

У.Е. Макарова, Т.А. Мяркьянов

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

(К 30-летию организации внелегочного отделения ЯНИИТ)

Несмотря на тенденцию упрощения современного подхода к вопросам туберкулеза, это заболевание остается одним из немногих, которое представляет сложнейшую проблему для всех государств мира. При наличии даже небольшого источника инфекции избавиться от него, практически, невозможно, поэтому важно не расслабляться и укреплять позиции борьбы с туберкулезом. Это обеспечивается комплексностью и координированностью действий государственных, медицинских и общественных структур.

Туберкулезный процесс в организме единый, при котором могут поражаться все органы и ткани, а условное деление на легочный и внелегочный туберкулез (ВЛТ) имеет значение для успешной организации лечебно-диагностических мероприятий. Организация раннего выявления, оказания медицинской помощи больным туберкулезом костей и суставов, мочевой и половой системы, органов зрения и брюшной полости, кожи и подкожной клетчатки, мягких тканей и лимфатической системы имеют свои особенности и в отношении методик, и в отношении подготовки кадров. Фтизиатры – специалисты по ВЛТ обязаны иметь 2 сертификата (врача фтизиатра + ортопеда-травматолога или уролога, гинеколога, хирурга, окулиста). Все вышесказанное свидетельствует, что деление на легочный и внелегочный туберкулез в практическом аспекте становится оправданным, а изучение эпидемиологической ситуации по ВЛТ имеет существенное прогностическое значение, так как ВЛТ является дополнительным резервуаром туберкулезной инфекции и показателем неблагоприятности по туберкулезу в целом.

В 70-80-е г. прошлого столетия в российской фтизиатрической службе наибольшую актуальность приобрела

проблема специализированной помощи больным ВЛТ. Во-первых, это было связано с тем, что в те годы на фоне наступившего относительного эпидемиологического благополучия по туберкулезу органов дыхания выявилось замедление темпов снижения эпидемиологических показателей по ВЛТ. Если в 1976 г. по сравнению с 1971 г. заболеваемость ВЛТ снизилась на 27,9 %, то по сравнению с 1975 г. – на 6,3%. Накопление активных больных, состоящих на диспансерном учете, свидетельствовало, что за 1975 г. численность их снизилась на 23%, а в предыдущие 2 года – на 86% [2]. Во-вторых, это было связано с особенностями клинического течения внелегочного туберкулеза и обусловлено возникновением многих нерешенных вопросов и дискуссионных проблем, касающихся раннего выявления, диагностики, лечения больных, организации стационарной и поликлинической помощи и системы подготовки специалистов по данному разделу фтизиатрии. В те годы большую роль в решении многих вопросов совершенствования медицинской помощи больным ВЛТ сыграл приказ Министерства здравоохранения РСФСР 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению лечебно-профилактической помощи больным внелегочными формами туберкулеза». В стране была развернута сеть диспансерной службы с консультативным приемом больных на полные врачебные ставки по всем основным внелегочным локализациям туберкулеза, которая оправдала себя на практике. Почти во всех противотуберкулезных учреждениях крупных городов и региональных диспансерах были созданы большие отделения для больных ВЛТ: например, в Кемеровской области – на 300 коек, Воронежской – на 145, в Якутии – на 50 коек и т.д.

Практика показала, что организация деятельности специализированного стационара для больных ВЛТ имеет значительные трудности. Чаще всего определение профильности

и структуры подобных стационаров зависит от эпидемиологических показателей ВЛТ на отдельных административных территориях и от специфичности поступающего контингента. Противотуберкулезные диспансеры и научно-исследовательские институты туберкулеза центральных городов и областей имеют, как правило, 5-6 профильных стационаров для лечения больных ВЛТ – туберкулезом костей и суставов, мочевой, половой, лимфатической систем и глаз. При этом отделения для больных туберкулезом глаз и кожи предназначены для консервативного лечения, остальные – хирургического профиля, поэтому в них придерживаются существующих общехирургических требований к устройству, оборудованию, оснащению и санитарно-гигиеническому режиму [1]. При планировании коечного фонда и деятельности подобных стационаров пользовались методическими рекомендациями ЛНИИХТа [3], согласно которым необходимо выделять по 1 годовой койке на 2 больных туберкулезом костей и суставов, на 3 – туберкулезом мочеполовой системы, на 6 – туберкулезом периферических лимфатических узлов и органов брюшной полости, на 4 – туберкулезом глаз. Данный расчет был предусмотрен для контингента больных активными формами ВЛТ. Штатные нормативы медицинского персонала туберкулезных стационаров [4] были утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР №97 от 02.03.1964, согласно которому на 1 врача ортопеда приходится 40 больных, на уролога и гинеколога – по 20. Штатные нормативы врача отделения туберкулеза лимфатической системы и органов брюшной полости, а также окулиста в данном приказе не были предусмотрены, так как в 50-60-х гг. стационаров подобного рода не было.

В настоящее время в ряде региональных противотуберкулезных диспансеров действуют стационары для больных туберкулезом костей и суставов, либо мочеполовой системы, где

МАКАРОВА Ульяна Егоровна – к.м.н., ученый секретарь ЯНЦ СО РАМН; **МЯРКЯНОВ Тельман Александрович** – хирург-фтизиатр высшей квалификации, зав. отделением ГУ НПЦ «Фтизиатрия».

могут лечиться больные туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости, туберкулезом гениталий и глаз, однако система планирования коечного фонда и штатные нормативы, принятые еще в 1964 г., не соответствуют требованиям жизни, организация специализированной помощи больным ВЛТ остается несовершенной на всех уровнях противотуберкулезной службы, в особенности в регионах, и все мероприятия по ее совершенствованию не были подкреплены приказами, положениями об отделениях для больных ВЛТ и о фтизиатре – специалисте по ВЛТ.

Впервые достоверные научные сведения о распространенности туберкулеза в Якутии были представлены экспедицией АМН СССР 1925-26 гг. При этом отмечено, что удельный вес внелегочного туберкулеза среди всех больных взрослого населения составил 38,3%, в том числе туберкулезный лимфаденит – 32,8, туберкулез костей и суставов – 5,5%.

Первый в Якутии специализированный стационар по внелегочному туберкулезу – детский костно-туберкулезный санаторий начал функционировать в 1939 г. и первой его заведующей была Т.П. Дмитриева. Здесь проводилось лечение детей с костно-суставным туберкулезом по методу Краснобаева, с туберкулезом мозговых оболочек и лимфатической системы.

С открытием в 1950 г. Якутского филиала Института туберкулеза АМН СССР началось планомерное изучение проблем туберкулеза в целом, в том числе внелегочных его локализаций. В тот период научные труды И.С. Липкина, Н.А. Колмаковой, Е.В. Гурьян, Ф.Л. Абрамсон, М.А. Карачунского и С.С. Дьячковой, опубликованные в сборниках ЯФИТ АМН СССР и центральных изданиях, были посвящены эпидемиологии, клинике, патоморфозе внелегочного туберкулеза в Якутии и явились более достоверной научной информацией. Вопросам распространенности, патоморфоза туберкулеза почек и периферических лимфатических узлов в Якутии были посвящены кандидатские диссертации А.М. Тюкавкина (1962), М.А. Карачунского и С.С. Дьячковой, туберкулезного менингита – докторская диссертация М.В. Ищенко (1969).

Новым этапом развития службы по внелегочному туберкулезу было открытие отделения по костно-суставному туберкулезу для взрослых в 1952 г. при туберкулезной больнице г. Якутска. С этого момента на базе дан-

ного стационара начались разработка и внедрение хирургических методов лечения туберкулеза костей и суставов. 30 мая 1952 г. известным фтизиохирургом, заведующим хирургическим отделением Якутской городской туберкулезной больницы Д.А. Гурьевым была произведена резекция ребра по поводу туберкулеза, 23 ноября 1952 г. им же впервые произведена фиксация позвоночника по Генле при тубспондилите. С 1953г. в этом отделении начал работать ученик и соратник академика П.Г. Корнева, основатель и первый декан медицинского факультета Якутского госуниверситета, д.м.н., проф. Д.М. Крылов, который широко внедрил различные методы хирургического лечения туберкулеза позвоночника и крупных суставов. В дальнейшем начатое Д.А. Гурьевым и Д.М. Крыловым дело успешно продолжалось их учениками, заслуженными врачами ЯАССР А.А. Захаровым и Т.В. Захаровой, к.м.н. В.А. Чуркиным и хирургом высшей категории М.В. Слепцовым, которые овладели методами передне-заднего спондилодеза с трансторакальным и забрюшинным доступом при туберкулезных спондилитах, радикальных и реконструктивных операций при туберкулезе крупных костей и суставов. В республике в целом произведено около 3000 операций при различных локализациях костно-суставного туберкулеза.

Следующими наиболее значимыми шагами развития службы специализированной помощи больным туберкулезом костно-суставной, мочеполовой, лимфатической систем были открытие в 1976 г. внелегочного отделения в клинике Якутского НИИ туберкулеза, куда в 1995 г. вошло и костно-суставное отделение для взрослых городской туберкулезной больницы, и организация амбулаторных приемов на полные врачебные ставки по всем внелегочным локализациям туберкулеза. Организатором и первым заведующим отделения был хирург высшей категории фтизиоуролог Ч.Д. Шаноев. Выпускниками клинической ординатуры Ленинградского НИИ хирургического туберкулеза Ч.Д. Шаноевым, У.Е. Макаровой, Т.А. Мяркяновым, А. Г. Аргуновым была начата организационно-методическая деятельность по раннему выявлению туберкулеза внелегочных локализаций, внедрены современные методы консервативного этиопатогенетического и хирургического лечения лимфоабдоминального туберкулеза и органосохраняющих и пластических операций на почке и

мочеточниках. В отделении пролечено более 10 000 больных, произведено более 1500 операций на органах мочеполовой и лимфоабдоминальной систем пораженных туберкулезом, в том числе были оперированы больные из Магаданской и Камчатской областей, так как отделение с 1986 по 1991 г. выполняло функции межобластного фтизиоурологического центра. Со дня открытия и по 1990 г. отделение осуществляло большую организационно-методическую помощь курируемым Якутским НИИ туберкулеза Иркутской, Красноярской, Камчатской, Магаданской областям и Бурятской АССР по вопросам раннего выявления и лечения больных внелегочным туберкулезом.

Наряду с большой лечебно-диагностической деятельностью сотрудниками была начата планомерная научно-исследовательская работа.

В 1980-1984 гг. была выполнена НИР по теме “Эпидемиология и организация раннего выявления туберкулеза мочеполовой системы в условиях Крайнего Севера”. Исследование проводилось по заданию Госкомитета СССР по науке и технике. Ответственным исполнителем был Ч.Д. Шаноев. Полученные сведения свидетельствовали, что на фоне неуклонного снижения заболеваемости туберкулезом в ЯАССР имела тенденция к увеличению удельного веса внелегочного туберкулеза с 10 до 18,5%. Среди ВЛТ ведущее место занимал туберкулез мочеполовой системы, составляя 39,8%. В последующем была разработана НИР по теме: “Раннее выявление туберкулеза мочеполовой системы в сельских районах ЯАССР”. По результатам завершенной НИР были подготовлены и изданы методические рекомендации “Методика активного выявления туберкулеза органов мочеполовой системы”.

В 1984-1986 гг. сотрудниками (Ч.Д. Шаноев, У.Е. Макарова, Т.А. Мяркянов, А.Г. Аргунов, Н.П. Парфенова, О.М. Щепетова и Л.М. Кротова) была завершена НИР по теме “Разработка организационных форм централизованного контроля за диспансеризацией и лечением больных внелегочными формами туберкулеза в условиях Крайнего Севера”, направленная на повышение эффективности лечения, сокращение сроков пребывания на диспансерном учете и снижение процента инвалидности у больных.

В 90-х гг. выполнялась НИР на тему “Роль хирургического метода в повышении эффективности лечения

и сокращении сроков диспансерного наблюдения больных туберкулезом периферических лимфатических узлов" (отв. исполнитель У.Е. Макарова). По результатам исследования был предложен комплексный метод лечения больных туберкулезным лимфадениом казеозно-некротической стадии, включающий предоперационную этиопатогенетическую терапию и раннее хирургическое вмешательство, позволяющий добиться 100%-ной эффективности лечения, сократить сроки основного курса лечения до 5-6 месяцев. Разработанные критерии клинического излечения оперированных больных позволяют достоверно и своевременно установить состояние излеченности и сократить сроки диспансерного наблюдения до 4-5 лет.

С 1999 по 2001 г. была завершена НИР на тему «Особенности клиники и лечения туберкулеза периферических лимфоузлов в современных эпидемиологических условиях Якутии» (отв. исполнитель У.Е. Макарова). На основании исследования выяснено, что в современных условиях в клинике туберкулеза периферических лимфоузлов имеет место индуцированный патоморфоз, что особо ярко проявляется в условиях Якутии. Были определены основные принципы лечения, сущность которых заключается в том, что больные продуктивной формой туберкулеза периферических лимфоузлов принимают консервативное лечение, а казеозной – комплексное с применением хирургического вмешательства.

За период 2002-2004 гг. была выполнена НИР по теме «Комбинированная химио-, лазеротерапия больных инфильтративной формой туберкулеза периферических лимфатических узлов» (отв. исполнитель У.Е. Макарова). Впервые у таких больных была оценена эффективность традиционной химиотерапии, а применение комбинированного лечения с сочетанием химиотерапии и низкоинтенсивного лазерного излучения значительно повысило ее эффективность и устранило необходимость применения хирургического вмешательства, определены критерии стойкого улучшения состояния больных.

Сотрудниками ЯФИТ, а ныне ЯНИИТ по проблемам внелегочного туберкулеза были защищены 1 докторская и 8 кандидатских диссертаций, выпущены 2 методические рекомендации, предложены ряд полезных моделей и 1 изобретение, опубликовано более 180 научных статей.

В настоящее время специализированная помощь больным туберкулезом внелегочных локализаций в Республике Саха (Якутия) проводится на базе ГУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС (Я) в том же отделении. Для приведения названий профессий и профиля коечного фонда в соответствие с существующими нормативными документами отделение было переименовано в туберкулезное отделение для больных урогенитальным и костно-суставным туберкулезом.

Нами проведен анализ деятельности «внелегочной» службы и определены некоторые ее особенности на примере показателей работы стационара за период с 1995 по 2002 г. Особенностью стационара является многопрофильность и то, что в данном стационаре локализован весь коечный фонд по Республике Саха (Якутия), предназначенный для диагностики, лечения больных внелегочным туберкулезом. В регионе планирование структуры коечного фонда проведено в зависимости от соотношения контингента активных больных туберкулезом внелегочных локализаций и продолжительности их пребывания в стационаре. Так, из 50 коек 20 заняты больными костно-суставным туберкулезом, 20 – больными мочеполовой системы (15 – мочевой системы и половых органов мужчин, 5 – женских половых органов), 10 – больными туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости. При необходимости в стационар госпитализируются больные туберкулезом глаз и прочих органов (кожи, мягких тканей, парапроктит и т.д.). Штатное расписание подразделения состоит из 34 чел. Для оказания специализированной помощи больным ВЛТ по штатному расписанию предусмотрены все специалисты (уролог, остеолог, гинеколог), которые имеют сертификаты и по фтизиатрии. Учитывая преобладающее количество выявляемых больных активным туберкулезом лимфатической системы и органов брюшной полости, в стационаре предусмотрена ставка врача-хирурга. В функциональные обязанности данного специалиста входят диагностика, лечение этих больных. Таким образом, по оснащению и размещению, по штатному расписанию и организации труда данный многопрофильный стационар полностью соответствует отделению хирургического профиля для оказания специализированной помощи больным туберкулезом костей и суставов, мочеполовых органов, лимфатической системы и органов брюшной полости. При анализе основных показателей

работы стационара выяснено, что выполнение плана койко-дней в 2002 г. по сравнению с 1995 г. увеличилось на 10,9%, годовой показатель работы койки за указанные годы также улучшился, а также увеличился ее оборот. Если в 1995 г. он составлял 294,96, то в 2002 г. увеличился на 63,94, достигая 358,9. При сравнении основных показателей работы данного стационара с результатами работы других клинических подразделений было видно, что при наибольшем обороте койки (в среднем 5,1-5,6) во внелегочном отделении достигается выполнение плана койко-дней более чем на 100% и снижение летальности до 0,4. За анализируемый период все больные, нуждающиеся в стационарном лечении, были госпитализированы и получали соответствующую специализированную помощь. Как единственный в регионе стационар подобного профиля отделение проводит большую консультативную и дифференциально-диагностическую работу. В диспансерном отделении сотрудниками ежегодно проводится 3-3,5 тыс. консультаций, при этом 95% больных прошли очную консультацию. Выяснено, что из числа поступающих в стационар у 43,52% больных верифицируются неспецифические заболевания. Следовательно, в стационаре больных туберкулезом преобладающее большинство, в среднем 56,42%, причем их численность стабильно увеличивается. Анализ отчетной документации показал, что созданная структура коечного фонда данного подразделения использовалась таким образом: для больных туберкулезом костей и суставов 1 койка в среднем в год на 2,75 больных, для больных туберкулезом мочеполовой системы – на 3,1, а для больных туберкулезом периферических лимфоузлов и органов брюшной полости – на 2,4. Половозрастной состав больных, пролеченных в стационаре за анализируемый период, показал, что женщины преобладали в среднем на 10-15%, наибольшее количество больных – в возрасте 40-59 лет составляют в среднем 39,2%. Имеет место небольшая тенденция увеличения числа больных в возрасте до 19 лет и более пожилого возраста (>60 лет).

Функциональные обязанности каждого сотрудника отделения связаны с его основной специальностью (уролога, остеолога, гинеколога и т.д.) и фтизиатрией. Каждый специалист является ответственным по своему разделу, а его функциональные обязанности составляют: осуществление консу-

тативной помощи учреждениям общей лечебной сети; организационно-методическая работа по раннему выявлению заболевания и диспансеризации больных; участие в научных разработках; проведение семинарских занятий для врачей общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений; чтение лекций на сертификационных курсах по фтизиатрии; занятия со студентами, врачами-интернами, клиническими ординаторами и аспирантами Медицинского института ЯГУ.

Диагностика туберкулеза внелегочных локализаций осуществляется общепринятыми клиническими и специальными (бактериологическими, рентгенологическими, туберкулинодиагностикой, иммунологическими, патоморфологическими и т.д.) методами. Основу лечения больных составляют химиотерапия и хирургическое вмешательство. Применение хирургического метода в лечении больных внелегочным туберкулезом значительно повышает эффективность лечебных мероприятий, а при костно-суставном туберкулезе на данном этапе является основным. При других внелегочных локализациях туберкулеза хирурги-

ческие вмешательства производятся по показаниям. Чаще они выполняются при запущенных случаях, снижении эффективности противотуберкулезной химиотерапии, связанной с непереносимостью противотуберкулезных химиопрепаратов или устойчивостью микобактерий [2]. В связи с этим хирургическая активность не является основным показателем работы подобных отделений, скорее таковыми являются полнота охвата хирургическим лечением всех нуждающихся в этом больных и эффективность выполненных операций. Из всего числа 42,76% операций произведено по поводу туберкулеза периферических лимфоузлов. Количество операций, выполненных по поводу туберкулеза костно-суставной системы, имеет небольшую тенденцию к увеличению, а по туберкулезу мочевого пузыря – к снижению. Это объясняется увеличением числа впервые выявленных больных туберкулезом костей и суставов, сокращением количества больных с поражением мочевого пузыря.

Таким образом, в Республике Саха (Якутия) специализированная помощь

больным туберкулезом внелегочных локализаций осуществляется в условиях ГУ НПЦ «Фтизиатрия», который выполняет функции республиканского противотуберкулезного диспансера со стационаром на 50 коек. В диспансерном отделении ведутся консультации специалистов по всем локализациям внелегочного туберкулеза, в стационаре лечебно-диагностическая работа ведется по новейшим технологиям. В настоящее время внелегочная служба обрела большой практический опыт и имеет определенный научно-практический потенциал для решения актуальных для республики задач по профилактике, ранней диагностике заболевания и лечению больных.

Литература

1. **Внелегочный туберкулез.** - СПб.: ИКФ Фолиант, 2000. - 560 с.
2. **Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза:** практ. руководство. - М.: Медицина и жизнь, 2002. - 60 с.
3. **Организация стационарной помощи больным внелегочными формами туберкулеза:** метод. рекомендации /ЛНИИХТ РФ; Сост. Блохин Н.Н. и др.-Л., 1976.-81 с.
4. **Сборник** штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения.- М.: Медицина, 1986. - С.193.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

И.И. МЕСТНИКОВ (к 70-летию со дня рождения)



1 февраля 2008 г. исполнилось 70 лет крупному организатору здравоохранения нашей республики Местникову Ивану Ивановичу.

И.И. Местников родился 1 февраля 1938 г. в посёлке Усть-Кюель Курбаского наслега Усть-Алданского района Якутской республики.

В 1956 г. после окончания Мюрюнской средней школы был направлен учителем химии, биологии и физкультуры

в Онёрскую семилетнюю школу Усть-Алданского района.

1957-1963 гг. – студент Благовещенского государственного медицинского института. За годы студенчества работал санитаром в Амурской областной психоневрологической клинике и медбратом в детском туберкулезном санатории.

1963-1965 гг.- хирург приисковой больницы п. Бриндакит, затем заместитель главного врача по лечебной работе и хирург ЦРБ Усть-Майского района.

1968-1970 гг. – бортхирург Якутской республиканской санавиации.

1970-1981 гг. – главный врач Якутского республиканского онкологического диспансера.

С 12 октября 1981 г. по 4 августа 1984 г. – первый заместитель министра социального обеспечения Якутской АССР.

1984 – 1990 гг. – министр здравоохранения Якутской АССР.

1990 – 1992 гг. – 1-й зам. министра социального обеспечения ЯАССР.

1992 - 1993 гг. – первый заместитель генерального директора ЯРКК (республиканской больницы).

С 1993 – 1998 г.– директор – главный врач республиканского санатория-профилактория «Алаас» Министерства сельского хозяйства РС (Я).

С 1998г. (сентябрь) – врач-эксперт методист Национального центра медицины РС (Я)- Якутской республиканской больницы РС (Я).

В стиле работы Ивана Ивановича Местникова как человека, врача отражаются основные черты организатора здравоохранения: высокая гуманность, организованность, деловитость, требовательность и принципиальность.

Местников И.И. внёс значительный вклад в улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, оснащении их современным оборудованием и медицинской аппаратурой, санитарным транспортом, много работал в подготовке медицинских кадров.

За время работы Местникова И.И. министром здравоохранения респуб-