

*На правах рукописи*

**ТРЕТЬЯКОВ  
ГЕОРГИЙ ВЛАДИСЛАВОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ  
СЛУЖБОЙ КРУПНОЙ АГРОПРОМЫШЛЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ  
ЗАПАДНОЙ СИБИРИ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ  
(на материалах Омской области)**

**14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**доктора медицинских наук**

**Екатеринбург - 2007**

**Работа выполнена в ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», г.Омск**

**Научный консультант**

д.м.н.

Равдугина Татьяна Григорьевна

**Официальные оппоненты:**

д.м.н., профессор

Голубев Дмитрий Николаевич

д.м.н., профессор

Тишук Евгений Арсентьевич

д.м.н., профессор

Хуснутдинова Золя Аслямовна

**Ведущая организация** – ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова», г.Москва.

Защита состоится «\_\_\_» октября 2007 г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д. 004.027.01 при Институте иммунологии и физиологии УрО РАН по адресу: 620041, г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 91. Факс (343) 374-00-70

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной библиотеке УрО РАН (620041, г. Екатеринбург ул. С. Ковалевской, д. 22/20), с авторефератом - на сайте ВАКа Министерства образования и науки РФ - [http://referat\\_vak@ministry.ru](http://referat_vak@ministry.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» сентября 2007г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
д.м.н., профессор

И.Н. Тузанкина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность:** На протяжении XX века наша страна накопила большой опыт борьбы с туберкулёзом в мирное время и во время войн, в удовлетворительных и самых неблагоприятных социально-экономических условиях. Постепенно была сформирована централизованная, хорошо организованная и управляемая система борьбы с туберкулёзом.

После окончания войны и улучшения социально-экономических условий массовая вакцинация детей и контрольные обследования населения, внедрение в практику химиотерапии, развитие фтизиохирургии позволили резко сократить заболеваемость туберкулёзом [М.И. Перельман, 2002]. По данным М.В. Шиловой и С. Деу (2000) 1970-1991 гг. заболеваемость туберкулёзом населения снижалась ежегодно в среднем на 3,7%, а детей на 6,1%.

Социально-экономические перемены начала 90-х годов отбросили нашу страну в деле борьбы с туберкулёзом на 30 лет назад [В.Ю. Мишин с соавт., 2000]. Наиболее уязвимыми перед лицом эпидемии туберкулёза оказались социально-незащищённые группы населения, (заключённые в пенитенциарных учреждениях, безработные, пенсионеры, лица без определённого места жительства (БОМЖ)).

В то же время, как отмечает М.И. Перельман (2002), в здравоохранении негативное значение приобрели попытки «примитизировать» и редуцировать систему активного выявления и комплексного лечения больных туберкулёзом. Тогда же, усиливается и состояние дезадаптации личности в конкретной микросоциальной среде [Г.И.Девяткова, 1992]. Радикальному улучшению противотуберкулёзной помощи населению, по мнению С.Е.Борисова (2002), служит созданная в России отраслевая научно-исследовательская программа «Фтизиопульмонология».

Представляется перспективной разработка приоритетных направлений развития фтизиатрической службы и рекомендаций по совершенствованию

медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям в сельских и городских условиях региона Западной Сибири на основе совершенствования программно – целевых технологий. Созданная за последние годы в стране и области законодательная база противотуберкулёзной работы служит основой стратегического развития противотуберкулёзной помощи населению страны и региона. Кроме того, существующие программы борьбы с туберкулёзом (ВОЗ, Федеральная, региональные) разрабатываются в рамках глобальной инициативы ВОЗ (Geneva, 2002) Однако, все до сих пор используемые программные технологии практически не учитывают социальные аспекты проблемы, в том числе - роль семьи больного туберкулёзом в процессе возникновения, лечения, реабилитации и исхода заболевания.

Многочисленные исследования медико-социальных аспектов жизни деятельности семьи (О.В. Гринина (1992, 1994), Д.И. Кича, З.А.Хуснутдинова, И.П. Каткова, Г.И. Куценко, И.В. Лебедева, Т.А. Кулакова и др., В.М. Лупандин, В.С. Лучкевич, Т.М. Максимова, В.Д. Москаленко, Н.В.Полунин и др., Т.В. Поздеев и др., (1996), не затрагивают семейный уровень больных туберкулёзом. Внедрение в бюджетную практику ведомственных целевых программ, по мнению Л.А. Габуевой (2001) может явиться главным механизмом расширения сферы применения программно-целевых методов бюджетного планирования, совершенствования методологии разработки и реализации целевых программ.

Для чего, принципиальное значение приобретают данные комплексного социально-гигиенического исследования всей совокупности факторов, определяющих приоритеты не только на региональном, но и на муниципальном, групповом, семейном и индивидуальном уровнях. Показатели, характеризующие эпидемиологическую обстановку по туберкулёзу не только в глобальном, федеральном, региональном масштабе, но и на муниципальном, поселковом, семейном уровнях, имеют гораздо большую востребованность для комплексного решения медико-социальных проблем как больных туберкулёзом и членов их семей, так популяции в

целом. Совершенствования программно-целевых технологий через новые подходы к планированию и управлению.

**Цель исследования:** Научное обоснование и разработка модели управления фтизиатрической службой, обеспечивающей через развитие программно-целевых технологий. Совершенствование медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям в условиях региона Западной Сибири.

**Задачи исследования:**

1. Провести клинико-эпидемиологические исследования заболеваемости, смертности и инвалидности по туберкулёзу среди различных групп населения в Омской области;

2. Оценить состояние ресурсов противотуберкулёзной службы Омской области.

3. Оценить современное состояние противотуберкулёзной помощи населению Омской области на основе мнений, полученных путём анкетирования врачей-фтизиатров.

4. Изучить социальные аспекты образа жизни больных туберкулёзом и их семей в Омской области путём анкетирования пациентов противотуберкулёзных учреждений.

5. Провести анализ и оценить эффективность современных программно-целевых технологий по оказанию различных видов фтизиатрической помощи населению Омской области.

**Научная новизна** исследования состоит в том, что впервые:

- представлено социально-гигиеническое обоснование приоритетов управления противотуберкулёзной службой как целостной системы, в современных условиях, прежде всего, ориентированного на стратегию развития медико-социальной помощи больному туберкулёзом и его семье на основе программно-целевых технологий;

доказана социально-экономическая целесообразность разработки и внедрения программно-целевого планирования комплекса социально-ориентированных мероприятий, включающих медицинский, психолого-педагогический, социально-правовые разделы, направленные на уменьшение и ликвидацию негативных последствий, вызванных туберкулёзом на семейном уровне;

предложены подходы к оценке результатов и эффективности управления с помощью моделей статистических аппаратов;

разработана стратегия совершенствования в системе управления региональной противотуберкулёзной службой через развитие программно-целевых технологий.

**Научно-практическая значимость:** На основе полученных результатов исследования создана динамично развивающаяся модель управления противотуберкулёзной службой крупного агропромышленного региона в Западной Сибири. Разработанная модель программно-целевых технологий ориентирована на медико-социальную работу в системе фтизиатрической службы, позволяет уменьшить тяжесть медико-социальных проблем на семейном уровне. Развитие системы эпидемиологического мониторинга в регионе, позволило совершенствовать систему информационно-аналитического обеспечения. Принятые нормативно-правовые и инструктивно-методические документы на основе результатов проведённого исследования служат базой программно-целевого развития. Медико-социальные направления в работе с пациентами и их семьями приобрели приоритетное значение на всех уровнях управления. Переход к использованию программно-целевых финансовых ресурсов на принципе бюджетирования, ориентированного на результат (БОР), способствовало уменьшению негативных последствий недостатков традиционной (затратной) модели бюджетного финансирования. Реализация комплексного подхода к профилактике, выявлению и лечению туберкулёза, мерам предупреждения заболевания и его негативных последствий у больного и семьи,

способствовала стабилизации эпидемиологической и социальной обстановки в Омской области.

**Внедрение результатов исследования в практику:** Разработан Закон Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждению распространения туберкулёза в Омской области» (от 23.01.1998); областная целевая программа «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 гг.» (от 23.11.1998); программа «Борьба с болезнями социального характера в Омской области в 2004-2008 гг. (подпрограмма «Туберкулёз»)» (от 11.10.2003); программа ВОЗ по борьбе с туберкулёзом на 2001-2003 гг. (от 20.05.2000-донор-ФРГ); материалы депутатских слушаний «Об исполнении Закона Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждении распространения туберкулёза в Омской области» и о ходе реализации областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 годы» (от 04.04.2003).

Материалы исследования использовались также при подготовке коллегии МЗ РФ «О состоянии медицинской помощи сельскому населению (22 мая 2001, Саратов), подготовке и внесении 3 поправок в Закон Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждению распространения туберкулёза в Омской области»; при подготовке 5 коллегий и 18 приказов (1998-2003 гг.) Министерства здравоохранения Омской области.

Отработаны схемы системного взаимодействия между руководством областной фтизиатрической службы и комитетом по социальным вопросам Законодательного Собрания Омской области, межведомственного взаимодействия с медицинской службой УИН, Управлением социальной защиты населения, Управлением сельского хозяйства, Главным Управлением ветеринарии, Государственной инспекцией труда, Территориальным общественным объединением Федерации Омских профсоюзов, областным центром Госсанэпиднадзора.

Материалы и результаты исследования использовались при составлении планов и программ циклов подготовки, переподготовки (специализации), аттестации специалистов фтизиатрической службы, врачей учреждений общей лечебной сети; используются в учебном процессе на факультете последипломного образования ОГМА и областном центре последипломной подготовки работников здравоохранения. Подготовлены 4 инструктивно-методических документа:

1. Об исполнении Закона Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждении распространения туберкулёза в Омской области» и о ходе реализации областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 годы»: депутатские слушания / В.А. Михайловский, А.Н. Стражников, Г.В.Третьяков и др. - Омск, 2003. – 67 с.

2. Подходы к управлению противотуберкулёзной службой крупной агропромышленной территории с помощью программно-целевых технологий: метод. рекомендации.- Омск, 2006. - 22 с.

3. Мониторинг туберкулёза крупной агропромышленной территорией в Западной Сибири как информационно-аналитическое и управленческое обеспечение программно-целевых технологий во фтизиатрии: метод. рекомендации. – Омск, 2006. - 24 с.

4. Подходы к комплексному медико-социальному исследованию семьи больного туберкулёзом: метод. рекомендации. – Омск, 2006. - 23 с.

#### **Апробация работы и публикации:**

Основные положения и результаты работы докладывались и обсуждались на межрегиональной конференции, посвящённой 75-летию фтизиатрической службы Омской области (Омск, 1998); научно-практической конференции «Новые организационные условия. Итоги и обмен опытом в пилотных территориях» (М., 2002); коллегии главного управления здравоохранения Омской области (Омск, 2002); депутатских



слушаниях Законодательного Собрания Омской области «О ходе выполнения Закона Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждении распространения туберкулёза в Омской области» и областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 годы» (Омск, 2003); координационном Совете Сибирского Федерального округа (Новосибирск, 2003); межрегиональной научно-практической конференции, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области (Омск, 2003), Всероссийском совещании фтизиатров (Новосибирск, 2004), Совещании фтизиатрической службы Сибирского Федерального округа (Кемерово, 2005), Всероссийском совещании «Как организовать работу противотуберкулёзного стационара» (М., 2005). Факультетской конференции (Екатеринбург, 2007).

По теме диссертации опубликовано 46 работ (в т.ч. 1 монография), из них 4 публикации в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Сложившаяся система управления противотуберкулёзной службой на региональном уровне не отвечает современной стратегии развития охраны общественного здоровья и нуждается в пересмотре.

2. Принципы и положения, обеспечивающие объективность оценок и точность разработки решений по управлению региональной противотуберкулёзной службой, формируются на основе методологии программно-целевого подхода, учитывающего специфику и состояние на разных уровнях регионального здравоохранения.

3. Функционирование региональной системы эпидемиологического мониторинга туберкулёза за счёт использования современных методов обработки данных, системного анализа информации, её профессионально грамотной интерпретации позволяет формулировать аргументированные предложения для выработки и принятия управленческих решений не только

по развитию специализированных медицинских служб, но и решению социальных проблем.

4. Реализация современной стратегии управления фтизиатрической службой территории опирается на сбор данных, накопление персонифицированной информации о медико-социальном статусе больного туберкулёзом и членов его семьи, содержащей наиболее полные сведения, благодаря чему и возможна точная смысловая интерпретация, позволяющая более успешно развивать групповые и семейные формы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

5. Развитие технологий бюджетирования ориентированного на результат (БОР), связано с совершенствованием медико-экономических и организационных вопросов планирования противотуберкулёзных мероприятий, причём на разных уровнях региона, качество которых в конечном итоге определяет результаты и эффективность технологий оказания различных видов фтизиатрической помощи на амбулаторном и стационарном этапах.

**Объём и структура диссертации:** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 7 глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения; выводов; предложений; списка литературы, содержащего 415 источников, в том числе 331 отечественных и 84 зарубежных, приложений. Работа иллюстрирована 36 рисунками, 5 схемами и 40 таблицами.

**Содержание работы:** В первой главе «организационно-методические основы развития фтизиатрической помощи в современных условиях» (обзор литературы) на основании работ отечественных и зарубежных авторов, рассмотрены методологические подходы к изучению туберкулёза как глобальной медико-социальной проблемы, а также пути её решения, основанные на системном программно-

целевом подходе. Последующее совершенствование программно-целевых технологий в противотуберкулёзной работе определяется как приоритетное направление, призванное способствовать уменьшению для общества медицинского и социального бремени, вызванного туберкулёзом.

**Во второй главе «база, программа и методика исследования»** представлены исторические предпосылки, характеристика собственного материала, основные положения методики исследования.

При планировании программы и выбора методов исследования применения программно – целевых технологий в здравоохранении, были использованы методические подходы, предложенные Е.Н. Шиганом и С.Ф.Остапюком (1988).

Выбор подходов к организации и проведению исследования медико-социальных проблем больного туберкулёзом и его семьи, был основан на программах и методах, разработанных Ю.П. Лисицыным (1985, 1992, 1993), О.В. Грениной (1970, 1973, 1992, 1993), Д.И. Кичей (1996), В.С. Лучкевичем (1990).

Программа социально-гигиенического исследования путей совершенствования управления фтизиатрической службой Омской области на основе программно-целевых технологий реализовывалась поэтапно (табл.1).

На каждом этапе объект исследования формировался методом многоступенчатого отбора с применением сплошного или направленного метода (О.В. Гренина).

На каждой ступени применялись методы, обеспечивающие выполнение задач данного этапа исследования. В соответствие с задачами исследования на каждой ступени менялись объект, единица, объём, база, период наблюдения, источники информации.

Первый этап был посвящён изучению важнейших показателей, характеризующих эпидемиологическую обстановку по туберкулёзу в Омской области.

Таблица 1

**Программа социально-гигиенического исследования для обоснования и разработки модели управления фтизиатрической службой, совершенствования медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям в условиях региона Западной Сибири**

Этапы	Ступени	Объект	Объем	Методы отбора	Метод сбора и источники информации	Задачи исследований
1	2	3	4	5	6	7
1992-2005 гг.	1	Лица, заболевшие туберкулёзом первично: взрослые, подростки и дети	Все случаи первичной заболеваемости туберкулёзом 22640 чел.	Сплошное наблюдение	Выкопировка из Гос. отчетов МЗ	Получить показатели из первичной заболеваемости туберкулёзом
	2	Контингенты больных туберкулёзом: взрослые, подростки, дети	Все случаи болезненности туберкулёзом 70654 чел.	Сплошное наблюдение	Выкопировка из Гос.отчетов МЗ	Получить показатели болезненности туберкулёзом
	3	Лица, имеющие инвалидность по туберкулезу	Все случаи первичной инвалидности по туберкулёзу 5542 чел.	Сплошное наблюдение	Выкопировка из Гос. отчетов МЗ	Получить показатели инвалидности по туберкулёзу
	4	Лица, умершие от туберкулеза	Все случаи смертности от туберкулёза 4231 чел.	Сплошное наблюдение	Выкопировка из свидетельства о смерти	Получить показатели смертности от туберкулёза
1998-2005 гг.	1	Семья больного туберкулёзом	Все случаи семейной заболеваемости, болезненности, инвалидности смертности от туберкулёза 4295 чел.	Сплошное наблюдение	Первичные учётные медицинские формы, системные базы данных	Получить показатели заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности от туберкулёза в семьях
2005 г.	2	Семья больного туберкулёзом	1037 чел.	Целенаправленный отбор	Опрос-интервью пациентов по «Карте медико-социального изучения» больного туберкулёзом и его семьи	Дать соц-гиг. хар-ку больных туберкулёзом и их семей, выявить групповые и семейные потребности в мед.-соц. помощи
2005 г.	1	Врачи - фтизиатры Омской области	138 чел.	Целенаправленный отбор	Опрос – интервью врачей-фтизиатров по карте опроса фтизиатров	Дать соц-гиг. хар-ку фтизиатрам, выявить их индивидуальную и групповую потребность в медико-социальной помощи и определить пути совершенствования противотуберкулезной помощи в регионе

Получена характеристика динамики заболеваемости, болезненности, инвалидности и смертности населения от туберкулёза. Эпидемиологический мониторинг туберкулёза, как основная составляющая информационно –

аналитического блока программно – целевых технологий на территории реализуется через пакет программных средств, разработанный в НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова [Е.М.Белиловский]. Его составляют девять, совместимых между собой программ по основным направлениям противотуберкулёзной работы. Была разработана региональная система медико-социального мониторинга, включающая данные персонифицированного учёта пациентов и их семей. Отдел мониторинга ГУЗОО «Клинический противотуберкулёзный диспансер» осуществляет обмен информацией с главным управлением здравоохранения Омской области, НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова, региональным НИИ туберкулёза (г. Новосибирск) и противотуберкулёзными диспансерами других краёв и областей.

Автоматизированные базы данных «Медстат - туберкулёз», содержали данные по 32 сельским районам и 5 административным округам г. Омска за период с 1992 по 2005 гг. На втором этапе проведено комплексное социально-гигиеническое исследование условий, образа жизни больных туберкулёзом и их семей. Изучались данные о: 1) больных активным туберкулёзом, имеющих временную нетрудоспособность или статус инвалида на 01.01.2005 года и находящийся под наблюдением фтизиатра; 2) о семье больного туберкулёзом. По типу семьи разделялись на: 1) большие – состоящие из нескольких поколений родственников или нескольких супружеских пар; 2) малые – состоящие из супружеской пары и детей. Эти семьи были отнесены к «полным», к «неполным» - семьи, состоящие только из одного из супругов с детьми или супругов без детей.

Проанализированы все случаи «семейной» заболеваемости, инвалидности, смертности от туберкулёза. На второй ступени были отобраны 1037 больных туберкулёзом. Разработана «Карта медико-социального изучения больного туберкулёзом и его семьи». Сбор информации о социально-гигиенических аспектах жизнедеятельности больного туберкулёзом и его семьи, включённой в «Карту» проводился в соответствии

с комплексным подходом, предложенным Ю.П. Лисицыным, О.В. Грининой, И.П. Катковой (1992). «Карта» имеет блоки: паспортные данные; социально-демографические, социально-гигиенические характеристики семьи больного, образ жизни её членов, социально-психологические последствия факта заболевания; оценка больным туберкулёзом лечебно-профилактической помощи, нуждаемости его и семьи в различных видах медико-социальной поддержки.

На третьем этапе изучалась система управления противотуберкулёзной службы Омской области. Его первая ступень состояла в аналитической оценке информации, содержащейся в различных источниках. На второй ступени методом направленного отбора проведён опрос (интервью) врачей-фтизиатров г.Омска и Омской области. При исследовании социально-гигиенических и профессиональных аспектов жизнедеятельности фтизиатров, предложены собственные (авторские) методические подходы с учётом рекомендаций, разработанных Ю.П. Лисицыным, О.В. Грининой и И.П. Катковой. Наша анкета включала несколько блоков вопросов: паспортные данные врачей; социально-демографические, социально-гигиенические характеристики образа жизни фтизиатров и их семей; мнения специалистов о системе оказания фтизиатрической помощи и путях её совершенствования.

На третьей ступени изучено финансовое состояние ОГУЗ «Омский клинический противотуберкулёзный диспансер». Методика системного экономического анализа противотуберкулёзной службы основывалась на рекомендациях, изложенных в работах Л.А. Габуевой (2001г.), В.Н.Кораблёва (2001 г.), Ф.Н. Кадырова (2005 г.).

Совокупный экономический ущерб общества от туберкулёза, связанный со здоровьем человека, определялся по формуле:

$$U=U1 + U2,$$

где: U – совокупный экономический ущерб;

U1 – прямые экономические затраты;

Экономическая эффективность здравоохранения в обществе определялась как соотношение совокупных затрат на здравоохранение к потерянными годами потенциальной жизни (ППЖ-65).

$$KE \text{ of } I = U I / \text{ППЖ-65},$$

где: ППЖ - 65 – потерянные годы потенциальной жизни (согласно рекомендациям ВОЗ базовая продолжительность жизни составляет 65 лет).

Потребность в туберкулёзных койках определялась через показатель уровня госпитализации на количество населения, проживающего в регионе:

$$K = (H \times P \times T) : D \times 1000,$$

где:  $K$  – количество коек;  $H$  – численность населения Омской области на конец отчётного года;  $P$  – показатель уровня госпитализации больных туберкулёзом на проживающее население (2 больных туберкулёзом на 1000 человек);  $T$  – средняя длительность пребывания больного на койке (норматив устанавливается ежегодно органами управления здравоохранением);  $D$  – средняя занятость койки в году (норматив 340 дней).

Размеры затрат на стационарное лечение больных туберкулёзом могут быть определены по формуле:

$$\mathcal{E} = L \times \Pi,$$

где  $L$  – средняя стоимость одного посещения в поликлинику;  $\Pi$  – общее число посещений в поликлинику больных туберкулёзом.

Затраты, связанные с организацией профилактики туберкулёза, складываются из расходов учреждений общей лечебной сети и противотуберкулёзных диспансеров на проведение следующих мероприятий: флюорографии; простой бактериоскопии мокроты; бактериологии мокроты; иммуногенетические методы лабораторной диагностики (ПЦР); туберкулинодиагностики; вакцинопрофилактики (БЦЖ);

химиопрофилактики; проведение дезинфекционных мероприятий в туберкулёзных очагах. В этом случае размеры затрат на каждый из вышеперечисленных методов будут определяться по формуле:

$$\mathcal{E} = O \times \text{Пр},$$

Где  $O$  – средняя стоимость одного из методов;  $\text{Пр}$  – общее число проведённых манипуляций по каждому из методов.

Средняя стоимость курса химиопрофилактики составляет:

$$\text{Ст} = (K_1 + K_2 + K_3 + K_{\dots}) : N,$$

Где  $\text{Ст}$  – средняя стоимость курса химиопрофилактики;  $K$  – стоимость курса химиотерапии для конкретного пациента;  $N$  – число пациентов получающих химиотерапию.

Использовались утверждённые экономические стандарты оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи в ГУЗОО «КПТД». Для аналитических оценок были разработаны модели критериев статистический аппарат показателей, наиболее значимых для объективного оценивания результативности и эффективности деятельности. Для расчёта интегральных коэффициентов результативности и эффективности работы применялись следующие формулы (Т.Г. Равдугина, 2002):

*КР (коэффициент результативности) = (сумма показателей со знаком + (лучше, чем за предыдущий год): общее число показателей модели x 100) + (сумма показателей со знаком – (хуже, чем за предыдущий год) : общее число показателей модели x 100 + сумма показателей модели без динамики: на общее число показателей модели x 100.*

*КЭ (коэффициент эффективности) = (сумма средних за три года значений показателей модели со знаком + (лучше, чем в стандарте сравнения): общее число показателей модели x 100) + (сумма средних за три года показателей со знаком – (хуже, чем в стандарте сравнения) : общее число показателей модели x 100 + сумма средних за три года показателей*



модели на уровне соответствующих показателей стандарта сравнения : на общее число показателей модели  $x 100$ .

Затем были выявлены признаки, имеющие по смысловому содержанию и наибольшей степени корреляции, связи с данным фактором. На основании этого была осуществлена последующая смысловая интерпретация каждого из значимых для оценок факторов. Для определения управленческих приоритетов было построено дерево взаимосвязей между мероприятиями целевых территориальных программ «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 гг.» и «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Омской области на 2004-2008 гг. (подпрограмма туберкулёз)» динамикой и структурой заболеваемости туберкулёзом. Использовался метод нейронных сетей.

**В третьей главе «клинико-эпидемиологический анализ ситуации с туберкулёзом в регионе»** дана системная оценка положения по туберкулёзу. Рост заболеваемости населения туберкулёзом в Омской области сохраняется: с 43,7 в 1992 г. до 115,6 в 2005 г. на 100 тыс. населения, т.е. в 2,7 раза. В г.Омске: 36,1 в 1992 г., 91,2 в 2005 г. на 100 тыс. населения в районах с 43,1 в 1992 г., до 97,3 в 2005 г. случаев на 100 тыс. населения. Однако в 2003-2005гг. отмечено снижение темпов роста заболеваемости (рис.1).

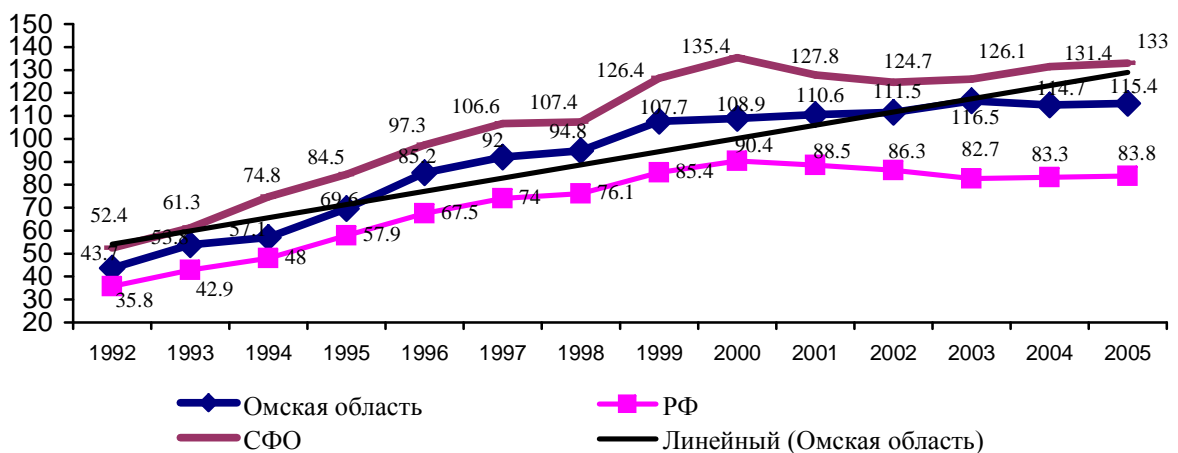


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения туберкулезом в Омской области за 1992-2005 гг. (случаев на 100 тыс. чел. населения)

Структура заболеваемости по клиническим формам туберкулёза имеет негативные изменения. Чаще регистрируется диссеминированный туберкулёз лёгких: с 3,5% (1992г.), до 6,4% (2005 г.), фиброзно-кавернозный – 4,5% (1992г.), 5,5% (2005г.), казеозная пневмония – 0,4% (1992), 1,2% (2005г.).

Рост заболеваемости имеет место во всех возрастных группах населения Омской области. Наиболее значительный рост произошёл среди женщин в возрастных группах лиц 30-39 лет (от 94,3 на 100 тыс., до 152,4 случаев на 100 тыс. чел. по группе), и 40-49 лет (от 112,5 на 100 тыс. до 192,5 случаев на 100 тыс. чел. по группе), среди мужчин в возрастной группе 30-39 лет (от 178,7 случаев на 100 тыс. до 343,9 на 100 тыс. чел. по группе) 40-49 лет (от 237,8, до 389,2 на 100 тыс. чел. по группе). Лица трудоспособного возраста – (30 – 49 лет), составляют больше половины от всех пациентов. Неблагоприятной чертой тенденций развития эпидемиологического процесса является также увеличение доли женщин среди заболевших. Соотношение заболевших туберкулёзом мужчин к заболевшим женщинам в 1992 г. составляло - 3,5 : 1, в 2005 г. - 2,8 : 1.

Чрезмерный рост заболеваемости туберкулёзом был зарегистрирован среди социально - дезадаптированных контингентов.

Так, в учреждениях органов социальной защиты населения, уровень заболеваемости к 1999 г. достиг - 1536,6 случаев на 100 тыс. лиц. За счёт разработанной и активно реализуемой областной целевой программы, уровень заболеваемости контингентов в домах-интернатах был снижен к 2005 г. в 4,0 раза.

К 2005 году достигнуто снижение заболеваемости туберкулёзом лиц, находящихся в учреждениях исполнения наказания Мин.Юста. Однако уровень заболеваемости среди осужденных (1835,6 на 100 тыс. лиц) всё ещё более чем в 15 раз выше, чем в среднем по территории (117,6 на 100 тыс. лиц). Высокий уровень заболеваемости туберкулёзом и среди сотрудников противотуберкулёзных учреждений: в 2001 г. – 1538,5 случаев на 100 тыс.

работников. Среди заболевших врачи составляли –15,6%, средние медработники - 40,3%, младший медицинский персонал – 21,9% и прочий персонал – 22,2%.

Рост заболеваемости среди взрослых провоцировал её рост у **детей и подростков**. Однако за 2002-2005 гг. определилась тенденция к стабилизации роста заболеваемости. Заболеваемость подростков в 1992 году составила - 26,5 , в 1999 г. - 58,5 , в 2005 г. – 28,2 случаев на 100 тыс. соответствующей численности. Заболеваемость детей в 1992 г. – 17,7, в 2001 г. – 24,8, в 2005 г. –22,9 случаев на 100 тыс. лиц от 0 до 14 лет.

Выявлена прямая корреляция между ростом детской заболеваемости и возрастом детей ( $r = 0,71$ ). Мальчики во всех возрастных группах болели чаще девочек. Клинические формы туберкулёза у детей по половому признаку не имели существенных различий. Заболеваемость детей и подростков из туберкулёзных очагов представляет серьёзную проблему. Её уровень составил: 432,3 (1992 г.) и 627,0 (2005 г.), подростков – 813,4 (1992 г.) и 670,6 (2005 г.) на 100 тыс. соответствующего возраста. Заболевшие из контактов дети составляют от 0,5 % (2000 г.) до 1,3 % (1992 г.) от общего числа «контактных» детей, а подростки от 1,7 % (2003 г.) до 6,5% (1993 г.) от общего числа «контактных» подростков.

Произошло снижение заболеваемости туберкулёзом внелёгочных локализаций. Так, в Омской области с 1992 года по 2005 г. снижение произошло с 9,4 % до 4,0 %. Если за этот период заболеваемость туберкулёзом всех локализаций в Омской области выросла на 264,1%, то заболеваемость внелёгочным туберкулёзом снизилась на 26,1%. Основная причина этого в статистическом недоучёте уже выявленных внелёгочных локализаций при сочетании их с более выраженным туберкулёзом органов дыхания.

Эпидемиологическое неблагополучие ситуации по туберкулёзу в Омской области также обусловлено ростом численности контингента больных. Рост болезненности населения туберкулёзом наблюдался с 1992 г. -

236,0 по 2003 г. – 397,5, в дальнейшем произошло снижение до - 348,2, случаев на 100 тыс. человек в 2005г.

Имеет место снижение показателя переводов диспансерных больных в III группу диспансерного учёта. Так, если в 1992 г. он равнялся – 18,7% , то в 2005 г. – 13,1%. Перевод в VII гр. в 1992 г. – 10,7%, в 2005 г. - 9,7%. Если в 1992 г. по излечению снимали – 73,6 % больных, то в 2005 г. – 69,8%, (в 2000г. – 63,3%), по смерти, – соответственно, - 26,4% в 1992 г. и 30,2% в 2005 г. (36,7% в 2000г.).

Показатель рецидивов в 1992 г. составил в Омской области 10,2% (12,3% по Западной Сибири), доля ранних рецидивов - 23,2% (26,8% по Западной Сибири). В 2005 г. показатели выше – 12,6% (14,6% по Сибирскому Федеральному округу) и 34,6% (37,7% по Сибирскому Федеральному округу).

Соответственно произошёл рост **инвалидизации** населения. Так, показатель первичной инвалидности в 1992 г. – 9,2 случаев на 100 тыс. населения (8,5 – в г. Омске, 11,0 – в сельских районах); в 2005 г. – 34,4 случая на 100 тыс. (32,8 – в г. Омске, 36,7 – в сельских районах). Растёт и доля инвалидов в контингенте больных туберкулёзом: с 8,4% (8,2% - в г. Омске, 8,7% - в сельских районах) в 1992 г., до 15,4% (18,6% – в г. Омске, 12,9% - в сельских районах) в 2005 г. У мужчин частота первичной инвалидности выше, чем у женщин: в 1992 г. - 11,6 случаев на 100 тыс. мужского населения, у женщин – 7,1 случая на 100 тыс. женского населения, в 2005 г. показатель первичной инвалидности составил соответственно – 46,3 случаев на 100 тыс. мужского населения и 21,8 случаев на 100 тыс. женского населения ( $p < 0,05$ ).

Наибольшее число лиц, имеющих инвалидность в связи с туберкулёзом, в возрастной группе 49 - 54 лет – 92,4 случаев на 100 тыс. человек.

По профессиональному признаку наиболее тяжёлая структура инвалидности характерна: 1) среди безработных: 1 гр. инвалидности – 15,6 %;

2 гр. – 66,8 %; 3 гр. – 17,6 %; 2) среди пенсионеров: 1гр. – 7,6%; 2 гр. – 68,9%; 3 гр. – 23,5%; 3) среди работников сельского хозяйства 1 гр.- 3,9 %; 2 гр. – 62,5 %; 3 гр. – 33,6 %; 4) рабочих промышленных предприятий: 1 гр. – 2,4 %; 2 гр. – 58,4 %; 3 гр. - 39,2%. Высока частота инвалидности и среди лиц, проживающих в «малых» семьях - 38,0%, среди «одиноких» – 30,1%, в «больших семьях» - 20,6%.

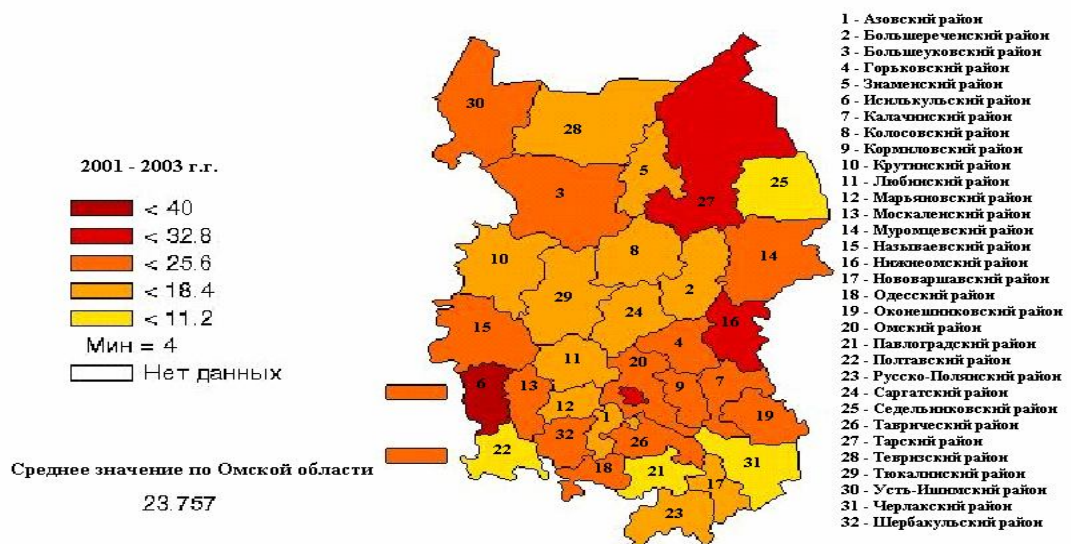


Рис.2. Картограмма среднегодовых (2001 – 2005 гг.) уровней смертности населения от туберкулеза в Омской области по 32 муниципальным районам (случаев на 100 тыс. человек населения)

**Смертность** от туберкулеза растёт. Так, если в 1992 г. она составляла - 14,6 на 100 тыс., то в 2005 г. - 26,7 на 100 тыс. Была изучена территориальная «медиана» уровня смертности населения Омской области. Использовалась программа «DOS» и «DPS», позволяющая наглядно проиллюстрировать районирование уровней смертности населения от туберкулеза с помощью картограммы (рис.2).

Наиболее высокая смертность населения от туберкулеза в Иссилькульском (6); Тарском (27); Нижнеомском (16) районах, а также в г. Омске - > 25,6 случаев на 100 тыс. человек населения ( $p < 0,05$ ).

Число больных, состоящих под наблюдением фтизиатров продолжительностью до 1 года и умерших от туберкулёза составило – 13,4% - 14,5%. В то же время, число умерших больных в специализированных стационарах сокращается за счёт увеличения смертности на дому, где за период 1992 - 2005 гг., умирали от 23,5 % до 35,2 %

Соотношение умерших больных от туберкулёза к излеченным в 2005 г. составил – 3,2:1 (3,4:1 по СФО), что свидетельствует о сохранении тревожной эпидемической ситуации.

**В четвёртой главе «состояние, ресурсы, структура и функции противотуберкулёзной службы Омской области» комплексно оценено состояние и возможности специализированной службы. Укомплектованность врачами-фтизиатрами стабильна - 72,1% в 1994 г. и 72,4% в 2005 г.**

Удельный вес врачей, достигших пенсионного возраста - 30,4 %, (в среднем по всем врачебным специальностям - 7,0%) ( $p < 0,01$ ), врачей в возрасте до 29 лет - 8,2 %, (по всем врачебным специальностям - 16,9 %) ( $p < 0,01$ ).

Врачей, имеющих стаж 26 лет и более – от 39,1% (1996-1999 гг.) до 40,6% (2000-2005 гг.). Из 138 опрошенных нами фтизиатров, респондентами явились: 31% - мужчин и 69% — женщин. Охват анкетированием составил – 95,6% от общего числа врачей, занятых в службе. В возрасте от 40 до 49 лет были 51,4% респондентов. Неудовлетворённость своей специальностью выразили - 47,8%. Причинами этого являются: 1) слабая материально - техническая база противотуберкулёзных учреждений; 2) сложные в социальном и психологическом отношении пациенты; 3) недостаточное снабжение медикаментами.

Большинство фтизиатров (69,0%) проживают в отдельных благоустроенных квартирах. Однако, оценивают своё материальное положение как хорошее только — 2,1%. От числа респондентов алкогольные напитки употребляют менее 1 раза в месяц 51,0% врачей, ежемесячно — 23,0%. Только 19,0% респондентов занимаются утренней гимнастикой.

Продолжительность своего сна считают достаточной 45,0% респондентов. Регулярные стрессы привычны для 64,0%. Оценила свой образ жизни как «нездоровый» - 45,0% респондентов. Оценили своё состояние здоровья как «удовлетворительное» - 87,2%. Основным критерием такой оценки здоровья для 84,0% опрошенных лиц было собственное самочувствие. Для укрепления здоровья 48,0% респондентов врачей-фтизиатров принимают медикаментозные средства, 29,0% корректирует своё болезненное состояние с помощью диеты. Очевидно, что в оздоровлении нуждается подавляющее большинство фтизиатров, поскольку 87,0% из них имеют хронические заболевания. Из числа больных хроническими заболеваниями - 32,0% имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, 27,0% — заболевания сердечно-сосудистой системы; 11,0% - болезни нервной системы; 9,8% - болезни эндокринной системы; 3,2% - туберкулез, причём как профессиональное заболевание; 16,0% - другие хронические заболевания.

По мнению опрошенных врачей-фтизиатров основные причины недостаточной эффективности противотуберкулёзных мероприятий связаны: 1) с недостаточным финансированием проводимых мероприятий (56,0%); 2) в плохой организацией выявления туберкулёза в общей лечебной сети (21,0%). В числе недостатков руководства службой респондентами было отмечено: 1) несовершенство законодательной базы (37,0%); 2) недостаточное взаимодействие с другими ведомствами (16,0%) 3) дефицит подготовленных управленцев (16,0%); 4) неэффективность традиционных форм и методов организационно-методической работы (12,5%); 5) нерациональное использование имеющихся ресурсов (7,9%). Наиболее эффективным методом раннего выявления туберкулёза - 63,0% респондентов от числа всех, считают флюорографию. Половина респондентов-фтизиатров считает, что в Омской области есть условия для амбулаторного лечения больных туберкулёзом. Однако 43,0% относятся к этому отрицательно. Стационарное лечение больных туберкулёзом по мнению большинства опрошенных фтизиатров (89,0%) должно иметь основное значение. Нельзя сокращать

фтизиатрические койки. Одобряет стратегию ВОЗ в целом, но не принимает её отдельные положения -51,0%. Не согласны с приоритетом выявления туберкулёза методом простой бактериоскопии половина фтизиатров-респондентов. Считают, что в период экономического кризиса, уход от дорогостоящих методов выявления и лечения туберкулёза недопустим - 36,0%. Метод сплошного флюорографического обследования населения поддерживают - 93,0%. Переход к флюорографическому обследованию только групп повышенного риска недопустим, так как эпидемиологическая обстановка тяжела, а значит в условиях бактериологического очага, всё население региона необходимо отнести к этой группе, считают 93,0% фтизиатров от числа всех респондентов.

В то же время, 38,3% - считают, что медико-социальная работа, проводимая среди контингентов больных туберкулёзом, «скорее адекватна» или «адекватна» современным целям и задачам службы.

Причины, ведущие к увеличению численности в обществе эпидемиологически опасных групп населения, состоят, по мнению респондентов-фтизиатров: 1) в снижении социального уровня пациентов и их семей; 2) росте преступности, алкоголизма, наркомании; 3) ухудшении питания; 4) наличии хронических стрессов; 5) высокого уровня безработицы; 6) плохих жилищных условиях; 7) отсутствии законодательных нормативов в принудительном лечении больных.

Таким образом, специалисты считают, что социальные факторы, приводящие к иммунодепрессии, являются важной причиной утяжеления структуры больных туберкулёзом - 36,0%. Кроме того, в современных условиях эту ситуацию осложняют, считают фтизиатры-респонденты: 1) рост лекарственно устойчивого туберкулёза (29,0%); 2) позднее выявление заболевания из-за отказа больного от профилактического осмотра (24,0%); 3) позднее выявление из-за плохой организации профилактических осмотров в общей лечебной сети (11,0%).

Взросшую опасность для больных туберкулёзом и их окружения



представляют полирезистентные формы туберкулёза. Основными методами предупреждения дальнейшего их развития фтизиатры - респонденты считают: 1) адекватное лечение впервые выявленных больных (36,0%); 2) разработку новых методик и подходов к лечению (34,0%); 3) приобретение дорогостоящих препаратов второго ряда (12,0%); 4) совершенствование и модернизация бактериологических лабораторий (9,6%).

Только 39,0% от числа опрошенных фтизиатров, считают современные методы химиопрофилактики эффективными. Мнение о том, что при дефиците финансовых средств подходы к лечению могут быть скорректированы в сторону снижения их стоимости, исходя из интересов пациентов, имеют 32,0% респондентов; 2) «подходы должны оставаться прежними несмотря ни на что» - считает 41,0% респондентов; 3) «подходы должны абсолютно поменяться, исходя из экономической целесообразности» - считают 14,0% респондентов.

Вопрос о применении патогенетических средств должен решаться строго индивидуально, считают 50% респондентов-фтизиатров, «от их применения нельзя отказываться ни при каких обстоятельствах» - это мнение имеют 38,0% опрошенных лиц.

Физиотерапевтическое, как и иное лечение, должно применяться индивидуально, так считает 71,0% фтизиатров. Оперативное лечение больных также нельзя сокращать, так как оно способствует уменьшению контингентов больных, такое мнение имели 82,0%. Организационное единство фтизиатрической службы целесообразно закрепить единым источником финансирования - считают - 68,0%.

Достижение высокого уровня качества диагностики и лечения, возможно только при гарантированном минимуме средств, обеспечивающих эффективность работы фтизиатрической койки, - считает 71,0% опрошенных фтизиатров.

Для региона Западной Сибири нужны региональные стандарты лечения болезни, - об этом заявили 53,0%. Рост лекарственной устойчивости в среде

контингентов хронических больных, требует реструктуризации коечного фонда и создания специализированных отделений - такое мнение имеют 84,0% опрошенных респондентов из числа фтизиатров.

Одобрят план создания отделений реабилитации для больных туберкулёзом при крупных противотуберкулёзных стационарах - 78,0% фтизиатров- респондентов.

По мнению 89,0% респондентов пока не созданы условия для социальной реабилитации больных туберкулёзом, среди которых много лиц, освободившихся из мест лишения свободы. В процесс медицинской, профессиональной, социальной реабилитации кроме медработников должны быть вовлечены психологи, юристы, социальные работники, - так считают 98,0% опрошенных фтизиатров.

Остро стоит вопрос о создании в Омской области специализированных санаториев для лиц, переболевших туберкулёзом. Об этом заявили 93,0% опрошенных фтизиатров.

Среди всех опрошенных фтизиатров, 78,0% подчёркивают необходимость открытия больницы сестринского ухода для социально-дезадаптированных контингентов с неактивным туберкулёзом, а также необходимость создания отдельных учреждений или отделений для лечения больных из домов-интернатов (93,0% - положительных отзывов).

По вопросу о подготовке кадров специалистов для работы в противотуберкулёзной службе, подготовку на местной базе считают приемлемой - 42,0% респондентов, однако 36,0% отрицательно относятся к обучению на местной базе. Большинство опрошенных фтизиатров (89,0%) важным обучение специалистов лечебно-профилактических учреждений вопросам раннего выявления туберкулёза. Объём и качество учётно-отчётной документации удовлетворяют только - 33,0% опрошенных фтизиатров. Мониторинг туберкулёза в компьютеризированной форме поддерживают 86,0%. Об эффективности санитарно-просветительной работы, по мнению опрошенных респондентов должно свидетельствовать: 1) уменьшение

запущенных форм (28,0%); 2) увеличение числа больных, выявленных при профосмотрах (26,0%); 3) снижение числа заболевших из контактов (24,0%); 4) выполнение плана профосмотров (14,0%); 5) лучший эффект от лечения (8,0%).

Таким образом, характерными чертами коллективного медико-социального портрета врача-фтизиатра являются: 1) преимущественно длительный стаж работы; 2) наличие хронических заболеваний; 3) отсутствие стандартного стереотипа здорового образа жизни; 4) материальные трудности на бытовом и профессиональном уровнях; 5) низкая социальная защита; 6) приверженность к традиционным подходам отечественной фтизиатрической школы. Тем не менее, фтизиатрам не чужды новаторские идеи и рекомендации экспертов ВОЗ. Для большинства врачей-фтизиатров остра необходимость модернизации службы, в том числе путём укрепления вертикали управления, совершенствования организации медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям.

Таким образом, мнения опрошенных нами врачей-фтизиатров, субъективно подтвердили эффективность уже существующих организационных подходов (централизацию организации и управления фтизиатрической службой области, приоритет профилактической направленности для раннего выявления туберкулёза, необходимость целевых программ). С учётом оценок респондентов было разработано дерево взаимосвязей между мероприятиями утверждённой и реализуемой программы. Приоритеты выстроились по степени убывания их значимости следующим образом: 1) адекватное реальным потребностям, прямо пропорционально зависящее от эпидситуации по туберкулёзу обеспечение больных противотуберкулёзными препаратами и реализация полного курса контролируемой химиотерапии; 2) проведение комплексной медико-социальной профилактической работы в очагах туберкулёзной инфекции; 3) раннее выявление туберкулёза всеми возможными диагностическими методами на уровне учреждений общелечебной сети; 4) укрепление

материально-технической базы противотуберкулёзных учреждений для создания условий безопасной работы медицинского персонала, снижения профессиональной заболеваемости, повышения эффективности лечебно-диагностического процесса; 5) организация и проведение на современном уровне хирургического лечения для уменьшения численности контингента пациентов с хроническими формами туберкулёза.

За счёт разработанных мероприятий программы, основные фонды фтизиатрической службы Омской области пополнились новыми объектами здравоохранения: (детская областная туберкулёзная больница на 110 коек; межрайонное отделение г. Калачинск на 60 коек), ведётся реконструкция и модернизация областного диспансера.

Значительные усилия предпринимаются по развитию методов **профилактики и раннего выявления туберкулёза среди населения области** на разных уровнях представительства специализированной службы.

На рис. 3 показано общее управление процессом в регионе, которое осуществляется при поддержке Администрации Омской области. Первый заместитель председателя Правительства курирует отрасль. Большую роль играет нормативно-правовое обеспечение функционирования и развития противотуберкулёзной помощи. Комитет по социальным вопросам Законодательного Собрания Омской области (1-ый уровень управления) выполняет главную нормотворческую роль. Однако эта роль успешно реализовывалась при тесном взаимодействии с ГУЗОО «Клинический противотуберкулёзный диспансер», выполняющего функции единого организационно-методического центра для всей фтизиатрической службы Омской области. Организация и координация работы по профилактике и раннему выявлению туберкулёза, проводится в сельских районах на уровне муниципальных учреждений здравоохранения совместно с областной детской клинической противотуберкулёзной больницей, городскими противотуберкулёзными диспансерами, медицинскими отделами УФСИН МинЮста, УВД, Министерством социальной защиты населения, школьными и

дошкольными противотуберкулёзными учреждениями (в том числе областным детским дошкольным противотуберкулёзным санаторием) (3-ий уровень управления), является центральным ядром организационных технологий, в том числе программно-целевого характера.

**Рентгено-флюорографическое обследование населения** по-прежнему сохраняя своё главенствующее значение как метод ранней диагностики туберкулёза, обеспечивает увеличение охвата населения флюорографией с 49,4% в 1992 г. до 65,2 % в 2003 г.

Этот результат обусловлен функционированием сложившейся в регионе организационно-технологической модели флюорографического звена службы включает три составляющих блока: организационно-методический; материально-техническое перевооружение службы; работу с кадрами рентгенологов.

При том, что обращаемость сельских жителей, прежде всего в центральные районные больницы, по поводу профилактических осмотров снизилась. Регистрируется рост частоты флюорографического обследования одних и тех же контингентов населения, причём преимущественно лиц, проживающих в районных центрах. Показатель выявления туберкулёза составляет от 0,6 до 0,8 на 1000 осмотренных лиц. Однако эффективность выявления заболевания передвижными флюорографическими установками выше и имеет тенденцию к росту (в 1992 - 1,2, в 2003 г. - 1,8 на 1000 осмотренных лиц).

Не менее важным приоритетом является вакцинация. Охват вакцинацией новорожденных составил - от 97,4 % в 1994 г. до 99,4 % в 2005г. и ревакцинацией – от 112,3% в 1994 г. до 90,7 % в 2005 г. детского населения охвата подлежащих лиц.

Для ранней диагностики инфицирования детей и подростков микобактериями туберкулёза огромное значение имеют туберкулиновые пробы.

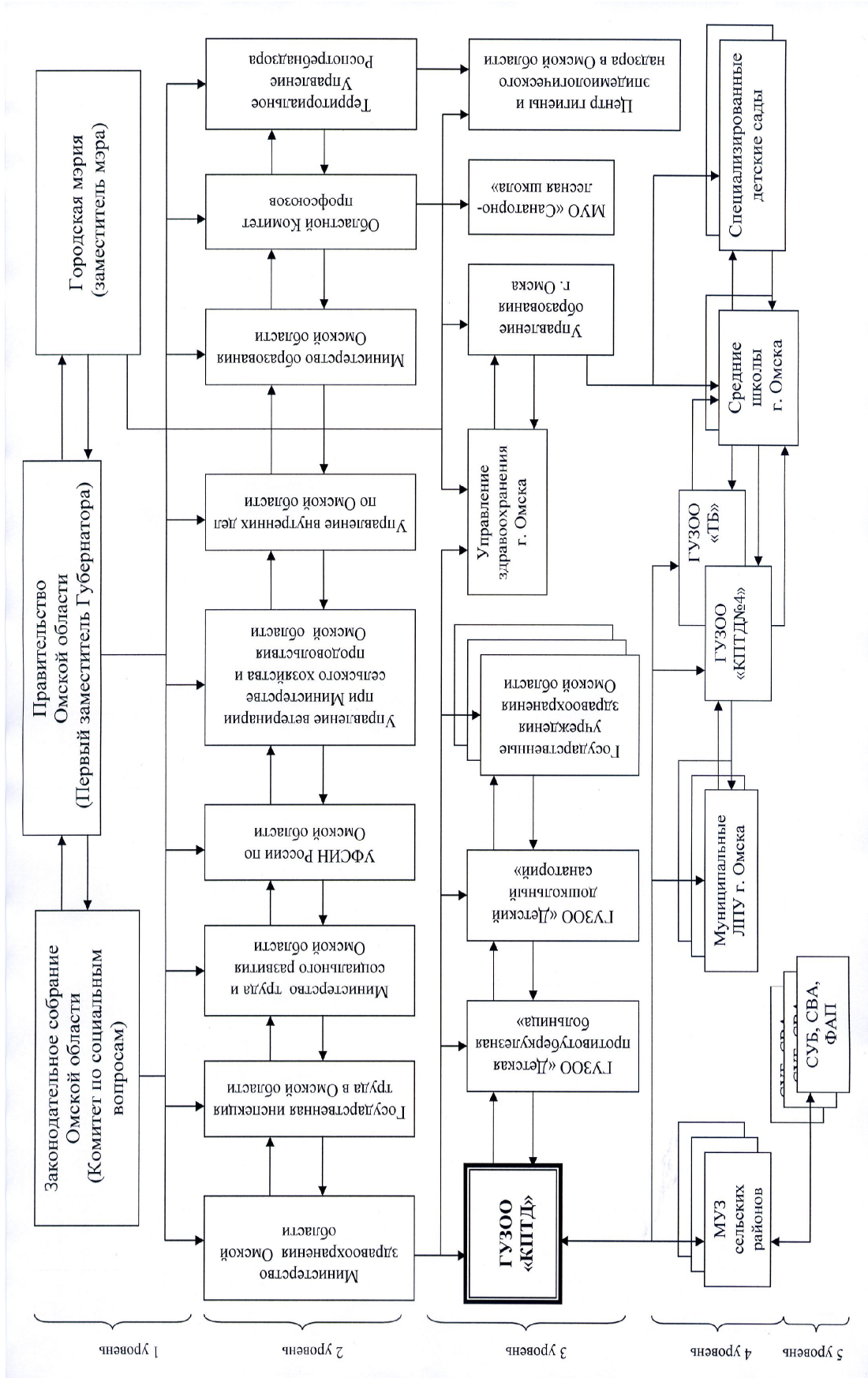


Рис. 3. Организационно-функциональная модель обеспечения профилактики и раннего выявления туберкулеза в Омской области

Так, показатель «виража» туберкулиновых проб практически остался на одном уровне и составил в 2005 г.- 1,8 (1,7 в 1992 г.) на 1000 исследований.

Значение **лабораторной диагностики** в борьбе с туберкулёзом также не потеряло актуальность. В нашем исследовании совершенствование клинической диагностики туберкулёза (по методу Цилль-Нильсена) осуществлялось на основе программных технологий в формате пилотного проекта ВОЗ. Позитивным тенденциям в выявлении бациллярных больных, способствовала подготовка кадров (тренинг-курсы) и модернизация материальных ресурсов. Так, в лечебно-профилактические учреждения города и сельских районов было поставлено 69 лабораторий для бактериоскопии мокроты. Показатель выявляемости вырос с 3,7 случаев в 1999 г., до 9,0 случаев на 1000 исследований в 2005 г. В то же время, при равных материальных возможностях в разных муниципальных учреждениях здравоохранения, число исследований и результаты существенно разнятся. Это обусловлено организационными упущениями.

**Пятая глава «финансово-экономический базис развития противотуберкулёзной помощи населению в Омской области»** посвящена обоснованию программно-целевых подходов к использованию финансовых ресурсов методом бюджетирования, ориентированного на результат (БОР). Проведён экономический анализ резервных ресурсных возможностей противотуберкулёзной службы региона.

На современном этапе основными источниками финансирования противотуберкулёзных мероприятий службы в регионе являются:

- бюджеты всех уровней, в том числе программно-целевого характера (федеральный, областной, муниципальный);
- средства ОМС (на лечение сопутствующей туберкулёзу патологии);
- спонсорские средства, в том числе зарубежных организаций, работающих в рамках межправительственных соглашений;

- общественных организаций и благотворительных фондов (Красный Крест).

В исследуемом регионе доля бюджетного финансирования противотуберкулёзных мероприятий составляла от 100 % до 60,2 % от плановой потребности.

В рамках программно-целевого планирования бюджетных расходов, увеличились объёмы финансовых средств на финансирование приоритетных мероприятий, так, общие объёмы для оказания адекватной помощи больным с лекарственно-устойчивым туберкулёзом увеличились в 8 раз, составив в 2005 году - 26,5 млн. рублей. Это было связано с тем, что с 2003 года начаты поставки резервных противотуберкулёзных препаратов.

Однако финансирование всего перечня реализуемых мероприятий федеральной целевой программы за счёт бюджета недостаточны. Доля в общей сумме расходов не превышает - 25%. Поэтому в 2001 – 2003 гг. нами были предприняты меры по привлечению дополнительных средств. Было принято решение о включении в региональный план противотуберкулёзных мероприятий программы ВОЗ, финансируемой правительственной организацией ФРГ – обществом технического содействия (GTZ). Цена реализации проекта в регионе составила 16,645 млн. рублей

В результате эффективность выявления методом бактериоскопии (положительный мазок мокроты) составила 68,6% всех случаев заболеваний туберкулёзом лёгких с бактериовыделением среди взрослых, а также излечение в 78,4% случаев (негативация мазка мокроты) от вновь выявленных случаев туберкулёза лёгких у взрослых.

С целью развития технологии реализации БОР, нами использовалась технология планирования путём разработки и утверждения нормативов затрат на проведение противотуберкулёзных мероприятий. Нормативы дифференцировались: 1) по уровням управления; 2) по функциональным направлениям; 3) по видам специализации учреждений; 4) по видам деятельности; 5) по достижению показателей; 6) индивидуально



персонифицированно. При планировании финансовой обеспеченности противотуберкулёзного стационара была использована методика В.Н.Кораблёва (2001 г.).

При планировании потребности населения в специализированной амбулаторно-поликлинической помощи определялись: 1) число посещений исходя из обращаемости в противотуберкулёзные учреждения; 2) плановое число штатных должностей, по нормативной функции врачебной должности; 3) плановые затраты по факту себестоимости посещения и общего количества посещений; 4) трудоёмкости помощи больным туберкулёзом.

На основании этих показателей определены натуральные показатели (коэффициенты: технологической эффективности, посещаемости, качества), стоимостные (коэффициенты: обеспеченности финансовыми ресурсами на одно посещение, обеспеченности финансовыми ресурсами, обеспеченности финансовыми ресурсами на больных с эффективно законченным случаем), трудовые показатели (коэффициенты: трудоёмкости, производительности труда, интенсивности труда) в поликлинике.

Определены непрямые экономические потери, обусловленные недополучением определённой величины регионального внутреннего валового продукта (ВВП) и прямые региональные экономические потери, вызванные туберкулёзом, а также прямые экономические потери, связанные с недостатками организации и проведения профилактических противотуберкулёзных мероприятий. Так, было выявлено, что размер упущенной выгоды по причине смертности, инвалидности и заболеваемости с ВУТ составил в 2005 году - 0, 2 % от всего валового продукта Омской области, что суммарно составило:

- составляющими прямого экономического ущерба являются расходы на выплату пособий по социальному страхованию и социальному обеспечению, а также затраты на оказание медицинской помощи. Рассчитанный, таким образом, общий экономический ущерб (U), обусловленный туберкулёзом в Омской области, составил 2563977 тыс.

рублей (в ценах 2005 г.). То есть, экономический ущерб, наносимый туберкулёзом в 2,1 раза выше затрат на оказание противотуберкулёзной помощи населению и в 3,3 раза выше расходов на содержание всех противотуберкулёзных учреждений.

Для интегральной оценки результатов деятельности противотуберкулёзного учреждения использовались показатели, наиболее характеризующие конечный результат.

Таким путём, было установлено, что использования трудовых ресурсов в стационаре показал, что трудозатраты на достижение эффективного результата в лечении больных туберкулёзом превышали общие трудовые затраты на 12-13%. Снижение производительности труда на 12-13% коррелировало ( $q = 0,7$ ) с увеличением его интенсивности на 11-16%.

Было выявлено снижение (от планового норматива) численности больных с клиническим излечением и показателя клинического излечения на этапе диспансерного отделения, так прекращение бактериовыделения в контингенте больных снизилось до 61,0% и закрытия полостей распада до 48,6% от числа завершивших курс лечения (2005 г.). Вскрыт и высокий уровень затрат на производимые медицинские услуги. Так коэффициент ресурсоёмкости на одно посещение и общей ресурсоёмкости составил от 1,07 до 1,18. Показатель ресурсоёмкости на больных с эффективно законченным случаем был значительно ниже и составил – 0,74 - 0,81.

Приведённые данные свидетельствуют о достаточном уровне финансирования амбулаторно-поликлинической службы. Однако следует отметить неэффективное использование финансовых ресурсов в I и II группах диспансерного учёта у 39,3-48,5% больных туберкулёзом, направленных на достижение эффективного результата или клинического излечения.

Общая трудоёмкость и трудоёмкость на одно посещение были практически неизменными, с колебаниями показателя от 0,78 до 0,86, что подтверждается стабильным штатным расписанием и фактической

укомплектованностью врачебными кадрами. Однако трудоёмкость на эффективно законченный случай была выше на 30,6% - 52,5%, чем коэффициент общей трудоёмкости и коэффициент трудоёмкости на одно посещение.

Трудозатраты на достижение эффективного результата превышали общие трудозатраты на 31-53%, что сопровождалось снижением производительности труда на 44-64% и увеличением интенсивности труда на 66-71%. То, что это не привело к повышению эффективности лечения больных туберкулёзом, свидетельство неэффективного использования трудовых ресурсов в поликлинике диспансера.

Таким образом, проведённый анализ медицинской и экономической эффективности деятельности диспансера является доказательством, что показатели медицинской эффективности были ниже плановых и составляли от 0,63 до 0,77. Фактические затраты на одного больного с эффективно законченным случаем (клиническим излечением) превысили плановые на 5-12%, трудоёмкость выросла на 51-83%, интенсивность труда – на 66-71%, производительность труда повысилась на 21-24%. Улучшилось финансирование на медикаменты и питание больных.

**В шестой главе представлены технологии разработки программно - целевых методов организации и реализации противотуберкулезных мероприятий на примере агропромышленного региона Сибири.**

**Разработана многоуровневая модель информационного обеспечения населения.**

Она включает следующие основные блоки: 1) общее управление, (осуществляется организационно-методическим отделом ГУЗОО «Клинический противотуберкулёзный диспансер» и региональным Центром профилактики); 2) ресурсное обеспечение (включает носители информации, средства и методы реализации); 3) объект информационного обеспечения (население, контингенты по медицинскому, социальному статусу, ведомственной принадлежности).

В 2005г. по сравнению с 1998г. за счёт работы систем информационного обеспечения, объём поставляемой населению информации увеличился на - 7,5%, в том числе за счёт каналов телевизионной связи в два раза. Эффективность определялась путём опроса врачей-фтизиатров и ретроспективным анализом ряда показателей: 1) охвата населения профилактическими осмотрами; 2) удельного веса запущенных форм и частоты бактериовыделения у больных; 3) динамика показателей инвалидности и смертности от туберкулёза; 4) наличие случаев множественной «семейной» заболеваемости туберкулёзом.

Важнейшей формой является система эпидемиологического мониторинга туберкулёза.

Для её развития была сформирована персонифицированная база данных на основе утверждённых форм государственной и отраслевой статистики. Сбор, накопление и хранение информации на территориальном уровне проводилось на основе специальных формализованных медицинских документов, а также неформализованной медицинской документации (оперативная отчётность), необходимой для решения, поставленных перед службой задач (рис.4).

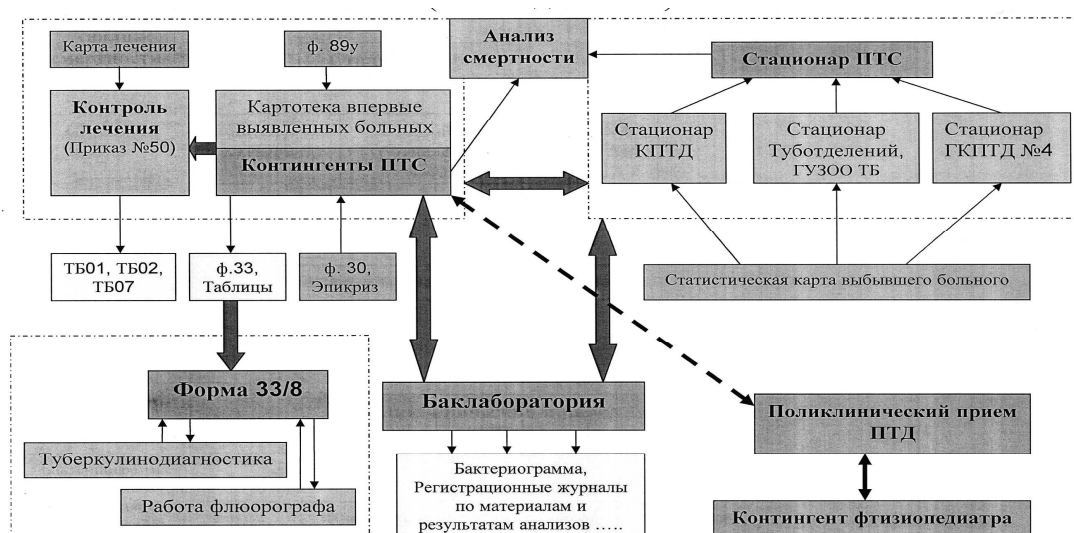


Рис. 4. Модель информационного обмена данных в рамках эпидемиологического мониторинга заболеваемости туберкулёзом населения Омской области

Принципиально значимой в системе эпидемиологического мониторинга является учёт, накопление и систематизация факторов, характерных для жизни конкретного больного туберкулёзом и членов его семьи. Универсальной формой является развитие законодательного обеспечения противотуберкулёзной работы и совершенствование её нормативно-правовой поддержки.

Сопровождение реализации, контроль программы осуществлялось совместно с депутатами и комитетом по социальным вопросам Законодательного Собрания Омской области. Совместные решения, часто являлись материалом для подготовки и проведения депутатских слушаний, с расширенным кругом участников.

В развитии программно-целевого подхода во всех районах области также были разработаны и муниципальные программы борьбы с туберкулёзом. Созданы и работают межведомственные комиссии при Администрациях муниципальных образований. За счёт этих организационных форм была осуществлена на высоком организационно-методическом уровне иммунизация против туберкулеза детей, подростков и взрослых. Причём во исполнение федерального Закона от 17.07.1998 г. № 38 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» иммунопрепараты для иммунопрофилактики поступают в область за счет федеральных средств. Кроме того, средства для проведения масштабной туберкулинодиагностики раннего выявления туберкулеза среди детей и взрослых за счет средств ТФ ОМС. Организация флюороосмотров подлежащих проводилась за счет средств муниципальных бюджетов всех 32 районов области.

Была разработана модель статистических показателей для интегральной оценки. Она включала 7 блоков. Рейтинговые оценки выставлялись по каждому блоку показателей модели отдельно за 2003-2005 гг. позволило не только оценить эффективность управления, но и обнаружить зависимости в больших массивах данных и определить наиболее существенные из них. Результат этой работы и её эффективность

оценивались по методике рейтингового ранжирования интегральных показателей. Суммарное число показателей, включённых в «модель» оценки противотуберкулёзной службы составило 105. В 2004 г. по отношению к 2003 г. интегральная результативность функционирования всей службы составила: (+) 54,3% + (-) 29,5% + (0) 16,2% = 41,0%. В 2005 г. в динамике к 2004 г.: (+) 60,0% + (-) 28,6% + (0) 11,4% = 42,8%.

Таким образом, доказано, что результативность функционирования фтизиатрической службы Омской области в 2003-2005 гг. улучшалась. Благодаря сохранению государственного подхода к управлению фтизиатрической службой Омской области достигнута положительная динамика по ряду высоко значимых эпидемиологических показателей. В среднем на 10-15% они оказались лучше, ниже, чем в среднем по Западной Сибири. По интегрированной оценке показателей, включающей 30 единиц, Омская область занимала третье рейтинговое место в СФО [Отчёт Новосибирского НИИ туберкулёза, 2005].

**В седьмой главе «медико-социальные особенности характеристики больных туберкулёзом и их семей»** представлены результаты анкетирования пациентов противотуберкулёзных учреждений и их семей.

Созданная, по ответам, полученным от 1037 респондентов (67% - мужчины, 33% - женщины), база данных, позволила сформулировать следующие аналитические гипотезы. Мужчины в возрасте от 35 до 54 лет составили - 55%. Среди женщин лица в возрасте от 20 до 34 лет составили 50,0%. Лица, состоящие в зарегистрированном браке, составили 33,0%. В 33,0% семей был один ребёнок, в 27,0% - двое, в 13,0% - трое, в 5,0% - четверо и более. Только 12,0% больных туберкулёзом от начала заболевания родили ребёнка. Туберкулёз изменения в семьях у 56% от числа всех опрошенных лиц. Причём изменения в худшую сторону произошли у 36,0% случаев. Ухудшение внутренних взаимоотношений в семьях было связано с изменением психики заболевшего, 60,0% случаев. Оно выражалось в

депрессии, потери интереса к жизни, повышенной раздражительности, злоупотреблением алкоголя со стороны заболевшего.

Низкий материальный достаток был характерен для большинства семей больных (34,0%). Из числа всех опрошенных нами лиц – 31,0% имели инвалидность. Большинство заболевших лиц (52,0%) предпочитали лечение в стационаре в режиме круглосуточного пребывания. Преимущества этого выбора объяснялись постоянством наблюдения лечащим врачом, отрегулированным режимом лечения и питания, более низким риском осложнений заболевания и заражения членов семьи, а также сложностью домашней обстановки, отсутствием постоянного места жительства.

Одной из наиболее серьезных проблем для заболевших, является возвращение больного к активной трудовой деятельности: 29,3% опрошенных лиц сомневались, что будут иметь работу в прежнем качестве, а 26,1% респондентов такую возможность отрицают.

Среди лиц, заболевших туберкулёзом 38,0%, имели судимость. Из них 72,4 % имели две и более судимости. Семьи, в которых проживали респонденты, различались по типу на: - «малые» (42,6 %), «большие» (27,4%), «неполные» (16,4 %), а также «одиноких» лиц (13,6 %).

У большинства респондентов их предыдущая профессиональная деятельность была связана (59,2%) с неблагоприятными факторами. Уровень образования больных туберкулёзом в целом был невысок. Так, незаконченное высшее и высшее образование имели только 10,1%. Материальное положение своей семьи как «хорошее» оценили - 1,0% опрошенных лиц. Только 6,0% больных имели доход на уровне прожиточного минимума и выше.

Улучшение жилищных условий смогли осуществить только 3,0% заболевших лиц. Ухудшились жилищные условия у 16,0% респондентов.

Только 20,4% опрошенных нами больных туберкулёзом питается полноценно и регулярно. Несмотря на ограниченность финансовых возможностей у семей, больных туберкулёзом, 70,7% респондентов

признались, что регулярно курят, употребляют алкоголь. Причём, употребляют алкоголь не реже 1 раза в неделю - 33,0 % от числа всех респондентов. Неблагоприятный микроклимат в семьях, усугубляемый наличием хронических болезней большинства родственников указали 82,4% опрошенных. Только 28,0% заболевших и пролеченных нами лиц правовые знания. В качестве основного фактора, формирующего болезнь, большинством респондентов был указан - образ жизни. В числе его составляющих назывались - отсутствие вредных привычек, материальный достаток, правильное питание, нормальный психологический климат в семье и в быту, соблюдение личной гигиены, занятия физкультурой и спортом, хорошие бытовые и производственные условия. Во многих ответах, респонденты возлагали основную ответственность за состояние здоровья населения на государственные органы. Ряд пациентов указали как одну из причин болезни - неблагоприятный экологический фон.

В целом результаты проведённого нами исследования свидетельствуют о серьёзных медико-социальных проблемах, характерных и типичных для семьи больного туберкулёзом гражданина.

Для выявления главных факторов, определяющих медико-социального блок проблем для больного и его семьи, был проведён факторный анализ.

Для измерения качественных признаков использовалась номинальная шкала, указывающая градацию признака исследуемого объекта или отношение объекта к одному из классов по данному признаку (табл. 2).

Первый значимый фактор был интерпретирован нами как «социальные особенности туберкулёзом и их семьи». Второй фактор интерпретирован как «отношение респондента к проблеме туберкулёза». Третий – «значимость роли и механизмов медико-социальной защиты для укрепления здоровья больного туберкулёзом». Выявленные главные факторы явились основанием для дальнейшей разработки и совершенствования программно-целевых технологий оказания медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям по приоритетам.



Таблица 2

Аналитическая характеристика финального факторного решения по результатам обработки данных об оценках и мнениях пациентов «о путях совершенствования медико-социальной помощи больным туберкулёзом и их семьям»

Основные факторы	Доля фактора в суммарной общности (%)	Перечень признаков, имеющих наибольшую степень корреляции с данным фактором и степень их корреляционной связи с основным фактором
<i>Первый</i>	46,340	1 - оценка социально-бытовых условий больных туберкулёзом (A = 0,7134); 2 - оценка их возрастно-половых особенностей (A = 0,6128); 3 - оценка их семейных особенностей (A = 0,5763); 4 - оценка их профессиональных особенностей (A = 0,5103)
<i>Второй</i>	28,351	1 - оценка больными организации профилактики, диагностики и лечения туберкулёза (A = 0,5436); 2 - оценка причинно-следственных связей заболеваемости туберкулёзом (0,4834)
<i>Третий</i>	25,309	1 - оценка уровня медико-социальной защиты больных туберкулёзом (A = 0,4763)

Среди всех лиц, заболевших туберкулёзом, проживали в «больших» семьях -10,6%; 42,7% - в малых семьях; 19,4 % - в неполных семьях. Одинокие составили 27,3 % заболевших лиц. Прослеживается тенденция роста «семейного» туберкулёза, когда болеет не один, а два и более членов семьи. В 1997 г. число таких семей составляло - 71, в 2005 г. – 134 (коэффициент наглядности + 188,7 %). Туберкулёз в таких семьях представлен более тяжёлыми клиническими формами, практически в 100% случаев сопровождался распадом легочной ткани и бактериовыделением. Таким образом, семьи, в которых проживают больные туберкулёзом, по медико-биологическим параметрам относятся к приоритетным семьям медико-социального плана и требуют принятия адекватных мер со стороны не только фтизиатров, но и органов социальной опеки.

#### **Выводы:**

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в конкретном регионе определяется прежде всего численностью контингентов лиц, имеющих

низкий социальный статус. Прямым следствием роста такого контингента лиц, больных туберкулёзом является снижение эффективности лечения и неблагоприятные тенденции роста семейной заболеваемости. Выявлен высокий уровень эпидемиологической опасности по туберкулёзу у сельского населения.

2. Ресурсное обеспечение противотуберкулёзной службы в регионе Западной Сибири имеет проблемный характер, основными чертами которого является высокий износ основных фондов противотуберкулёзных учреждений и сохраняющуюся затратность экономического планирования мероприятий службы.

3. Применение методов программно-целевого планирования противотуберкулёзной работы в форме бюджетирования, ориентированного на результат (БОР) является перспективным направлением, обеспечивающим поступательное развитие и совершенствования модели функционирования модели всей противотуберкулёзной службы.

4. Анкетирование врачей-фтизиатров показало, что ведущими чертами современного медико-социального портрета врача-фтизиатра являются: 1) большой стаж работы; 2) наличие хронических заболеваний; 3) отсутствие поведенческих стереотипов здорового образа жизни; 4) серьёзные материальные трудности на бытовом и профессиональном уровнях; 5) предпочтение традиционных подходов отечественной фтизиатрической школы. Врачи-фтизиатры консервативны к развитию новых форм медицинского обеспечения населения.

5. Характерными социальными признаками современного больного туберкулёзом, имеющих эпидемическое значение, являются: принадлежность к мужскому полу; контакт с больным туберкулёзом; факт пребывания в пенитенциарном учреждении; низкий прожиточный минимум; плохие жилищные условия; курение табака; злоупотребление алкоголем; наличие сопутствующего заболевания в фазе обострения или декомпенсации.

6. Разработанная стратегия информационно-аналитического

обеспечения противотуберкулёзной службы, тактически реализованная через организационно-функциональную модель, с охватом всех уровней «вертикали» управления здравоохранения в регионе, позволяет систематизировать обмен информацией как на областном, так и на муниципальном уровнях.

**Предложения:**

1. Программно-целевыми приоритетами обеспечения противотуберкулёзной службы агропромышленного региона должны являться: обеспечение противотуберкулёзными препаратами; эффективная работа в очагах туберкулёзной инфекции; раннее выявление туберкулёза всеми методами; улучшение материально-технической базы противотуберкулёзных учреждений; разделение потоков больных; организация отделений для социально – дезадаптированных, «хроников»; организация хосписа для некурабельных больных; организация отделения для лечения пациентов со множественной лекарственной устойчивостью; активизация оказания хирургической помощи больным туберкулёзом; внедрение в практику работы туберкулёзных стационаров современных методов лечения.

2. Классические принципы, методы и формы профилактики и организационных технологий противотуберкулёзной работы, связанные программно-целевым решением, следует реализовать в сопровождении развития системы информационно-аналитического обеспечения, как модели совершенствования противотуберкулёзной помощи населению региона в целом.

3. Целесообразно развитие стратегии информационно-аналитического обеспечения противотуберкулёзной службы, поскольку оно привело к достижению положительной динамики в 60,0% показателей, используемых в качестве индикаторов оценки результативности и эффективности управлением противотуберкулёзной службой Омской области.

4. Для снижения социальных последствий, вследствие различных

нездоровых функций поведения больного туберкулёзом, необходимо развивать индивидуальные формы адресной помощи на муниципальном уровне. Роль противотуберкулёзной службы в этом также важна.

5. Требуется дальнейшего совершенствования и развития бюджетирования, ориентированное на результат (БОР), поскольку при горизонте планирования в среднем от 3 до 5 лет в формате территориальных целевых программ успешно решается главная задача бюджета – путём установления приоритетов расходов для оперативного управления ресурсами эффективнее стимулировать экономию средств.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Емельянова Р.А. Перспективы развития фтизиатрической службы / Р.А. Емельянова, **Г.В. Третьяков** // Кто есть кто в Омской медицине. – Омск, 2005. - № 10. – С. 36 - 37.

2. Лысов А.В. Некоторые особенности эпидемиологических показателей по туберкулёзу в Омской области / А.В. Лысов, Л.П. Аксютин, **Г.В. Третьяков** // Материалы научно-практической конференции, посвящённой 80-летию ОГМА. Инфекционные болезни человека.- Омск, 2001, С. 216-217.

3. Лысов А.В. Опыт работы по выявлению, лечению и диспансерному наблюдению больных с туберкулёзом периферических лимфатических узлов / А.В. Лысов, Е.Д. Заставный, **Г.В. Третьяков**, и др. // Инфекционные болезни человека: материалы науч.-практ. конф., посвящённой 80-летию ОГМА.. – Омск, 2001. - С.213-215.

4. Лысов А.В. Особенности течения казеозной пневмонии в Омской области / А.В. Лысов, А.В. Пулькис, **Г.В. Третьяков**, и др. // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 58-59.

5. Михайловский В.А. Законодательные инициативы и методология

формирования медико-социальных приоритетов во фтизиатрии в Омской области / В.А. Михайловский, Н.В. Румянцев, **Г.В. Третьяков**, С.Н. Руднева // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 8-9.

6. Новосёлова Л.Г. Туберкулёз в домах-интернатах Омской области / Л.Г. Новосёлова, **Г.В. Третьяков**, С.Н. Руднева // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 27.

7. Пулькис А.В. Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Омской области с 1970 года / А.В. Пулькис, **Г.В. Третьяков**, З.И. Вологодская, Г.П. Коротков // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 75-летию фтизиатрической службы Омской области. - Омск, 1998. - С. 22-25.

8. Пулькис А.В. Новые возможности профилактической флюорографии / А.В. Пулькис, И.В. Буркова, **Г.В. Третьяков**, и др. // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 38.

9. Пулькис А.В. Риск заболевания туберкулёзом в местах лишения свободы и влияние заболевших заключённых на эпидемиологическую обстановку в Омской области / А.В. Пулькис, А.В. Лысов, **Г.В. Третьяков**, и др. // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 36.

10. Резников С.Г. Медико-социальные аспекты работников животноводства Омской области / С.Г. Резников, **Г.В. Третьяков** // Социальная работа: теория и практика: сб. науч. ст. – Уфа, 2003. - С. 73-76.

11. Руднева С.Н. Результаты лечения больных туберкулёзом / С.Н. Руднева, А.В. Пулькис, **Г.В. Третьяков** // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения в Омской области: сб. тр. науч.-

практ. конф. - Омск, 2000. - С.70-71.

12. Самойлов В.А. Соглашение от 30.05.2000 г. между Главным управлением здравоохранения администрации Омской области и GTZ (ФРГ)/ В.А. Самойлов, У-Й. Петер, Л.Трнка, **Г.В. Третьяков**. – Омск; Эшборн (ФРГ), 2000. – 3 с.

13. Силайкина С.Т. Эпидемическая ситуация по туберкулёзу у детей и подростков в Омской области и Сибирском Федеральном округе / С.Т. Силайкина, **Г.В. Третьяков**, Л.Г. Новосёлова, С.Н. Руднева // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 18-21.

14. **Третьяков Г.В.** Влияние грибов рода CANDIDA на формирование лекарственной устойчивости и течение туберкулёзной инфекции по данным бактериологической лаборатории ОКПТД / Г.В. Третьяков, С.Н. Руднева, Л.П. Колесникова, и др. // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 62-64.

15. **Третьяков Г.В.** Влияние дезинфицирующих средств нового поколения на микобактерии туберкулёза и сопутствующую микрофлору / Г.В. Третьяков, С.Н. Руднева, Л.П. Колесникова, и др. // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 113-114.

16. **Третьяков Г.В.** Депутатские слушания «Об исполнении Закона Омской области «О противотуберкулёзной помощи населению и предупреждении распространения туберкулёза в Омской области» и о ходе реализации областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999 – 2004 годы»: 07.02.2003 г./ Г.В. Третьяков. – Омск, 2003. - С. 23-24.

17. **Третьяков Г.В.** Заболеваемость туберкулёзом среди опекаемых из учреждений социальной защиты населения Омской области / Г.В. Третьяков,

З.А. Хуснутдинова // Здоровье семьи – XXI век: материалы VI Междунар. науч. конф. - Пермь (Россия); Дубай (ОАЭ), 2002. - С. 143-144.

18. **Третьяков Г.В.** Из истории борьбы с туберкулёзом в Омске и Омской области / Г.В. Третьяков, З.И. Вологодская, Г.П. Коротков, А.В. Пулькис // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 75-летию фтизиатрической службы Омской области. - Омск, 1998. - С. 3-10.

19. **Третьяков Г.В.** К 80-летию фтизиатрической службы Омской области / Г.В.Третьяков, С.Н.Руднева, А.И. Коновалов, и др. – Омск, 2003. - 18 с.

20. **Третьяков Г.В.** Медико-социальные и экономические предпосылки программы DOTS в Омской области / Г.В. Третьяков // Омская медицина. – Омск, 2001. - № 16-17. – С. 9.

21. **Третьяков Г.В.** Мониторинг туберкулёза крупной агропромышленной территорией в Западной Сибири как информационно-аналитическое и управленческое обеспечение программно-целевых технологий во фтизиатрии: метод. рек. / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина. – Омск, 2006. - 24 с.

22. **Третьяков Г.В.** Некоторые аспекты экономического анализа деятельности стационара противотуберкулёзного диспансера / Г.В.Третьяков, Т.Г.Равдугина // Сборник статей. - Екатеринбург, 2006. – С.

23. **Третьяков Г.В.** Некоторые подходы к мониторингу туберкулёза на территории Омской области / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина // Проблемы туберкулеза. - 2007. - № 6 - С. 26-27.

24. **Третьяков Г.В.** О проведении мероприятий по раннему выявлению туберкулёза в Омском кадетском корпусе / Г.В. Третьяков // Омский лекарь. – Омск, 2005. - № 10. – С. 13.

25. **Третьяков Г.В.** Опыт реализации рекомендации ВОЗ по борьбе с туберкулёзом в Омской области / Г.В. Третьяков, У-Й. Петер (ФРГ), Л. Трнка (Чехия), С.Н. Руднева // Материалы научно-практической конференции

врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 10-12.

26. **Третьяков Г.В.** Организационные аспекты противотуберкулёзной работы в Омской области / Г.В. Третьяков // Социальная работа: теория и практика: сб. науч. ст. – Уфа, 2003. - С. 71-73.

27. **Третьяков Г.В.** Отдельные аспекты внешнеэкономического анализа противотуберкулёзной службы Омской области / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина // Сборник статей. - Екатеринбург, 2006. - С.

28. **Третьяков Г.В.** Подходы к комплексному медико-социальному исследованию семьи больного туберкулёзом: метод. рек. / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина. – Омск, 2006. - 23 с.

29. **Третьяков Г.В.** Подходы к оказанию стационарной помощи с позиций программно- целевых технологий во фтизиатрии / Г.В.Третьяков // Сборник статей. - Екатеринбург, 2006. - С.

30. **Третьяков Г.В.** Подходы к управлению противотуберкулёзной службой крупной агропромышленной территории с помощью программно-целевых технологий: метод. рек. / Г.В.Третьяков, Т.Г.Равдугина. - Омск, 2006. - 22 с.

31. **Третьяков Г.В.** Подходы к управлению противотуберкулёзной службой с помощью программно-целевых технологий / Г.В. Третьяков // Бюллетень научно-исследовательского института общественного здоровья. - М., 2005. - Вып.7. - С. 117-120.

32. **Третьяков Г.В.** Портрет врача-фтизиатра / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина // Проблемы туберкулеза. – 2007. - №1. - С. 12-14.

33. **Третьяков Г.В.** Постановление Законодательного Собрания Омской области от 30.11.1999 г. № 309 Об областной целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулёзом в Омской области на 1999-2004 годы» / Г.В. Третьяков, Г.П. Коротков, Ю.Л. Салюков, В.А. Михайловский. – Омск, 1999. - 12 с.

34. **Третьяков Г.В.** Приглашаем молодых специалистов! / Г.В.



Третьяков // Омский лекарь. – Омск, 2005. - №10. - С.12 – 13.

35. **Третьяков Г.В.** Применение метода нейронных сетей в разработке и совершенствовании программных технологий борьбы с туберкулёзом в Омской области / Г.В.Третьяков // Сборник статей. - Екатеринбург, 2006. - С.

36. **Третьяков Г.В.** Профилактика туберкулёза / Г.В.Третьяков, Т.Г.Равдугина // Сборник статей.- Екатеринбург, 2006. - С.

37. **Третьяков Г.В.** Результаты применения нативной питательной среды для бактериологической диагностики туберкулёза / Г.В. Третьяков, Л.П. Колесникова, С.Н. Руднева // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 75-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 1998. - С. 110-111.

38. **Третьяков Г.В.** Семейная заболеваемость туберкулёзом в Омской области / Г.В. Третьяков // Бюллетень научно-исследовательского института общественного здоровья. - М., 2005. – Вып.2. - С. 86-87.

39. **Третьяков Г.В.** Совершенствование технологии управления фтизиатрической службой агропромышленной территории Западной Сибири с помощью программно-целевого планирования / Г.В.Третьяков, Т.Г. Равдугина. – Омск, 2006. – 223 с.

40. **Третьяков Г.В.** Современный медико-социальный портрет больного туберкулёзом и его семьи / Г.В. Третьяков, С.Г. Резников // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 80-летию фтизиатрической службы Омской области. – Омск, 2003. - С. 92-95.

41. **Третьяков Г.В.** Состояние и перспективы организации профилактических флюорографических осмотров сельских районов Омской области / Г.В.Третьяков, А.Д. Желтоногов, Г.П. Коротков // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвящённой 75-летию фтизиатрической службы Омской области. - Омск, 1998. - С. 41-46.

42. **Третьяков Г.В.** Состояние семейной заболеваемости туберкулёзом

в Омской области за 1997-2003 годы / Г.В.Третьяков // Сборник статей. - Екатеринбург, 2006. - С.

43. **Третьяков Г.В.** Туберкулёз излечим! Проявите заботу о себе и ваших близких / Г.В. Третьяков // Кто есть кто в Омской медицине. – Омск, 2004. - № 5. – С. 26- 27.

44. **Третьяков Г.В.** Управление организацией профилактики туберкулёза в Омской области / Г.В. Третьяков // Бюллетень научно-исследовательского института общественного здоровья. - М., 2005. – Вып.6. - С. 112-118.

45. **Третьяков Г.В.** Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в Омской области за 1996 – 1998 гг. / Г.В. Третьяков, Л.Г. Новосёлова, А.В. Пулькис, С.Н. Руднева // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения в Омской области: сб. тр. науч.-практ. конф. – Омск, 2000. - С. 68-69.

46. Трнка Л. Рабочий протокол программы DOTS (первая и вторая группы районов) в Омской области / Л.Трнка, В Кипп, **Г.В. Третьяков**, К.Ю. Москаленко. – Омск, 2001. - 20 с.

**ТРЕТЬЯКОВ  
ГЕОРГИЙ ВЛАДИСЛАВОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ  
СЛУЖБОЙ КРУПНОЙ АГРОПРОМЫШЛЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ  
ЗАПАДНОЙ СИБИРИ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ  
(на материалах Омской области)**

**14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Екатеринбург - 2007**