

Дискуссия: Внелегочный туберкулез в Российской Федерации: сопоставление некоторых официальных данных и результатов анкетного скрининга

¹А.Ю. Мушкин, ¹Е.М. Белиловский, ¹А.А. Першин

¹ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздравсоцразвития России

²Офис ВОЗ в Российской Федерации, Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации

Проблема внелегочного туберкулеза в Российской Федерации в последние годы характеризуется несоответствием между аналитическими прогнозами (“ожиданиями”) и официальными показателями, которые *должны* отражать реально сложившуюся ситуацию. Причина таких несоответствий неоднократно и эмоционально обсуждалась в профессиональной среде - анализировался произошедший в 90-х годах развал централизованной фтизиатрической службы с передачей широких полномочий в системе ее контроля местным органам здравоохранения; потеря обязательности действовавших нормативных документов и инструкций; катастрофическое состояние материальной базы большинства учреждений по техническому состоянию и технологической обеспеченности; потеря престижности фтизиатрической специальности и связанный с этим отток кадров и т.д. и т.п. Указанные причины субъективно объясняли отсутствие ожидавшегося роста внелегочного туберкулеза в начале 21 столетия, что было бы логичным после подъема заболеваемости туберкулезом легких в середине 90-х – в большинстве регионов некому оказалось заниматься проблемой. Исключение составили энтузиасты, сохранившие службу в единичных субъектах РФ, и федеральные учреждения, по которым отток профессионалов ударил меньше и в которых сконцентрировались основные научные кадры.

Предпринятая в начале 2000-х годов попытка улучшить ситуацию в рамках национальных проектов, в том числе - создание новой нормативной базы (Приказ МЗ СР РФ № 109), ставившая целью, прежде всего, стандартизировать диагностику, верификацию и лечение туберкулеза, не только полностью обошла вопросы его внелегочных локализаций: данная патология вообще исчезла из самостоятельного диспансерного учета. Беспрецедентные финансовые вливания последних лет, направленные на совершенствование материально-технического состояния противотуберкулезных учреждений, “уравновешиваются” неблагоприятными факторами - ростом лекарственной устойчивости и числа больных тяжелыми клиническими формами туберкулеза, что, тем не менее, не отражается на абсолютном числе регистрируемых больных внелегочным туберкулезом. Все это заставляет считать, что мы все еще продолжаем видеть вершину айсберга, лишь предполагая то, что находится под водой.

В последние годы произошел качественный рывок в материально-техническом оснащении всех медицинских

отраслей, включая приток ставших доступными новых диагностических и лечебных технологий. Этот процесс не обошел и внелегочную патологию, особенную ту, которую принято называть “хирургической”: современное лечение туберкулеза костей, суставов и мочеполовой системы невозможно представить без использования микрохирургической и эндоскопической техники, современных пластических материалов, дорогостоящих имплантатов и т.д.

Попытка оценить истинное современное состояние проблемы внелегочного туберкулеза неизбежно требует ответа на следующие вопросы:

Каково реальное число больных ВЛТ? Влияет ли на структуру внелегочного туберкулеза увеличивающееся число больных ВИЧ-инфекцией? Насколько доказателен диагноз внелегочного туберкулеза? Какая форма функционирования службы внелегочного туберкулеза в точки зрения ее организационного обеспечения наиболее эффективна на современном этапе? Что реально и что “мифично” во внелегочном туберкулезе? Какими нормативными документами, наконец, регламентирована работа по выявлению, диагностике и лечению внелегочного туберкулеза и какую роль в этой системе выполняют учреждения федерального подчинения?

Для того чтобы попытаться ответить на эти вопросы, мы сопоставили (не противопоставили!) касающиеся внелегочного туберкулеза официальные статистические данные, ежегодно публикуемые в отчетах “Туберкулез в Российской Федерации” на основании стандартных национальных форм учета и статистических публикаций Всемирной Организации здравоохранения, с неофициальными данными, полученными в результате опроса специалистов из головных противотуберкулезных диспансеров субъектов РФ. В соответствии с поручением рабочей группы при главном внештатном фтизиатре Минздравсоцразвития РФ мы разослали в противотуберкулезные диспансеры субъектов федерации анкету, вопросы которой позволили собрать данные, отсутствующие в официальных отчетных формах. Нами получили ответы из 53 регионов всех федеральных округов РФ, 47 из которых были достаточно подробно заполнены и включены в анализ. Кроме того, личное посещение части регионов в рамках официальных и неофициальных выездов позволяет нам прокомментировать некоторые официальные статистические показатели.

1. Какое число больных внелегочным туберкулезом в Российской Федерации и как их учитывать? В последние годы в отчетах “Туберкулез в РФ” четко и обоснованно повторяется тезис о необходимости проводить учет внелегочного туберкулеза в соответствии с международными требованиями, соответствующими дословному переводу термина “extra-pulmonary”, что требует включения в эту группу и больных со специфическими поражениями бронхов, плевры, внутригрудных лимфатических узлов и т.д. Несмотря на то, что формальная логика заставляет согласиться с такой трактовкой, реальная практика вряд ли убедит большинство специалистов в том, что указанные анатомические поражения не имеют отношения к диагнозу “туберкулез органов дыхания”. На наш взгляд, двойной учет патологии на сегодняшний день неизбежен: с одной стороны, сопоставление отечественных и зарубежных данных требует следования международным стандартам. С другой стороны, историческая традиция и достижения отечественной фтизиатрии, официально признаваемые международными организациями, позволяют сохранить “для внутреннего употребления” действующую систему учета. В этом смысле данные последних ежегодных отчетов полностью удовлетворяют указанным требованиям и требуют лишь более внимательного анализа.

Принципиальный вопрос учета внелегочного туберкулеза – регистрация больных генерализованными формами заболевания. С момента введения Приказа № 109 в 2003 г. и представленной в нем Клинической классификации туберкулеза мы неоднократно ставили вопрос о ее несоответствии клиническим задачам: представленная классификация является чисто статистической и направлена на регистрацию больных по ведущей патологии, каковой обычно является туберкулез органов дыхания. В противовес этой классификации, в СПбНИИФ разработана и опубликована в профильных изданиях “Клиническая классификация внелегочного туберкулеза”, признанная большинством специалистов. За прошедшие 6 лет мы не получили ни одного отрицательного отзыва, однако, и никаких изменений в отчетные формы при этом внесено не было. Предложение регистрировать генерализованный туберкулез (используемый в литературе термин “сочетанный” туберкулез не меняет сути вопроса, а лишь отражает различие стадий активности процесса в разных органах) как “7-й знак кодировки” никак нормативно не закреплено, при этом всем понятно, что дальше соответствующего МКБ-10 третьего знака ни один разумный врач кодировать заболевание без соответствующего приказа не будет.

Ранее в сообщениях мы приводили данные регионов Северо-Западного федерального округа за 2005 – 2007 гг. : выборочный опрос показал, что число впервые

выявляемых больных генерализованным туберкулезом в регионах колеблется в пределах от 10 до 70%, составляя в среднем около 34% от числа зарегистрированных больных внелегочным туберкулезом. Данные анкетирования позволили уточнить и усреднить эти показатели за 2010 г.: мы можем утверждать, что число больных генерализованным туберкулезом, не регистрируемым как внелегочный (!), колеблется по регионам РФ от 0 до 90%, в среднем составляя около 30% от числа впервые зарегистрированных больных внелегочным туберкулезом.

2. Какова доля больных с ассоциированной ВИЧ инфекцией среди больных внелегочным туберкулезом? В 1998 г. южно-корейские авторы рассматривали туберкулез позвоночника как один из типичных маркеров синдрома приобретенного иммунодефицита. Еще 5 – 7 лет назад в РФ наличие данной ассоциации рассматривалось как редкость. Сегодня, по сообщениям из регионов, больные с ВИЧ-инфекцией составляют до 15% от числа регистрируемых больных внелегочным туберкулезом. По данным СПбНИИФ среди оперированных в институте больных со специфическим поражением позвоночника доля ВИЧ-инфицированных также достигает 15%. Те же тенденции отмечаются и при туберкулезе периферических лимфатических узлов, органов брюшной полости. Ежегодно в детской клинике оперируется 1-2 ребенка либо получающие антиретровирусную терапию, либо рожденные от матерей, больных ВИЧ инфекцией.

3. Как часто внелегочный туберкулез приобретает хроническое течение? Изменение системы диспансерного учета контингентов с выделением II (хроническое течение) и III групп (клиническое излечение и остаточные изменения) при отсутствии четких критериев включения больных в указанные группы, привело к тому, что больных хроническими формами внелегочного туберкулеза не учитываются - констатация больного в “рецидивы” не предусматривает указание локализации поражения. Отсюда же и почти точно 3-кратное превышение в большинстве анкет числа больных внелегочным туберкулезом, состоящих в III группе, над числом впервые выявленных больных: врачи строго соблюдают рекомендации снимать больных III группы с диспансерного учета после 3 лет наблюдения. При этом обострение процесса в более поздние сроки как хроническое течение заболевания также не регистрируется (или не учитывается).

4. Доказательность диагноза “внелегочный туберкулез”. Спустя 40 лет после фундаментальных исследований о патогенезе внелегочного туберкулеза, мы вынуждены обращать внимание на тот факт, что рекомендуемый как основной для туберкулеза диагностический критерий “бактериовыделение” для внелегочного туберкулеза имеет лишь вспомогательное

и ограниченное значение. Особенности экстрапульмональных процессов характеризуются низкой частотой бактериовыделения из очага поражения (для костно-суставного туберкулеза он не превышает 28%), а при некоторых локализациях (например, при поражении органа зрения) такое подтверждение процесса в принципе мало реально. Именно поэтому для каждого варианта органной патологии при внелегочном туберкулезе не только необходимо использовать разные методы диагностики, но и учитывать разный уровень доказательности диагноза. Для одних локализаций (туберкулез костей и суставов, лимфатической системы, органов брюшной полости) невозможно переоценить значение морфологических методов диагностики, для других (мочеполовая система и туберкулез женских гениталий) – бактериологических, включая современные молекулярно-генетические методы, для третьих (туберкулез органа зрения) – клинико-инструментальных и аппаратных. Корректность диагноза «внелегочный туберкулез» предполагает максимально раннее применение наиболее информативных для каждой локализации методов с их адекватной интерпретацией. При этом следует указать на факторы, которые продолжают не вполне адекватно трактоваться как фтизиатрами, так и смежными специалистами:

1) применение современных методов ускоренной бактериологической диагностики (ВАСТЕС Mgit '900) действительно привело к значительному сокращению сроков бактериологического исследования по сравнению со стандартными, но не повысило уровень (частоту) бактериовыделения (!)

2) использование молекулярно-генетических методов диагностики (ПЦР), в дополнение к стандартным бактериологическим, хотя и повысило уровень верификации туберкулеза, но не столь значимо, как ожидалось. Первичный анализ данных по костно-суставному туберкулезу у детей свидетельствует о , суммарном “приросте” подтверждений в пределах не более 5%.

5. Утяжеление клинических форм внелегочного туберкулеза. Этот факт подтверждают не только данные опроса, но и клиник СПбНИИФ. В последние 5 лет возобновился поток больных, имеющих столь обширные разрушения костей, суставов и позвоночника, что в ряде случаев ставится под сомнение возможность одномоментного проведения радикально-реконструктивных операций. В клинику вновь стали поступать пациенты, в т.ч. детского возраста, с угловыми остроугольными кифозами, что соответствует показателям 70-80-годов прошлого столетия. Причины этого не только объективны (множественная лекарственная устойчивость микобактерий достигает в некоторых регионах 68%), но и банальны: от момента появления первых жалоб

до диагностики порой проходит до 14 лет! Кроме того часть фтизиатров до сих пор не приемлет комплексного подхода при определении целей лечения таких больных и отказывается направлять пациентов на раннее хирургическое лечение, необоснованно ожидая эффекта от длительного назначения противотуберкулезных препаратов.

6. Кадровая обеспеченность амбулаторного звена службы внелегочного туберкулеза. Одна из острых проблем отрасли связана с ошибочным мнением некоторых региональных организаторов здравоохранения посчитавших, что число специалистов, занимающихся внелегочным туберкулезом, должно рассчитываться исходя из числа регистрируемых больных с данной патологией, а не численности населения региона. Подобный подход a priori полностью игнорирует выполнение двух основных задач первичного звена – активное выявление больных в группах риска при непосредственной работе с учреждениями общей лечебной сети и организацию их квалифицированного лечения на месте (в регионе) или в профильном федеральном центре. В подавляющем большинстве регионов работа специалистов по внелегочному туберкулезу свелась к обеспечению амбулаторного консультативного приема, который зачастую “прикрывают” совместители, возрастной состав которых не позволяет надеяться на активное выявление патологии - опыт посещения многих диспансеров в середине 2000-х годов показал, что эти ставки заняты пенсионерами. Справедливости ради следует отметить, что в ряде (к сожалению – в меньшинстве) регионов у администраторов здравоохранения хватило понимания и политической воли для сохранения полноценных штатов амбулаторной службы внелегочного туберкулеза.

Ситуация могла бы кардинально измениться с принятием в феврале 2011 г. Приказа № 1224-Н Минздравсоцразвития РФ (“Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации”), в котором прописаны штаты амбулаторного звена внелегочной службы исходя из численности населения региона. Ставки специалистов (травматологов-ортопедов, урологов, гинекологов и т.д.) предусмотрены из расчета 1 должность на 500-750 тыс. населения, что при расчете на регион с населением в 1 млн. человек позволяет предусмотреть наличие как минимум 5-7 фактических лиц, в т.ч. 2 травматологов-ортопедов, по 1 гинекологу и урологу и т.д. Выполнение “Порядка...” при насыщении службы профессиональными кадрами полностью обеспечит активное выявление больных в учреждениях общей лечебной сети, в т.ч. – выезды в районы, что с учетом размеров областей РФ имеет принципиальное значение. Недостатком указанного документа является его рекомендательный характер, что может свести на нет все благие намерения. К сожалению,

по данным анкетирования, ни в одном из субъектов РФ к настоящему времени (6 месяцев с момента принятия документа) штаты специалистов по внелегочному туберкулезу в соответствии с рекомендациями не приведены. Наиболее близки к рекомендуемым цифрам те немногочисленные регионы, в которых и до принятия "Порядка..." сохранялись соответствующие ставки и специалисты.

7. Место и объем оказания специализированной помощи больным внелегочным туберкулезом - один из наиболее дискуссионных вопросов. Полноценное ведение таких больных подразумевает осуществление противотуберкулезного химиотерапевтического лечения в сочетании с адекватным специализированным лечением органной патологии. При этом противотуберкулезная химиотерапия должна проводиться по стандартным курсам и режимам, в то время как специализированное лечение - своевременно и индивидуально в соответствии с локализацией, клинической формой заболевания, его активностью, распространенностью и осложнениями. Не вызывает сомнения, что этап специализированного лечения должен осуществлять специалист соответствующего профиля. Вместе с тем, противотуберкулезную терапию может (должен?) проводить фтизиатр при участии узкого специалиста для контроля эффективности лечения.

На наш взгляд, алгоритм действий врача-фтизиатра, под наблюдение которого попал больной внелегочным туберкулезом, должен включать;

1. определение распространенности туберкулезного процесса, прежде всего - его генерализации и активности в органах грудной клетки;

2. назначение соответствующего режима химиотерапии (см. Приказ № 109)

3. обеспечение ранней квалифицированной консультации специалиста по туберкулезному поражению конкретной системы - костно-суставной, мочевыделительной, нервной и т.д. Следует четко определить пределы компетенции специалиста по органной патологии: уролог или гинеколог не должен определять метод лечения больного костно-суставным туберкулезом и наоборот. Его задача - обеспечить квалифицированную консультацию в учреждении, признанном ведущим по данной патологии в регионе, федеральном округе или стране. Современные средства электронной связи и коммуникации позволяют провести консультацию на профессиональном уровне в максимально короткие сроки;

4. обеспечение больному специализированной помощи - в соответствии с рекомендациями специалиста. Знание врачом современных методов лечения органной патологии позволит грамотно выбрать место проведения специализированного лечения.

Вопрос принципиальный и болезненный - об объеме специализированного лечения и обеспеченности коечным фондом для такой помощи. Один из компонентов такого лечения - операция, требующая в ряде случаев использования дорогостоящей техники и расходных материалов. По нашему мнению, специализированные отделения для больных внелегочным туберкулезом не должны подменять собой фтизиатрические отделения, в которых должна проводиться противотуберкулезная терапия больных внелегочным туберкулезом. В первом случае, такое отделение подразумевает наличие полноценного штата специалистов и операционного блока, полноценно загруженных хирургической работой и имеющих современное оборудование. Во втором случае рационально в штат фтизиатрического отделения ввести ставки консультантов-специалистов. Рациональное использование коечного фонда, где бы такие отделения не находились - в стационаре противотуберкулезного диспансера или в федеральном НИИ, обеспечит не только рациональное использование средств, но и интенсификацию работы отделений. Одним из результатов такой работы будет и активизация лечебно-диагностических мероприятий, в т.ч. увеличение числа и качества операций у больных с заболеваниями, требующими дифференциальной диагностики с внелегочным туберкулезом. Побочным результатом такого решения станет (и уже стало) сокращение специализированных коек, что, тем не менее, не приведет к снижению качества помощи - концентрация больных для специализированного лечения в крупных, действительно активно работающих и современно обеспеченных медицинских центрах и федеральных институтах неизбежно повысит эффективность такой работы. К сожалению, предназначенные для этого и созданные в 70-е годы межрегиональные и областные центры лечения внелегочного туберкулеза, в настоящий период либо перестали существовать, либо функционируют как сугубо региональные, оказывая помощь больным "не своих" регионов на коммерческой основе. Ликвидация такой региональной привязки возможна в рамках единой системы медицинской помощи, в т.ч. страховой, которая во фтизиатрии лишь делает первые шаги, но должна обеспечить больному своевременную и квалифицированную помощь.

К сожалению, в настоящее время не вполне понятна судьба наиболее крупных подразделений внелегочной службы, на которых лежит основной груз современных видов специализированного лечения органной патологии - отделений внелегочного туберкулеза федеральных НИИ и специализированных санаториев. De facto обеспечивая высокий уровень помощи всем больным благодаря федеральным квотам, de jure статус таких отделений не определен: в Приказе 1224-Н структура и функции федеральных НИИ вообще

не прописаны, кроме того, не разработан механизм обеспечения доступной дорогостоящей помощи в случае отмены федеральных квот, что рано или поздно может произойти.

Что же касается санаториев, то для внелегочного туберкулеза традиционно важным считалось максимально рано включать восстановительно-реабилитационные методы в комплекс лечения органной патологии, проводимой на фоне противотуберкулезной терапии, в т.ч., после хирургических вмешательств. Однако, такая концепция входит в противоречие с общей концепцией санаторной службы, и требует дополнительного нормативного пояснения, оптимальным из которых, на наш взгляд, является придание таким санаториям статуса стационаров восстановительного лечения

8. “Мифы” внелегочного туберкулеза. Эти вопросы касаются, прежде всего, осложнений противотуберкулезной вакцинации, а также костно-суставного туберкулеза у детей (эти вопросы переплетаются при обсуждении как фтизиатрической общественностью, так и вне ее). Вот уже несколько лет в отчетах “Туберкулез в Российской Федерации” четко констатируется не только абсолютное число зарегистрированных осложнений вакцинации БЦЖ (в 2010 г. таковых было 607), но и их тяжесть: 74% составили ограниченные и локальные местные процессы – абсцессы и лимфадениты, не требовавшие стационарного лечения. В 159 случаях зарегистрированы т.н. распространенные и генерализованные процессы, значительную часть среди которых занимают БЦЖ-оститы. Многолетний опыт хирургического лечения таких пациентов в детской клинике СПбНИИФ позволяет нам утверждать, что частота костных осложнений противотуберкулезной вакцинации в Российской Федерации не превышает средние показатели европейских стран, составляя в среднем около 8 случаев на 100 000 вакцинированных новорожденных детей. При этом патогенность национального штамма вакцины БЦЖ-Россия не доказана, хотя каждый конкретный случай может быть связан с патогенностью конкретной серии вакцины; при отсутствии указаний на возможную компрометацию иммунной системы (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, соматическое состояние новорожденного) не имеет ни медицинского, ни экономического обоснования культивируемая порой в средствах массовой информации мысль о необходимости иммунологического обследования всех подлежащих первичной вакцинации детей. Следует отметить, что нецелесообразность массовых иммунологических исследований для этих целей отметили в начале 90-х годов врачи северно-европейских стран (Дания, Швеция), считая неоправданными высокочрезвычайно затратные сплошные исследования при крайне

низкой частоте патологии (фактически соответствующей понятию редких или орфанных заболеваний); понятие “БЦЖ-остит” сужает спектр костной патологии, которая может быть осложнением противотуберкулезной вакцинации. За последние 15 лет мы оперировали 5 детей с поражением позвоночника и 2 – с поражением суставов, у которых процесс был вызван вакцинным штаммом микобактерий, что подтверждено типированием выделенной культуры. В 2 из пяти случаев спондилит явился одной из локализаций БЦЖ-сепсиса у детей с врожденными иммунодефицитными состояниями; в условиях существующего в РФ уровня заболеваемости туберкулезом (77,4 на 100 тыс. в 2010 г), на наш взгляд, опасно муссировать вопрос об отмене массовой первичной вакцинации детей от туберкулеза, хотя бы теоретически не просчитывая последствия, к которым может привести такое решение. Поводом для сомнений должны стать и данные Eva Salo (Финляндия), приведенные на конференции, посвященной 85-летию создания вакцины БЦЖ в г. Санкт-Петербурге: в 2009 – 2010 гг. в Финляндии, где проводится выборочная вакцинация детей из групп риска три ребенка заболели и один умер от туберкулезного менингита. В сопоставимых с Финляндией по населению и территориально близких г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области за тот же период выявлено 8 БЦЖ-оститов, благоприятно излеченных, однако ни одного случая туберкулезного менингита не зарегистрировано. На наш взгляд, частично на вопрос о правомерности вакцинации ответит время. Судя по официальным данным, уже сейчас охват вакцинацией БЦЖ в роддомах во многих регионах РФ, в т.ч. в г. Москве и Санкт-Петербурге составляет менее 85%; г. Москва около 4% новорожденных вообще не прививаются вакциной БЦЖ из-за отказа родителей, обусловленного информацией о возможных осложнениях. Учитывая количество новорожденных, уже через 5-7 лет создастся достаточно большая прослойка невакцинированного детского населения, которая позволит статистически корректно сравнить показатели заболеваемости туберкулезом вакцинированных и невакцинированных когорт. Вместе с тем, мы считаем абсолютно необходимым обсуждать показания к индивидуализации времени противотуберкулезной вакцинации, а также к жесткому соблюдению требований вакцинации новорожденных из групп риска; еще один “миф” - о различной патогенности культур вакцинных штаммов БЦЖ и БЦЖ-м. Следует помнить о том, что в обеих вакцинах присутствует один и тот же штамм микобактерий *M.bovis BCG Russia*, а различия заключаются лишь в стандартизованном числе бактериальных тел в модифицированной вакцине.

В статье подняты лишь некоторые вопросы, касающиеся сегодняшнего состояния проблемы внелегочного туберкулеза. Сохраняет ли внелегочный

туберкулез ту же актуальность, что 20-25 лет назад? Должны ли учреждения противотуберкулезной службы ограничить свою деятельность лечением только установленного заболевания или могут взять на себя более широкие функции с учетом реальных возможностей, знаний специалистов и технических возможностей учреждений? Насколько готова служба внелегочного туберкулеза к функционированию в новых организационных и экономических условиях? Ответы на эти вопросы придется искать уже в ближайшее время.

К статье А.Ю. Мушкина, Е.М. Белиловского, А.А. Першина «ВНЕЛЕГОЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОПОСТАВЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОФИЦИАЛЬНЫХ ДАННЫХ И РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТНОГО СКРИНИНГА»

Комментарий из региона (отклик на дискуссию)

Внелегочный туберкулез долгое время находился на задворках фтизиатрии, по-видимому, исходя из «статистических» соображений некоторых прежних руководителей службы. В развитых странах Европы, Канаде и США доля внелегочного туберкулеза в структуре туберкулеза в целом составляет до 25-30%. Замалчивание проблемы не помогает ее решению. Следует отметить, что к чести авторов работы им удалось объективно проанализировать причины ошибочно низких показателей внелегочного туберкулеза в России.

Имея достаточный опыт руководителя регионального внелегочного стационара, готов подтвердить тенденцию роста числа ВИЧ-инфицированных больных, составляющих в нашем контингенте около 10-15 % среди больных туберкулезным лимфаденитом, и факт заметного утяжеления клинических форм внелегочного туберкулеза у выявленных больных. В клинике СПбНИИФ такая ситуация объяснима изначально тяжестью направляемых на хирургическое лечение пациентов, которым не могут оказать специализированную и высокотехнологичную помощь по месту жительства. Подобная ситуация в регионах настораживает вдвойне, т.к. причины ее очевидны - отсутствие активного выявления, полное незнание проблемы специалистами общей сети, на которую в основном и возложены задачи по выявлению, кадровый дефицит, слабая материальная база, пробелы в программе кафедр фтизиатрии медицинских ВУЗов.

Большое значение имеет проблема «места и объема оказания специализированной помощи». Думаю, что никоим образом нельзя допустить закрытия учреждений и значительного сокращения коечного фонда. Необходимо сберечь то немногое, что осталось. Особенно это касается медицинских кадров. Следует сохранить и оснастить некогда мощную внелегочную

санаторную сеть, придав ей функции реабилитационных учреждений. Особенно это касается костно-суставной локализации, при которой достаточной эффективности лечения можно достичь только комплексным подходом с применением и высокотехнологичных хирургических вмешательств и методик восстановительного лечения. В то же время подход к судьбе каждого отдельно взятого санаторного учреждения должен быть дифференцированным в соответствии с реалиями кадрового и материального потенциала.

На поставленные в заключительном разделе обсуждаемой работы глобальные вопросы будущего обсуждения хочется высказать свое мнение уже сегодня. Сохраняет ли внелегочный туберкулез актуальность - да, безусловно! Количество больных не уменьшается, это видно даже при, мягко говоря, ошибочных статистических подходах, а тяжесть и запущенность специфического процесса у впервые выявленных больных прогрессируют. Ассоциация с ВИЧ-инфекцией будет только нарастать.

Специализированные учреждения внелегочного туберкулеза имеют громадный опыт по лечению не только верифицированного туберкулезного процесса, но и «пограничных», требующих дифференциальной диагностики заболеваний. Отказаться от этого опыта представляется неразумным, поскольку при этих различных заболеваниях имеется достаточно общий лечебно-диагностический подход. Также следует отметить, что группы риска по внелегочному туберкулезу, куда входят все эти больные, определены нормативными документами и подлежат наблюдению фтизиатрами.

На вопрос о готовности учреждений внелегочной службы работать в новых организационных и экономических условиях однозначно ответить сложно, учитывая изначально разные стартовые возможности, которые требуют отдельного анализа, однако другого пути в настоящее время просто нет.

Главный врач ГКУЗ Московской области

Е.О. Перецманас

«Центр специализированной медицинской помощи больным внелегочными формами туберкулеза», доктор медицинских наук