

КОММЕНТАРИЙ ИЗ РЕГИОНА (ОТКЛИК НА ДИСКУССИЮ)*Е. А. Малашёнков**Санкт-Петербургский ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Выявление больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети — весьма серьезная проблема в нашем здравоохранении, и актуальность ее с течением времени не снижается. Это обусловлено многими факторами, и социально-экономическими в том числе. Нельзя не признать, что в последние годы в России предпринимаются определенные шаги в сторону профилактики заболеваний, внедряются, как на региональном, так и на федеральном уровне различные программы диспансеризации. И тем не менее большой массив населения все еще остается не охваченным профилактическими осмотрами и скрининговыми мероприятиями. В первую очередь это относится как раз к той части популяции, которая наиболее подвержена инфекционным заболеваниям вообще и туберкулезу в частности: это мигранты, безработные или официально не работающие, бездомные, люди, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью, а также другие социально дезадаптированные лица. Неудивительно, что туберкулез среди упомянутых контингентов чаще всего выявляется уже не на ранней, бессимптомной стадии, а при обращении в поликлиники или больницы общего профиля.

Таким крупным многопрофильным стационарам, как Оренбургская областная клиническая больница и ей подобным, несомненно, следует иметь в своем штате постоянно действующего и опытного врача-фтизиатра. Довольно наивно предполагать, что представитель этой специальности может быть эффективно заменен несколькими десятками других врачей стационара, пусть даже прошедшими курсы первичной специализации по фтизиатрии. Впрочем, это совершенно не говорит о том, что врачам иных специальностей, в поле зрения которых часто попадают больные туберкулезом, не нужно совершенствовать свои познания в этой области. Проявление фтизиатрической настороженности другими специалистами, грамотное выполнение диагностического минимума, правильная трактовка полученных результатов, своевременное и обоснованное привлечение фтизиатра к диагностическому процессу — это залог успешной работы медицинского учреждения в деле диагностики туберкулеза.

В выявлении туберкулеза нельзя переоценить значение и таких вспомогательных служб, как рентгенологическая и лабораторная. Рентгенологи — именно эти специалисты чаще всего стоят у истоков диагноза туберкулеза. От того, насколько быстро они выявят и грамотно оценят тот или иной симптомокомплекс, которым проявляется туберкулез, зависит очень многое. К сожалению, в повседневной практике нередко приходится сталкиваться со случаями, когда больным, поступающим из многопрофильных стационаров, не только не установлен диагноз туберкулеза, но даже рентгенологические изменения, определяемые в органах дыхания, расцениваются как неспецифические, а то и вовсе остаются незамеченными. Эта проблема касается, главным образом, ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Уже ни для кого не является секретом, что туберкулез, являющийся осложнением СПИДа, имеет свои особенности течения и порой очень сильно отличается по клинко-рентгенологической картине от тех привычных форм, которые хорошо всем известны из классических руководств по фтизиатрии.

Большое значение имеют навыки лабораторной службы больницы в обнаружении кислотоупорных микобактерий в диагностическом материале. С другой стороны, не менее важно обеспечивать лабораторию этим материалом. Однако настороженность врачей общего профиля в отношении внелегочного туберкулеза все еще оставляет желать лучшего. Чем дальше от фтизиатрической службы, тем меньше здесь помнят о том, что КУМ вполне возможно обнаруживать при помощи всем доступного метода Циля — Нильсена не только в мокроте, но и в крови, ликворе, кале, разного рода абсцессах, в гистологических препаратах. Присутствие в больнице фтизиатра стимулирует коллег других специальностей к более полному обследованию больных на туберкулез, в том числе и с использованием современных методов диагностики (ВАСТЕС, ПЦР и др.).

К сожалению, проанализированный в статье период времени заканчивается 2006—2007 годами. А ведь именно с начала второй декады 2000-х годов в стране наблюдается резкий подъём заболеваемости туберкулезом в среде ВИЧ-инфицированных. И этот фактор, несомненно, повлиял бы на приведенные

в публикации показатели в сторону утяжеления ситуации, если бы автор расширил анализируемый период хотя бы до 2012 года. Оренбургская область, согласно данным регионального Центра СПИДа, занимает к настоящему времени по поражённости ВИЧ-инфекцией (более 1100 на 100 000 населения) седьмое место в стране и второе — в Приволжском федеральном округе, и это очень серьёзный фактор,

влияющий на заболеваемость туберкулезом в регионе.

Всем своим многолетним опытом автор статьи справедливо показывает: нельзя не признать той очевидной пользы, которую приносит в многопрофильной больнице фтизиатр, рука об руку работающий с другими специалистами и являющийся полноценным участником мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению пациентов.