

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