

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	7
Список сокращений и условных обозначений	14
Введение	16
Глава 1. Организация работы и структура противотуберкулезного диспансера	19
1.1. Исторический опыт организации амбулаторной медицинской помощи больным туберкулезом (<i>В.Ф. Жемков, Л.Р. Шпаковская</i>)	19
1.2. Процессы управления в противотуберкулезном диспансере (<i>И.А. Божков</i>)	25
1.3. Врачебная комиссия в амбулаторной фтизиатрической службе (<i>И.А. Божков, Д.А. Вrabий</i>)	30
1.4. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности противотуберкулезного диспансера (<i>Д.А. Вrabий</i>)	36
1.5. Кадровая политика (<i>Л.М. Голышева, В.А. Ивановская</i>)	43
1.6. Финансово-хозяйственная деятельность учреждения (<i>Е.Л. Петрова, Л.В. Тумашева, И.М. Чернышев</i>)	47
1.7. Организация закупок (<i>Е.В. Неделина</i>)	60
1.8. Информационное взаимодействие с населением	64
1.8.1. Работа с обращениями граждан (<i>И.В. Юбрина</i>)	64
1.8.2. Санитарно-просветительная работа (<i>Н.В. Корнева, К.В. Шалыгин</i>)	67
1.9. Особенности приема граждан в период пандемии (<i>Н.И. Макшанова, Н.Ю. Лебедева</i>)	72
1.10. Цифровая трансформация и электронный документооборот (<i>Д.В. Никониров, Н.В. Корнева</i>)	75
1.11. Юридическое сопровождение деятельности противотуберкулезного диспансера (<i>А.В. Сизов</i>)	80
1.12. Платные медицинские услуги (<i>И.В. Юбрина</i>)	82
1.13. Социальное партнерство в сфере труда (<i>Н.Ю. Лебедева, И.А. Божков</i>)	85
Глава 2. Клиническая диспансерная работа	89
2.1. Основные принципы работы и порядок организации участковой службы (<i>Е.В. Зайцева, И.А. Божков, А.В. Елькин</i>)	89

2.2. Территориальный мониторинг – основа межведомственного и междисциплинарного взаимодействия	97
2.2.1. Подходы к работе в очагах (И.А. Божков, Е.В. Зайцева, Н.И. Божков, Е.И. Степанова)	97
2.2.2. Дезинфекционные мероприятия (Н.Ю. Лебедева)	109
2.2.3. Взаимодействие с общей лечебной сетью (О.Ю. Кузнецова, И.В. Юбрина, М.А. Привалова)	111
2.2.4. Проведение программ информационного и гигиенического просвещения населения на территории (К.В. Шалыгин, Н.В. Корнева)	114
2.3. Взрослое фтизиатрическое отделение	118
2.3.1. Работа взрослого фтизиатрического отделения (Е.В. Зайцева, К.В. Сибиль)	118
2.3.2. Работа с больными, самовольно прервавшими лечение и уклоняющимися от обследования (Е.В. Зайцева)	123
2.3.3. Противотуберкулезная помощь лицам без определенного места жительства (Т.В. Григорьева, Л.В. Поддубная, В.А. Изупов, Е.В. Макеева, К.В. Шалыгин)	128
2.3.4. Направление на санаторно-курортное лечение (Г.С. Баласанянци, И.А. Божков)	133
2.4. Детское фтизиатрическое отделение	139
2.4.1. Организация непрерывного наблюдения за детьми (М.Э. Лозовская, Л.Н. Мидаева, М.В. Яковлева)	139
2.4.2. Работа с подростками призывного возраста (В.В. Данцев, Д.А. Врабий)	147
2.4.3. Латентная туберкулезная инфекция (М.Э. Лозовская, Л.Н. Мидаева, Н.А. Никифорова)	150
2.5. Стационар и стационарозамещающие технологии (А.Н. Артемов, И.В. Иконина, Т.И. Масленникова, С.Н. Жестовских, О.Е. Алексеев, О.В. Великая)	162
2.5.1. Стационар и взаимодействие с отделениями	162
2.5.2. Стационарозамещающие технологии	166
2.5.3. Дневной стационар	169
2.5.4. Стационар на дому	172
2.5.5. Видеоконтролируемое лечение	176
2.5.6. Лечение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи	179
2.6. Амбулаторно-консультативное отделение (С.О. Филиппова)	181
2.7. Диагностическое отделение (Т.Е. Верещагина, И.А. Божков, Н.В. Корнева)	186
2.8. Отделение медико-социальной, психологической и реабилитационной помощи (Н.В. Корнева, Л.В. Поддубная, И.А. Божков, Т.С. Крошина)	196
2.9. Этиологическая диагностика (Е.А. Теплова)	213

Глава 3. Профилактика туберкулеза (В.А. Аксенова, Н.И. Клевно, Л.Н. Мидаева, А.В. Казаков)	229
Глава 4. Иммунодиагностика и вакцинопрофилактика (Н.В. Корнева, Л.В. Поддубная, Д.А. Вrabий, Т.В. Пьянзова, Н.В. Лузина)	237
4.1. Подготовка кадров по иммунодиагностике и вакцинопрофилактике туберкулеза	237
4.2. Организация и проведение иммунодиагностики	241
4.3. Иммунодиагностика у детей при особых обстоятельствах	246
Глава 5. Дифференциальная диагностика (Г.С. Баласаняни)	248
Глава 6. Туберкулез и коинфекции	253
6.1. Туберкулез и ВИЧ (Г.С. Баласаняни)	253
6.2. Туберкулез и новая коронавирусная инфекция (Г.С. Баласаняни, И.А. Божков)	262
6.3. Туберкулез и коморбидные состояния (И.В. Юбрина)	270
Глава 7. Лечение туберкулеза: основные подходы и принципы (Т.И. Морозова)	274
Глава 8. Туберкулез органов дыхания (Г.С. Баласаняни)	279
Глава 9. Внелегочный туберкулез, клинические формы и принципы ведения (Е.В. Зайцева, М.Г. Соколова)	290
Глава 10. Медико-социальная экспертиза больных туберкулезом (О.Н. Владимирова, Н.В. Корнева, С.В. Столов)	304
Глава 11. Комплексная медико-социальная реабилитация больных с туберкулезом легких и посттуберкулезными изменениями, в том числе лиц старших возрастных групп (М.А. Севастьянов, Н.В. Корнева, И.А. Божков, О.Н. Владимирова)	315
11.1. Возможности амбулаторной противотуберкулезной службы по реализации основных направлений комплексной медико-социальной реабилитации	315
11.2. Межведомственное взаимодействие в ходе реабилитации инвалидов фтизиатрического профиля	323
11.3. Реабилитация пострадавших на производстве	325
11.4. Возможности реабилитации больных туберкулезом в стационарных учреждениях социального обслуживания	327
Глава 12. Отдельные вопросы фтизиатрической помощи	330
12.1. Паллиативная помощь (Г.С. Баласаняни)	330
12.2. Организация стоматологической помощи фтизиатрическим больным (А.Л. Рубежов, А.И. Яременко)	340
12.3. Особенности работы среднего медицинского персонала в противотуберкулезном диспансере (Н.И. Макшанова, Г.С. Баласаняни)	343

12.4. Влияние современных миграционных процессов на работу противотуберкулезного диспансера (Л.В. Поддубная, Я.К. Петрова, С.М. Лепшина, Л.В. Лебедь)	350
Глава 13. Статистический анализ и обработка данных (С.А. Стерликов, К.В. Шалыгин)	358
Приложения	369
Приложение 1. Нормативно-правовые акты	369
Приложение 2. Вариант формы запроса медицинской и иной информации	391
Приложение 3. Возможный акт проверки качества медицинской помощи и варианты ответов	392
Приложение 4. Выявление туберкулеза у лиц без определенного места жительства	397
Приложение 5. Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения взрослого населения при заболевании туберкулезом (класс I по МКБ-10)	398
Приложение 6. Перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения детского населения при заболевании туберкулезом (класс I по МКБ-10)	400
Приложение 7. Перечень медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения	402
Приложение 8. Показания к различным организационным формам амбулаторного лечения	403
Приложение 9. Форма протокола рентгенологического исследования [рентгенологического исследования легких (флюорографии)], рентгеновского компьютерно-томографического исследования	405
Приложение 10. Форма протокола ультразвукового исследования	407
Приложение 11. Карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулезной вакциной	409
Приложение 12. Техника проведения пробы Манту и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	413
Приложение 13. Тактика ведения детей с различными результатами пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	420
Приложение 14. Согласие гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы	423
Приложение 15. Выдержки из приказа Минздрава России от 21.02.2022 № 94н	427

ВВЕДЕНИЕ

Нет большей мудрости, чем своевременность.

Фрэнсис Бэкон

Идея этой книги возникла от осознания происходящих изменений и необходимости определения ключевых организационных структур во фтизиатрической службе в современных условиях. Начиная со времен позднего СССР, об организации работы противотуберкулезного диспансера (ПТД) были выпущены лишь отдельные пособия, не рассматривающие концептуально его роль как в системе здравоохранения в целом, так и во фтизиатрической службе Российской Федерации (РФ) в частности. Сегодня это звучит примерно как: «В тридевятом царстве, в тридесятом государстве...». Практически всем жителям России, да и всей территории постсоветского пространства, известны эти слова. Несомненно, микобактерия туберкулеза идет по миру через века, проходя сквозь древние царства и пронизывая биологической опасностью современные страны. Опираясь на прошлый опыт и традиции, где ПТД отводилось центральное место, авторы предлагают видение его роли в наше время. Меняются люди, подходы к диагностике и лечению, организационно-управленческие модели и концепции, законодательство, а туберкулез до сих пор распространен по всему миру. Нормативы оснащенности, перечень штатных единиц и другие критерии, прописанные в нормативно-правовых актах (НПА), не всегда позволяют единообразно определить соответствие тех или иных действий между организациями в системе здравоохранения, социальной и общественной сфере в разных субъектах РФ. С момента распада СССР количество медицинских и немедицинских специальностей, организаций разных форм собственности, отличающихся в разных субъектах РФ, существенно увеличилось. Соответственно, увеличилось и количество НПА, предписывающих определенный порядок их действий согласно квалификационным, отраслевым, ведомственным и другим требованиям, причем эти НПА порой противоречат друг другу, содержат разные трактовки. Например, одновременно на территории РФ существуют диспансеры с централизованной организационной формой управления (одно юридическое лицо) или децентрализованной формой управления (несколько

самостоятельных юридических лиц). Отличаются ли результаты их деятельности? Это мы рассмотрим, в том числе, в этой книге. Создаются и совершенствуются федеральные клинические рекомендации, описывая новые подходы по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и др. В то же время уровни убедительности и доказательности отличаются для разных направлений. Например, один из самых низких уровней приведен для реабилитации во фтизиатрии. Однако чаще всего больной туберкулезом — это больной трудоспособного возраста, имеющий длительный период нетрудоспособности, требующий не только адекватного фармацевтического ведения по срокам и режимам, но и дальнейшего реабилитационного сопровождения для полноценного возвращения к трудовой деятельности. Соответственно, вопросы проведения комплекса реабилитационных мероприятий во фтизиатрии, где амбулаторный этап в условиях диспансера выделен как основной, требуют детального изучения и приведения в соответствие с современными требованиями и НПА. Кроме того, в быстро изменяющейся ситуации в мире в целом и вокруг нашей страны в частности увеличиваются риски роста заболеваемости туберкулезом в РФ. Дополнительно к существующим происходит рост потоков маятниковой миграции и миграционной турбулентности постоянного населения на территориях с высокими показателями туберкулезного процесса за счет перемещения мигрантов/беженцев, а также лиц, задействованных в ходе специальной военной операции. Более того, в семьях, к огромному сожалению, происходят потери кормильцев и все это, в том числе, ведет к снижению благосостояния населения. Соответственно, в сегодняшних условиях значительно возрастает роль ПТД в своевременности и полноте проведения профилактической работы, улучшении порядка взаимодействия с общей лечебной сетью (ОЛС), общественностью, органами местного самоуправления и государственной власти в зависимости от территории обслуживания, необходимости разработки критериев проведения эпидемиологической, географической, социальной и другой оценки особенностей самой территории. В этом руководстве авторы на основании не только данных литературы, но и своего опыта предлагают конкретные модели для решения описанных проблем.

Цель данного издания — предложить специалистам в различных областях знаний, работающим как в противотуберкулезных организациях, так и с этими организациями, описание современных процессов, происходящих внутри ПТД, представить его возможности и роль в современной фтизиатрической службе. Нам бы хотелось, чтобы это было

обобщенное практическое дополнение к существующим порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям.

Книга построена таким образом, чтобы предложить читателям основные постулаты деятельности современного ПТД. Они основаны на мнениях профессионалов, теоретиков и практиков из разных уголков нашей Родины в области медицинских и немедицинских знаний, представляющих свой опыт, знания, примеры действий для возможной реализации на территории РФ. Авторы постарались представить организационную структуру современного ПТД, его особенности и возможности для эффективной профилактики и лечения туберкулеза. При прочтении этой книги важно опираться и оценивать путь от принципов и подходов, предложенных авторами и основанных на примерах и предложениях, к вашему опыту.

Принципы \leftrightarrow Примеры третьих лиц \leftrightarrow Ваш опыт.

Это первая попытка в РФ рассмотреть современный ПТД целостно, не только с клинической точки зрения, но и показать роль диспансера как центральной единицы сегодняшних и завтрашних взаимоотношений с общественными, социальными и другими структурами. Кроме того, необходимо обратить внимание на место немедицинских служб организации, социального партнерства в коллективе, не проводя искусственных границ между той или иной службой диспансера. Возможно, мы не смогли охватить в одной книге с первого раза все актуальные темы, и вы найдете некоторые неточности или несовпадения с вашим мнением, но мы готовы слышать вас и двигаться дальше вместе. Авторы будут признательны за ваши комментарии и дополнения, которые могут быть использованы для следующего издания книги.

Глава 1

Организация работы и структура противотуберкулезного диспансера

1.1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В 1887 г. для борьбы с туберкулезом в Эдинбурге (Шотландия) был открыт первый ПТД, в котором больным оказывали не только медицинскую, но и социальную помощь.

В 1901 г. в Лилле (Франция) А. Кальмет организовал на средства благотворителей туберкулезный диспансер, целью которого было выявление больных туберкулезом, систематическое наблюдение за ними, проведение санитарно-гигиенических мер в их семьях, оказание заболевшим материальной помощи, обеспечение их дополнительным питанием и прочим необходимым (Буренков С.П., 1977).

Говоря об истории зарождения и развития противотуберкулезных диспансеров в России, следует напомнить о том, что идея необходимости специального попечения о туберкулезных больных была высказана в Русской медицинской печати Р.А. Павловской (Санкт-Петербург) в 1895 г., то есть за несколько лет до Кальмета, которого считают автором идеи диспансерного наблюдения в Европе. Не случайно Л.Б. Бертенсон отмечал: «Когда у Кальмета явилась мысль об амбулаториях его типа, — он взял ее у нас».

Первая дискуссия по вопросу о диспансерах состоялась на расширенном заседании постоянной комиссии по изучению туберкулеза при Пироговском обществе в 1902 г. Полемика шла главным образом о том, какого типа учреждение должно стать центральным в противотуберкулезной работе в России — стационар или амбулатория. Дискуссия по данному вопросу продолжалась более 10 лет, несмотря на то, что Совет Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом в 1911 г. внес постановление в поддержку специальных амбулаторий-попечительств (диспансеров),

функционирующих как самостоятельные учреждения или связанные в той или иной форме с существующими лечебными учреждениями. Вопрос о диспансерах обсуждался на Совете лиги повторно в декабре 1912 г., на котором идея диспансерного обслуживания туберкулезных больных получила полную поддержку.

Следует отметить, что врачебные приемы в амбулаторных пунктах заключались преимущественно во врачебном осмотре больных и назначении лекарственной терапии. Более квалифицированную диагностику и лечебную работу проводили в главной лечебнице, где, наряду с медикаментозным лечением, применяли пневмоторакс и довольно широко — туберкулинотерапию. Специализированный прием детей был выделен лишь в единичных учреждениях. Прием для больных костно-суставным туберкулезом был организован при нескольких амбулаториях (в Москве, Симферополе, Одессе).

В амбулаториях довольно активно использовали общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Медикаменты туберкулезным больным уже в то время выдавались бесплатно или со скидкой (Тихомиров Н.Н., 1913). На 1 января 1913 г. число амбулаторий в России доходило до 59, в состав крупных туберкулезных лечебниц входили попечительства, организующие горячие завтраки для больных. В российских противотуберкулезных амбулаториях проводилась довольно значительная лечебная работа. Это являлось отличительной чертой отечественной противотуберкулезной организации специализированной помощи населению. Диспансеры в России с самого начала своей деятельности считали основной задачей раннее выявление туберкулеза. В этот же период появляются сообщения о групповых и массовых обследованиях на туберкулез учащихся и студентов с привлечением большого числа врачей. В одном из докладов на Совете Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом (устав лиги был утвержден в апреле 1909 г.) говорилось о том, что диспансер должен стремиться узнать всех больных своего района и все туберкулезные очаги.

В целях раннего клинического выявления туберкулеза врачи-фтизиатры стремились обнаружить начальные проявления туберкулеза физикальными методами. Отдельные амбулатории в крупных городах имели собственные лаборатории (туберкулезные палочки обнаруживались в 29,4% случаев). В ряде амбулаторий (в Санкт-Петербурге, Москве, Минске, Одессе, Ялте, Кронштадте и др.) использовали с диагностической целью рентгеноскопию. Позднее крупные диспансеры были оборудованы рентгеновскими кабинетами. В очень многих амбулаториях России широкое применение получила туберкулинодиагностика в виде реакции Пиркетта.

До нас дошли упоминания о немногих вспомогательных подразделениях при диспансерах. К ним относятся дневные санатории для взрослых и детей и круглосуточные стационары. Амбулаторную помощь на дому практически не оказывали.

В тот период многие больные поступали в туберкулезные амбулатории по собственной инициативе, без обязательных направлений их другими медицинскими учреждениями или врачами.

После почти полного замирания общественного противотуберкулезного движения за годы Гражданской войны идея широкой государственной борьбы с туберкулезом в России возродилась в 1918 г. Датой основания государственной противотуберкулезной службы можно считать 25 октября 1918 г., когда на заседании коллегии Наркомздрава было утверждено «Положение о секции борьбы с туберкулезом Наркомздрава». С этого периода началось формирование специализированной противотуберкулезной службы с подготовкой врачей-фтизиатров. В Москве и Петрограде были открыты первые научно-исследовательские институты (НИИ) туберкулеза. В течение разного времени в стране были открыты и функционировали 13 НИИ туберкулеза.

В 1922 г. в Петрограде состоялась конференция, которую позже стали считать I Всероссийским съездом по туберкулезу. В конференции приняли участие 113 врачей различных специальностей, представители профессиональных и общественных организаций. Важным итогом конференции стали выработка четких принципов борьбы с туберкулезом как государственной задачи и определение центральной роли ПТД. С этого периода началось государственное бюджетное финансирование всех противотуберкулезных учреждений. Во всех регионах создаются противотуберкулезные диспансеры, которые становятся центрами диагностики, лечебной и социально-просветительной работы. В диспансерах решались вопросы своевременного выявления туберкулеза и экспертизы трудоспособности больных. Внедрение рентгенологических технологий в тот период поставило на качественно новый уровень диагностику и контроль эффективности лечебной работы.

Несмотря на уменьшение заболеваемости и смертности от туберкулеза на фоне социальных изменений, начиная с 1930-х годов, заболеваемость туберкулезом вновь стала возрастать.

В послевоенные годы противотуберкулезная служба в стране продолжала совершенствоваться. Уже к началу 1948 г. число противотуберкулезных учреждений в СССР превысило довоенный уровень (Лапина А.И., 1963). С 1961 г. в стране стали проводить сплошные флюорографические

обследования населения с целью выявления туберкулеза и другой патологии органов грудной полости. В 1944 г. бактериологом С.Я. Ваксманом был получен первый высокоэффективный противотуберкулезный препарат — стрептомицин. С 1954 г. в лечебную практику вошла парааминосалициловая кислота (ПАСК*). В конце 60–х годов для лечения больных туберкулезом были синтезированы рифампицин и этамбутол.

В советский период были разработаны основные принципы организации борьбы с туберкулезом. В это же время окончательно сформировалась система централизованного управления комплексом противотуберкулезных мероприятий.

Проверочную флюорографию в стране стали проводить с 1949 г., когда при районных ПТД были организованы первые флюорографические станции. В период с 1950 по 1960 г. флюорографические кабинеты оснащались передвижными и стационарными флюорографами. Поскольку недостаточное число флюорографов не позволяло проводить широкое обследование населения, в задачу флюорографических кабинетов входило обследование выборочных групп населения: обязательные контингенты, работники крупных предприятий, длительно и часто болеющие (Вольфовская А.М., 1964).

В период с 1961 по 1970 г. значительно увеличился парк флюорографов. При районных поликлиниках были открыты флюорографические кабинеты, в которых обследовали всех впервые обратившихся больных и население. К проверочным обследованиям ежегодно привлекалось более 80% подлежащего ежегодному обследованию населения. В эти годы (1962–1968) во всех поликлиниках, медсанчастях и здравпунктах были заведены картотеки полицевого учета населения, построенные по территориально-производственному принципу. Применение территориально-производственного принципа с полицейвым картотечным учетом позволило добиться высокой эффективности флюорографического обследования (Буренков С.П., 1980). Методом флюорографии стали выявлять до 80% больных туберкулезом легких. В 1979–1980 гг. в Ленинграде методом флюорографии ежегодно выявлялось 90% заболевших туберкулезом легких, из которых 50% приходилось на поликлиники общей лечебной сети (ОЛС), а 50% — в кабинетах ПТД. Другие виды патологии органов грудной клетки также могли быть найдены при проверочных обследованиях (Васильев А.В. и др., 1981). В конце 80-х годов XX в., с введением нового хозяйственного механизма, в регионах стали организовываться различные территориальные медицинские объединения (ТМО), в том числе и фтизиатрического профиля, которые просуществовали до начала 90-х годов.

В конце 80-х годов XX в. было отмечено несоответствие между трудовыми и финансовыми затратами на противотуберкулезную работу и ожидаемым результатом — дальнейшим снижением заболеваемости (Приймак А.А., 1986), что расценивалось как снижение эффективности противотуберкулезной работы. Был предложен вариант снижения затрат путем пересмотра группировки контингентов ПТД с уменьшением длительности диспансерного наблюдения и сокращением численности диспансерных контингентов. Серьезными аргументами для пересмотра диспансерных группировок были (Козлова М.К. и др., 1995): улучшение структуры диспансерных контингентов, высокая эффективность лечения — клиническое излечение туберкулеза в 95–98% по окончании основного курса терапии. Данный проект был реализован в нескольких экспериментальных областях центральной России. При этом был получен определенный экономический эффект, который позволил внести предложения о сокращении сети противотуберкулезных учреждений.

Однако в 90-х годах XX в. ситуация значительно изменилась. В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о том, что в мире наблюдается повторный подъем заболеваемости туберкулезом, что было расценено как глобальная чрезвычайная проблема.

К началу 2000-х противотуберкулезная служба России имела 6 НИИ туберкулеза, 47 одноименных кафедр для обучения студентов, 23 кафедры последипломного обучения. Функционировало 502 диспансера, 16 санаториев федерального и 166 — местного подчинения. В службе работало свыше 9 тыс. врачей и 38 тыс. медицинских сестер, лаборантов и техников.

Новый этап борьбы с туберкулезом в России начался сразу после принятия Федеральной программы по туберкулезу на период 1998–2004 гг. Начало его фактически совпадает с началом XXI в. — временем некоторого улучшения социально-экономической ситуации.

Современная концепция национальной российской программы противотуберкулезной помощи населению сохранила основы российской школы борьбы с туберкулезом, максимально адаптировав их к новым социально-экономическим условиям и реформам отечественного здравоохранения. Основным учреждением, организующим и осуществляющим противотуберкулезную помощь населению, остается ПТД. На учреждения этого уровня Минздрава России возложены функции централизованного управления и контроля основных мероприятий: диагностика и лечение впервые выявленных больных туберкулезом и состоящих на диспансерном учете, правильное оформление свидетельств о смерти от туберкулеза и др.

Основными проблемами и направлениями работы фтизиатрической службы на современном этапе остаются раннее выявление и диагностика туберкулеза. В разных социальных и эпидемиологических условиях выявление и диагностика туберкулеза имеют свои особенности. Основная масса лиц с выявленными изменениями легких направлялась в ПТД, которые выполняли функции дифференциально-диагностических центров (Греймер М.С. и др., 1984). В современных условиях актуален вопрос организации преимущественного выявления болезни в группах высокого риска заболеть туберкулезом. По мнению В.В. Пунга (1998), основными методами выявления туберкулеза являются туберкулинодиагностика, лучевая и бактериологическая диагностика. При этом выбор приоритетов зависит от групп населения, включая возрастную состав, риск заболеть туберкулезом, наличие симптомов, позволяющих предположить наличие туберкулеза. Проблема своевременного выявления туберкулеза должна по-разному решаться не только в разных типах поселений и территорий, но и среди различных контингентов.

Следующей проблемой, актуальной для всех стран мира, является проблема лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и изыскание путей повышения эффективности лечения больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ и ШЛУ соответственно) на основе ускоренных методов диагностики и современных методов этиотропной и патогенетической терапии.

Сравнительно новой проблемой стала ассоциация туберкулеза с ВИЧ-инфекцией, что не только усугубляет эпидемиологическую опасность данных пациентов, но и в значительной степени ограничивает возможность их эффективного лечения.

Нельзя не отметить и определенную сложность контроля эпидемиологической ситуации в условиях усиленных миграционных процессов в странах бывшего социалистического лагеря и СССР и необходимость разработки мероприятий по снижению влияния миграционных процессов на заболеваемость туберкулезом, включая методы совершенствования медицинской статистики на основе персонифицированного учета больных туберкулезом.

Перечень существующих проблем можно было бы продолжить. Очевидно, что в сложившихся условиях, несмотря на многолетний положительный опыт функционирования, противотуберкулезная служба требует совершенствования. Существующие же в стране реальные межрегиональные (климатогеографические, социально-экономические

и пр.) различия требуют конкретизации общих концептуальных подходов применительно к тому или иному субъекту Российской Федерации (в том числе и с учетом накопленного в них исторического опыта).

В современных противотуберкулезных учреждениях имеющиеся инновационные технологии диагностики и лечения болезней органов дыхания (эндобронхиальная и мини-инвазивная хирургия, рентгеноэндоваскулярные методы диагностики и лечения и др.) имеют спектр применения, далеко выходящий за рамки специфической патологии и традиционных медицинских специальностей. Де-факто территориальные ПТД обеспечивают диагностику, верификацию и лечение заболеваний легких, средостения и плевры вне зависимости от их нозологической принадлежности, что, вероятно, необходимо учитывать при реформировании отечественного здравоохранения.

Глобальные международные вызовы, сопровождающиеся экономическими кризисами и военными конфликтами, с большой долей вероятности приведут к усилению миграционных процессов, ухудшению эпидемиологического благополучия населения и, как следствие, росту заболеваемости туберкулезом. Здесь уместно вспомнить о росте заболеваемости туберкулезом в первые годы перестроечного процесса в странах бывшего СССР. Эти обстоятельства должны учитываться органами здравоохранения при принятии решений о сокращении объемов фтизиатрической помощи населению в отдельных регионах и стране.

1.2. ПРОЦЕССЫ УПРАВЛЕНИЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

В современных условиях термин «управление» в основном нами воспринимается как синоним слова «менеджмент», то есть, если кратко, это некий процесс прогнозирования, планирования, организации, мотивации, координации и контроля, направленный на достижение цели организации. Цель ПТД уже сформулирована в его уставе. Естественно, возникает вопрос о способах достижения этой цели. Как видно из определения, руководитель учреждения и его команда должны обладать актуальными знаниями и навыками по прогнозированию, планированию и многим другим аспектам, чтобы достичь уставных целей и выполнить соответствующие показатели, государственное задание и др. С этой точки зрения управление должно рассматриваться и как воздействие на всех задействованных участников для улучшения характеристик производственного процесса при достижении качественных

и количественных показателей. Это не только вертикальное центробежное воздействие, когда вектор идет сверху вниз от руководителя к подчиненным, в том числе из вышестоящих над диспансером организаций, но и распространяется горизонтально между подразделениями для поиска эффективных решений с учетом понимания и принятия осуществляемых действий коллективом, разделения ответственности за результат всеми участниками. Соответственно, вопросы эффективности во многом зависят и от уровня развития профессионального социального партнерства внутри коллектива, разделяемых и выполняемых сторонами положений по основным рабочим процессам и их последствиям. Напомню вам известные со школьной скамьи слова И.А. Крылова: «Когда в товарищах согласья нет, на лад их дело не пойдет...».

Безусловно, главный врач, в том числе и в диспансере, несущий ответственность за принимаемые и реализуемые решения, является ключевой фигурой. Для эффективной работы учреждения, как в данный момент, так и на перспективу, согласно должностным обязанностям, руководитель должен осуществлять прогнозирование, контроль, мониторинг, разрабатывать стратегию, управлять напрямую и опосредованно финансами, персоналом, рисками, качеством и пр. Следовательно, главный врач — это не номинальная фигура, порой назначенная на должность в чьих-то сторонних интересах, а в первую очередь профессионал, обладающий организационно-управленческим кругозором, знаниями и опытом для выстраивания отношений в коллективе, определения действий и проведения мероприятий с горизонтом планирования не менее 3–5 лет при отсутствии объективных ошибок (кредиторская задолженность, нецелевое использование средств, недостижение основных целевых показателей и др.), то есть возможностью создания и реализации стратегии для решения уставных задач и достижения уставных целей. Эти стабильность и предсказуемость особенно важны в современных условиях, когда на фоне успехов в борьбе с туберкулезом в нашей стране происходящие внутри и вне страны изменения могут негативно повлиять на основные показатели (заболеваемость, распространенность, смертность и т.д.) туберкулезного процесса в РФ в будущем (рис. 1.1).

Высшая школа организации и управления здравоохранением в статье, опубликованной на портале medvestnik.ru 5 мая 2022 г. (<https://clck.ru/32jG6v>), приводит следующие результаты:

- 62,5% руководителей не ориентированы на достижение высоких показателей в работе организации, а преобладающая цель для них — собственный карьерный рост;

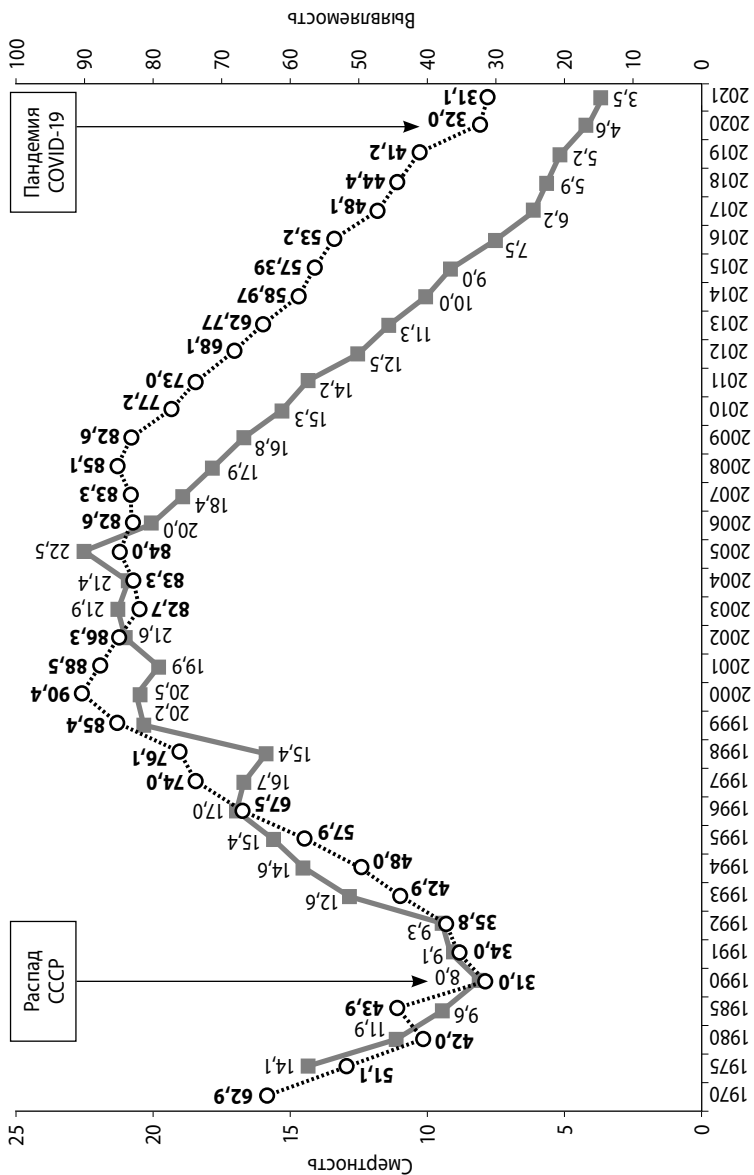


Рис. 1.1. Мониторинг развития туберкулезного процесса в России на фоне риск-факторов (на 100 тыс. населения). СВО — специальная военная операция