

КОММЕНТАРИЙ ИЗ РЕГИОНА (ОТКЛИК НА ДИСКУССИЮ)*Н. А. Скрынник**Районный противотуберкулезный диспансер №12, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Организация работы по выявлению туберкулеза в стационарах общего профиля в современных условиях требует управленческих решений на разных уровнях еще и потому, что с разрушением четкой системы раннего выявления туберкулеза, существовавшей ранее, смещается выявление туберкулеза из поликлинической сети на стационарную. При этом в стационарах различного профиля или отделениях, как в данной статье, существует существенная разница в необходимости привлечения фтизиатра для проведения дифференциально-диагностических алгоритмов действия по выявлению туберкулеза и дальнейшей тактике в отношении данных больных.

Не является новостью то, что эффективность бактериоскопии, произведенной в общесоматическом стационаре, для диагностики туберкулеза, составляет менее 1%, хотя автором была инициирована учеба лаборанта стационара в тубдиспансере для уточнения методики обработки и чтения мазков мокроты. Желательно было бы указать, у скольких больных бактериовыделение было диагностировано впоследствии после перевода их в противотуберкулезный стационар.

В выявлении туберкулеза преобладали клинко-рентгенологические методы диагностики (76,3%).

Интерес представляет разработанный алгоритм взаимодействия между стационаром и противотуберкулезным учреждением, связующим и организующим звеном между которыми является штатный фтизиатр стационара

В статье отмечено увеличение количества больных, нуждающихся в помощи фтизиатра и увеличение количества больных с выявленным в стационаре общего профиля туберкулезом. К сожалению, из статьи не ясно, с чем это связано.

Нет также данных по срокам предыдущего флюорографического обследования у больных с выявленным туберкулезом.

Если исходить из весьма благоприятной структуры выявленных больных (очаговый туберкулез – 16,6%, инфильтративный – 38,1%, плеврит – 14,5%) можно предположить, что сроки флюорографического обследования населения в основном соблюдаются. Это подтверждают и данные по высокому охвату населения Оренбургской области профосмотрами и доли больных туберкулезом, выявленных при

профосмотрах (Туберкулез в Российской Федерации. 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации; Москва 2011 год).

Хотелось бы видеть, что явилось причиной госпитализации в стационар общего профиля больных с выявленным у них в короткие сроки (1-7 дней) туберкулезом: туберкулез, протекавший под различными «масками» или туберкулез был выявлен как сопутствующее заболевание.

Из статьи также не ясно, и в каком режиме работает стационар, принимает ли «по скорой», и в каком объеме.

В перечне отделений, где был задействован фтизиатр, нет приемного отделения. Можно предположить, что основная масса поступающих в стационар больных - это так называемые «плановые» больные, которые, в соответствии с действующими нормативными документами, должны поступать на госпитализацию с комплексом обследования, включая и флюорографическое обследование в предыдущие годы.

Интересно было бы сравнить выявляемость в том же регионе больных туберкулезом в стационарах общего профиля, принимающих в основном urgentных больных.

Особо следует отметить, что у 90% выявленных больных туберкулез диагностируется впервые.

Увеличение числа больных туберкулезом, выявляемых в стационарах общего профиля требует анализа данного вопроса, в том числе эпидемиологического, как минимум на уровне регионов.

Перераспределение выявления туберкулеза с поликлинических учреждений на стационарные свидетельствуют о снижении работы амбулаторной сети по раннему выявлению туберкулеза, необходимости ставить фильтр в общесоматических стационарах на уровне приемных отделений для выявления туберкулеза и предотвращения формирования в стационарах очагов туберкулеза.