения фтизиатрии в области диагностики туберкулеза на молекулярно-генетическом уровне и использование в терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза новых противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС), создались оптимальные условия для разработки новой системы диспансеризации пациентов, состоящих на учете в противотуберкулезных организациях.

Цель исследования – изучить в историческом аспекте различные системы диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом, оценить динамику распространенности туберкулеза в Республике Беларусь за период 2005–2021 гг., результаты лечения пациентов с разными клиническими формами заболевания и на этой основе разработать новую систему диспансеризации пациентов с туберкулезом.

Материалы и методы. Изучены особенности диспансерного наблюдения пациентов ПТО в разные периоды развития здравоохранения и медицинской науки и в зависимости от эпидемиологии туберкулеза. С помощью статистических показателей проанализированы темпы снижения заболеваемости туберкулезом и смертности от него в Республике Беларусь за период 2005–2021 гг., эффективность лечения туберкулеза за период 2014–2020 гг. Представлена разработанная новая система диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных организаций.

Результаты и обсуждение. Идея организовать диспансерное наблюдение за пациентами с туберкулезом зародилась вместе с открытием противотуберкулезных диспансеров (кабинетов) и постоянно занимала умы врачей на разных этапах

борьбы с туберкулезом. В Беларуси в 1921–1926 гг. созданы первые противотуберкулезные диспансеры в городах Минске, Витебске, Гомеле, Могилеве, Бобруйске, Борисове, Мозыре, Орше, Слуцке. В этот период наблюдался большой дефицит врачебных кадров, и их подготовка была начата на медицинском факультете открытого в 1921 г. Белорусского государственного университета [10]. К 1940 г. в БССР функционировали 25 противотуберкулезных кабинетов, а число врачей-фтизиатров увеличилось с 28 в 1925 г. до 101. Противотуберкулезные учреждения (ПТУ) стали организационно-методическими центрами по борьбе с туберкулезом, они не только проводили статистический учет и лечение пациентов, но и занимались предупреждением распространения туберкулеза, внедрением среди населения методов профилактики, санитарных знаний. Начала снижаться смертность от туберкулеза. Если в 1922 г. в городах Беларуси показатель составлял 317 на 100 000 жителей, то в 1931 г. – 157 [3]. Во время Великой Отечественной войны вся противотуберкулезная сеть в Беларуси была уничтожена, и только в 1950 г. ее численность превысила довоенный уровень.

В период 1950–1960 гг. во фтизиатрии накапливаются научные данные о патогенезе туберкулезной инфекции, методах бактериологической диагностики, принята клиническая классификация туберкулеза, разработаны схемы и сроки лечения пациентов в стационаре и в амбулаторных условиях. В итоге, в Советском Союзе создались условия для разработки системы диспансеризации контингентов ПТУ, основой которой явилась диспансерная группировка пациентов с их распределением по соответствующим группам диспансерного учета. В 1962 г. была принята к использованию во всех республиках единая диспансерная группировка контингентов, обслуживаемых противотуберкулезными учреждениями, которая утверждена 07.12.1962 заместителем начальника управления специализированной медицинской помощи МЗ СССР. По мере накопления научных данных в вопросах диагностики и лечения туберкулеза, изменения структуры наблюдаемых контингентов, опыта работы по диспансеризации пациентов с туберкулезом возникла необходимость усовершенствования этой диспансерной группировки.

В 1973 г. сотрудниками Центрального НИИ туберкулеза (г. Москва) разработана новая научно обоснованная диспансерная группировка контингентов ПТУ (утверждена приказом МЗ СССР от 03.09.1973 №689). В методических указаниях по

ее применению впервые даны определения таким понятиям во фтизиатрии, как активность процесса, бактериовыделение, стабилизация процесса, клиническое излечение, обострение, рецидив туберкулеза, основной курс химиотерапии, остаточные посттуберкулезные изменения, отягощающие факторы. Диспансерная группировка состояла из 7 групп наблюдения, включая наряду с пациентами с активным туберкулезом органов дыхания (ТОД) и группы внелегочного туберкулеза, детского туберкулеза, неактивного ТОД, а также группы сомнительной активности процесса, контактов и повышенного риска рецидива и заболевания. Диспансерная группировка была представлена отдельно для взрослых, детей и подростков [7]. В последующем оказалось, что работа по этой диспансерной группировке приводит к завышению численности контингентов вследствие переоценки активности туберкулезного процесса и необоснованной задержке излеченных пациентов на учете.

Просуществовала эта диспансерная группировка 15 лет и была заменена более совершенной для того времени развития фтизиатрической науки и практики диспансерной группировкой, утвержденной приказом МЗ СССР от 05.07.1988 №527. В ней были приведены критерии эффективности диспансерного наблюдения, позволяющие более четко осуществлять перевод пациентов в соответствующие группы диспансерного наблюдения, а также представлены уточненные схемы обследования детей, подростков и взрослых, состоящих на диспансерном учете у врача-фтизиатра. На основе новой клинической классификации туберкулеза уточнены понятия протяженности и фазы процесса, бактериовыделения, осложнений и остаточных изменений после спонтанно и клинически излеченного туберкулеза.

После распада Советского Союза в Беларуси в 1992г. принята первая отечественная группировка диспансерных контингентов противотуберкулезных организаций, утвержденная приказом МЗ РБ от 28.07.1992 №143, которая в последующем через каждые 10 лет совершенствовалась (приказы МЗ РБ от 04.07.2002 №106 и от 23.05.2012 №621) по мере научной разработки и внедрения в практику современных методов рентгенологической, бактериологической и молекулярно-генетической диагностики и новых подходов к лечению туберкулеза, включая использование новых ПТЛС и режимов химиотерапии, а также с целью адаптации рекомендаций ВОЗ по диспансеризации взрослых и детских контингентов ПТО.

В связи с этим, в диспансерные группировки

внесены существенные изменения и дополнения. В частности, исключена группа диспансерного наблюдения за лицами с затихающим активным туберкулезом; образованы группы диспансерного наблюдения для лиц с ТОД сомнительной активности, для пациентов с хроническим прогрессирующим течением туберкулеза и сформировавшимися хроническими формами заболевания, а также для детей и подростков с осложненным течением прививки вакциной БЦЖ; выделена группа для пациентов с саркоидозом, включая рецидивы и клинически излеченные формы заболевания; срок наблюдения лиц с неактивным ТОД с большими остаточными изменениями ограничен до 5 лет, а с малыми остаточными изменениями – до 1 года [4; 5].

Концепция диспансерного наблюдения, принятая в стране в 2002г., была представлена белорусскими фтизиатрами на Юбилейной сессии Центрального НИИ туберкулеза (г.Москва, 20.12.2001), где получила одобрение ученых и практических врачей России. Впервые предложено выделять в отдельные диспансерные подгруппы пациентов с впервые выявленным активным ТОД, рецидивом, неудачей в лечении к 6 месяцам химиотерапии или перерывом в лечении 2 и более месяцев [2].

Как показала практика, отечественные системы диспансеризации контингентов ПТО способствовали концентрации усилий и средств на наиболее курабельных и эпидемиологически опасных пациентах с активным туберкулезом органов дыхания, включая рецидивы заболевания, а также обеспечили сокращение общей численности контингентов на 35–42% за счет лиц с излеченными формами заболевания.

Большой вклад в дело разработки отечественной системы диспансеризации контингентов противотуберкулезных организаций на разных этапах развития фтизиатрической науки и здравоохранения в Беларуси внесли известные ученые и практические врачи: профессора М.Н.Ломако, И.С.Гельберг, Г.Л.Гуревич, доценты В.С.Самцов, О.М.Калечиц, П.С.Кривонос, Д.Ю.Рузанов, врачи А.П.Березко, Л.И.Левчук, Я.М.Багриновская, В.И.Ходанович, Г.С.Чаховская, Я.И.Жвалевская, В.Д.Чернецкий, Н.В.Куцан, С.А.Соболь и др.

Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в Беларуси за последние 15 лет показал, что заболеваемость туберкулезом в 2021г. составила 12,7 на 100000 населения, что в 3,9 раза ниже показателя 2007г. (50,2 на 100000), зарегистрировано 1167 случаев впервые выявленного туберкулеза (в 2007г. – 4872 случая). Заболеваемость

рецидивным туберкулезом за анализируемый период снизилась с 8,0 на 100000 населения до 3,1 на 100000 (в 2,6 раза), а заболеваемость туберкулезом детей в возрасте до 17 лет – с 4,4 на 100000 детского населения до 0,7 на 100000, то есть, в регионах регистрируются единичные случаи заболевания туберкулезом детей. Благодаря использованию современных диагностических технологий при лабораторных исследованиях на туберкулез (автоматизированные системы, молекулярно-генетические методы), бактериологическое подтверждение туберкулеза у впервые выявленных пациентов с ТОД составляет 94,5%, а у повторно леченных – 97,2%.

В 2021г., по сравнению с 2007г., отмечается заметное уменьшение численности пациентов, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных организациях: с 12847 до 1769 человек (в 7,2 раза). Интенсивный показатель численности контингентов с активным туберкулезом снизился с 132,4 на 100000 населения (2007г.) до 18,9 на 100000 (2021г.).

Смертность от туберкулеза за период 2007–2021гг. снизилась с 9,3 на 100000 населения до 1,2 на 100000 (в 7,7 раз).

В стране остается высоким удельный вес множественно лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ-ТБ), как среди новых случаев (37,1%), так и ранее леченных пациентов (62,8%). Несмотря на ежегодное снижение зарегистрированных случаев ВИЧ-ТБ, удельный вес этой патологии в структуре диспансерных контингентов с активным туберкулезом увеличился с 1,4% в 2007г. до 7,7% в 2021г. ($p < 0,001$).

Внедрение в практику методов быстрой микробиологической диагностики микобактерий туберкулеза и определение их лекарственной чувствительности, использование режимов лечения с новыми ПТЛС позволяет своевременно начать лечение и достигнуть в более короткие сроки положительных исходов терапии у пациентов как с ограниченными процессами в легких при лекарственно-чувствительном туберкулезе (ЛЧ-ТБ), так и при распространенном множественно лекарственно-устойчивом туберкулезе (МЛУ-ТБ).

В стране достигнуты целевые показатели Плана ВОЗ по борьбе с туберкулезом за период 2014–2020гг., касающиеся критериев эффективности лечения пациентов с различными формами туберкулеза. Так, уровни показателей успешного лечения пациентов ЛЧ-ТБ и абациллирования пациентов МЛУ-ТБ превысили уровни целевых показателей еще в 2014г. и составили в 2021г. 85,2% и 81,8% соответственно. Показатели успешного лечения

пациентов МЛУ-ТБ (78,2%) и ШЛУ-ТБ (65,5%) достигли значений целевых индикаторов в 2020г.

Негативное влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу оказывают пациенты, находящиеся на симптоматическом (паллиативном) лечении, так как представляют повышенную эпидемиологическую опасность ввиду массивного бактериовыделения и наличия у них возбудителя туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Использование в терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза режимов лечения с новыми ПТЛС позволило за последние 5 лет сократить количество пациентов, находившихся на симптоматическом лечении, с 765 человек в 2017г. до 146 человек в 2021г.

Научные исследования белорусских ученых (Е.М.Скрягина с сотр.) по разработке и внедрению новых подходов к диагностике и лечению мультирезистентного туберкулеза, в частности, использование молекулярно-генетических методов для оценки лекарственной чувствительности возбудителя и назначение укороченных режимов лечения с включением новых (бедаквилин и деламаид) и перепрофилированных ПТЛС, позволили достигнуть существенных результатов в разрешении проблемы лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Благодаря положительной эпидемиологической динамике туберкулеза в последние годы, проводимой работе по укреплению материальной базы фтизиатрической службы и укомплектованию штатов квалифицированными специалистами, внедрению в практику современных методов бактериологической и молекулярно-генетической диагностики возбудителя, использованию новых ПТЛС и режимов химиотерапии, широкому внедрению пациент-ориентированного контролируемого лечения туберкулеза в амбулаторных условиях, создались оптимальные условия для разработки на современном этапе противодействия распространению туберкулеза новой системы диспансерного наблюдения пациентов ПТО. В ее основу положен принцип бактериологического статуса пациентов, позволяющего их включение в соответствующие группы диспансерного наблюдения, и лечебно-эпидемический принцип, что дает возможность врачу-фтизиатру правильно формировать группы наблюдения за пациентами и своевременно проводить обследование, лечение и медико-социальную реабилитацию пациентов, а также решать вопросы их движения по группам учета и снятия с диспансерного наблюдения [1; 6]. Новая система диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом утверждена приказом МЗ РБ от 07.12.2021 №1542.

Пациенты, состоящие на учете ПТО, распределены по 9 группам диспансерного наблюдения:

I. Впервые выявленный и повторно леченный туберкулез органов дыхания и внелегочных локализаций с лекарственной чувствительностью возбудителя (ЛЧ-ТБ).

II. Рифампицин-устойчивые формы туберкулеза (РУ-ТБ).

III. Пациенты, не подлежащие этиотропному лечению туберкулеза (паллиативная терапия).

IV. Лица, находящиеся в контакте с туберкулезом.

V. Дети с серьезными побочными реакциями на прививку БЦЖ.

VI. Дети и взрослые с латентной туберкулезной инфекцией.

VII. Пациенты с целью проведения дифференциальной диагностики туберкулеза.

VIII. Микобактериоз различных локализаций.

IX. Саркоидоз органов дыхания и других локализаций.

I-я и II-я группы диспансерного наблюдения пациентов подразделяются каждая на 2 подгруппы: в подгруппу А включаются пациенты с активными туберкулезными процессами для проведения курсов противотуберкулезной терапии, в подгруппу Б – пациенты с последствиями перенесенного туберкулеза для проведения медицинской и медико-социальной реабилитации.

Впервые выделена группа (III-я) для пациентов, не подлежащих этиотропному лечению туберкулеза (паллиативная терапия). Это пациенты с массивными деструктивными изменениями в легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, которым не представляется возможным назначить лечение с использованием новых ПТЛС (бедаквилин, деламаид) из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии или по причине отказа пациентов от лечения новыми ПТЛС [8].

IV-я группа подразделяется на подгруппу А для взрослых и детей, находящихся в контакте с пациентами с положительными результатами бактериоскопии/посева мокроты на микобактерии туберкулеза, и подгруппу Б для детей, контактирующих с пациентами с активным туберкулезом без бактериовыделения.

В V-й группе наблюдаются дети с установленным диагнозом серьезной побочной реакции на профилактическую прививку БЦЖ.

VI-я группа подразделяется на подгруппу А, предназначенную для детей с латентной туберкулезной инфекцией (первичное инфицирование); подгруппу Б – для детей с латентной туберкулез-

ной инфекцией (ранее инфицированы МБТ) и подгруппу В – для взрослых лиц с латентной туберкулезной инфекцией.

Впервые выделена группа диспансерного наблюдения (VIII-я) для пациентов с инфекционными заболеваниями легких и внелегочной локализации, вызванными нетуберкулезными микобактериями, чаще всего с микобактериозом легких, а также восстановлены группы наблюдения за пациентами с саркоидозом органов дыхания и других локализаций (IX-я) и так называемая «дифференциально-диагностическая» (VII-я), ранее исключенные из прежней диспансерной группировки.

Заключение. Анализ научно разрабатываемых, начиная с 60-х годов прошлого столетия до настоящего времени, общесоюзных и отечественных систем диспансеризации пациентов с туберкулезом свидетельствует о значительном прогрессе науки на всех направлениях развития здравоохранения, включая фтизиатрию. Идея проводить диспансерное наблюдение пациентов с туберкулезом зародилась в 20-х годах XX столетия вместе с открытием противотуберкулезных диспансеров (кабинетов). Однако, осуществить ее в виде инструктивно-методического документа удалось только в 1962г., когда была разработана и принята в Советском Союзе диспансерная группировка контингентов противотуберкулезных учреждений, единая для всех республик. После распада СССР, в Беларуси в 1992г. принята первая отечественная система диспансерного наблюдения пациентов с туберкулезом, которая совершенствовалась в последующем через каждые 10 лет.

В последние годы в работу фтизиатрической службы Беларуси внедрены новые медицинские технологии в области бактериологической диагностики туберкулеза и определения лекарственной чувствительности возбудителя; в химиотерапии туберкулеза с использованием новых эффективных ПТЛС, в том числе, укороченными режимами лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза. Во всех регионах страны внедрена модель пациент-ориентированного контролируемого лечения туберкулеза в амбулаторных условиях. На основе современных достижений медицинской науки, опыта диспансерной работы с пациентами и с учетом сложившейся эпидемической ситуации по туберкулезу белорусскими учеными и практическими врачами разработана новая система диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных организаций, которая с 2021г. внедрена в практику и полностью отвечает современным требованиям оказания качественной медицинской помощи населению.

Литература

1. Диспансеризация контингентов противотуберкулезных организаций как составляющая качества медицинской помощи / Д.А.Климук [и др.] // Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике: материалы междунар. науч.-практ. конф. – Гомель: РНПЦ радиационной медицины и экологии человека, 2021. – С.130–131.
2. Концепция новой диспансерной группировки контингентов противотуберкулезных учреждений / В.В.Борщевский [и др.] // Материалы Юбилейной сессии к 80-летию ЦНИИТ РАМН, 75-летию со дня рождения акад. А.Г.Хоменко. – М., 2001. – С.98–99.
3. Ломако, М.Н. Медицинская наука и практика здравоохранения за 50 лет Советской власти в Белорусской ССР в области фтизиатрии / М.Н.Ломако // Туберкулез и борьба с ним: сб. науч. трудов. – Минск, 1969. – С.6–15.
4. Ломако, М.Н. Новое в организации диспансерного наблюдения и в практике борьбы с туберкулезом / М.Н.Ломако // Диспансерная работа противотуберкулезных учреждений: сб. науч. трудов. – Минск, 1981. – С.3–5.
5. Оптимизация диспансерной группировки контингентов противотуберкулезных учреждений / В.В.Борщевский [и др.] // Совершенствование диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом: тез. докл. Пленума Белорус. науч. о-ва фтизиатров. – Витебск, 2001. – С.8–11.
6. Особенности новой системы диспансеризации и учета пациентов противотуберкулезных организаций Республики Беларусь [Электронный ресурс] / О.М.Калечиц [и др.] // Достижения медицинской науки Беларуси. – Минск: ГУ РНМБ, 2019. – Вып. XXIV. – Режим доступа: http://med.by/dmn/book.php?book=19-20_2. – Дата доступа: 28.06.2022.
7. Совершенствование группировки диспансерных контингентов противотуберкулезных учреждений / В.С.Самцов [и др.] // Совершенствование диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом: тез. докл. Пленума Белорус. науч. о-ва фтизиатров. – Витебск, 2001. – С.11–17.
8. Структура пула пациентов с туберкулезом на симптоматическом лечении в Республике Беларусь / Д.А.Климук [и др.] // Рецепт. – 2020. – Т.23, №5. – С.709–713.
9. Туберкулез в Беларуси: от эпидемии до контролируемой управляемой инфекции / Г.Л.Гуревич [и др.] // Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии: сб. науч. тр. Первого съезда фтизиатров и пульмонологов Респ. Беларусь. – Минск, 2018. – С.77–84.
10. Шишко, Е.И. Минский ордена Трудового Красного Знамени государственный медицинский институт / Е.И.Шишко, А.А.Ключарев, А.И.Кубарко. – Минск, 1991. – 192с.

SYSTEM OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS: FROM IDEA OF ORIGIN TO MODERN IMPLEMENTATION INTO PRACTICE

¹G.L.Gurevich, ¹O.M.Kalechits, ¹D.M.Zhurkin, ¹Zh.A.Saprykina, ¹D.A.Klimuk, ²Zh.I.Krivosheeva, ¹E.D.Stefanova, ¹E.L.Bobrukevich, ¹A.F.Belko, ¹E.V.Ilyasova

¹Republican Scientific and Practical Centre for Pulmonology and Phtisiology, 157, Dolginovsky tract, 220080, Minsk, Republic of Belarus

²Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Periods of formation and development of system of dispensary observation of patients registered in anti-tuberculosis healthcare organizations are presented in historical aspect. Dispensary groupings of patients with tuberculosis from the 60s of the last century to the present have been analyzed. Thanks to modern medical technologies in field of diagnosis and treatment of tuberculosis and in connection with transition in the Republic of Belarus to widespread use of patient-oriented controlled treatment of tuberculosis on an outpatient basis, a new dispensary group of patients has been created and put into practice, containing 9 registration groups with control timing and scope of examination, results of treatment, measures of medical and medico-social rehabilitation, outcomes of observation.

Keywords: tuberculosis; epidemiology; dispensary observation; dispensary group; historical aspects.

Сведения об авторах:

Гуревич Геннадий Львович, д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент НАН Беларуси; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», директор; тел.: (+37517) 3738795; e-mail: niipulm@tut.by; niipulm@rnpсpf.by.

Калечиц Олег Михайлович, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», фтизиопульмонологический отдел мониторинга и оценки, ведущий научный сотрудник.

Журкин Дмитрий Михайлович; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», зам. директора по организационно-методической работе; тел.: (+37529) 7766352; e-mail: dmitry_zhurkin@yahoo.com.

Саприкина Жанна Александровна; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», зав. отделом мо-

нитинга и оценки противотуберкулезных мероприятий; тел.: (+37517) 3738749; e-mail: zhanna.sapr@gmail.com.

Климук Дмитрий Александрович; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», зав. фтизиопульмонологическим отделом мониторинга и оценки; тел.: (+37529) 9823266; e-mail: dzklm99@yahoo.com.

Кривошеева Жанна Ивановна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой фтизиопульмонологии; тел.: (+37529) 6784506; e-mail: krzhanna@mail.ru.

Степанова Елена Дмитриевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», консультативно-поликлини-

ческое отделение, врач-фтизиатр; тел. (+37517) 3508253.

Бобрукевич Елена Леонтьевна; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», фтизиопульмонологический отдел мониторинга и оценки, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3977790.

Белько Анна Фёдоровна; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», фтизиопульмонологический отдел мониторинга и оценки, старший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3977790.

Ильсова Екатерина Валентиновна; ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», фтизиопульмонологический отдел мониторинга и оценки, младший научный сотрудник; тел.: (+37517) 3977790.

УДК 616-002.5:614.212:336.5

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫМ ГРУППАМ

Д.М.Журкин, Т.Н.Глинская, Ж.А.Саприкина, Е.М.Скрягина, Г.Л.Гуревич

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Долгиновский тракт, 157, 220080, г. Минск, Республика Беларусь

*В публикации представлены результаты анализа деятельности противотуберкулезных организаций здравоохранения по клинко-затратным группам (КЗГ), последние формируются в зависимости от модели лекарственной устойчивости *M.tuberculosis* и объемов медицинской помощи (2019–2020). Проведение анализа по КЗГ позволяет исследователю оперативно выявлять отклонения (по отношению к нормативам) для показателей: длительность лечения, стоимость койко-дня, стоимость лекарственного обеспечения (в том числе, в структуре койко-дня) для своевременного принятия мер по их оптимизации.*

Ключевые слова: туберкулез; лечение; клинко-затратные группы; анализ.

Повышение экономической эффективности здравоохранения достигается рациональным использованием материальных ресурсов без снижения качества оказания медицинской помощи. Особенно важен такой подход при преобладании в структуре расходов на случай заболевания дорогостоящих методов лечения, включая длительное оказание медицинской помощи в стационарных условиях и/или применение дорогостоящих лекарственных средств и медицинских изделий. Лечение туберкулеза, особенно лекарственно устойчивого, требует больших материальных затрат (ди-

агностика, лечение в стационарных условиях, противотуберкулезные лекарственные средства (ПТЛС), лекарственные средства для коррекции нежелательных явлений).

Начиная с 2017г., в Брестской области был реализован пилотный проект по пациент-ориентированному контролируемому лечению туберкулеза и совершенствованию финансирования с выделением клинко-затратных групп (КЗГ). В основе формирования КЗГ при туберкулезе лежит совокупность основных составляющих, определяющих среднюю затратно-емкость на один клиниче-

**Материалы республиканской
научно-практической конференции
с международным участием
“Организационные технологии
на службе здоровья”,
посвященной 30-летию
РНПЦ МТ**

Минск, 7 октября 2022 г.
