

Межрегиональная общественная организация «Московское общество фтизиатров»

ПРОТОКОЛ заседания МОО «Московское общество фтизиатров», посвященного обсуждению методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, утвержденных Приказом Минздрава России от 29.12.2014 г. № 951

г. Москва

10 февраля 2015 г.

Председатели:

Е.М. Богородская, доктор медицинских наук, президент МОО «Московское общество фтизиатров», директор ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

С.Е. Борисов, доктор медицинских наук, профессор, член правления МОО «Московское общество фтизиатров», заместитель директора по научно-клинической работе ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы».

Также присутствовали члены правления МОО «Московское общество фтизиатров»:

– **Мохирева Л.В.**, генеральный секретарь ООО МОФ, кандидат медицинских наук, заведующая филиалом по ЮЗАО ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Литвинов В.И.**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, научный руководитель ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Сельцовский П.П.**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной и организационно-методической работе ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Аксенова В.А.**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, главный внештатный детский специалист-фтизиатр Минздрава России, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России»;

– **Собкин А.Л.**, кандидат медицинских наук, главный врач ГКУЗ «Туберкулезная больница № 3 им. проф. Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Дитятков А.Е.**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий филиалом по СВАО ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Зубань О.Н.**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по медицинской части клиники № 2 ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»;

– **Севостьянова Т.А.**, кандидат медицинских наук, заведующая детским консультационно-диагностическим отделением Клинико-диагностического центра ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», детский специалист-фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы.

Секретарь:

Дудина А.Г., главный специалист отдела делопроизводства ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы».

Заседание проходило в конференц-зале клиники № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Барболина, д. 3, корп. 2.

Всего зарегистрировалось: 154 человека, представляющих следующие учреждения Департамента здравоохранения города Москвы: ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (включая филиалы и структурные подразделения), ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г.А. Захарьина ДЗМ», ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 ДЗМ» и ГКУЗ «Туберкулезная больница № 11 ДЗМ», ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 58 ДЗМ», а также ГБУЗ Московской области «Московский областной противотуберкулезный диспансер», НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», кафедру

фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, профильные кафедры ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России и ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Повестка дня заседания:

1. Раздел «Диагностика туберкулеза». Докладчик – д.м.н. С.Г. Сафонова.
2. Раздел «Химиотерапия туберкулеза». Докладчики – д.м.н., проф. С.Е. Борисов, к.м.н. А.А. Воробьев (в части хирургии).
3. Об изменениях в отраслевой статистической отчетности по туберкулезу. Докладчик – к.б.н. Е.М. Белиловский.
4. Об информационном портале Московского общества фтизиатров. Докладчик – А.В. Мохирев.

Заседание открыла президент МОО «Московское общество фтизиатров» Е.М. Богородская со вступительным словом, в котором передала членам общества приветствие главного внештатного специалиста-фтизиатра Минздрава России, профессора И.А. Васильевой и сообщила о присутствии на заседании главного внештатного детского специалиста-фтизиатра Минздрава России, профессора В.А. Аксеновой.

По пункту 1.

СЛУШАЛИ: Раздел «Диагностика туберкулеза».

ВЫСТУПИЛИ:

С.Г. Сафонова, заведующая отделом проблем лабораторной диагностики туберкулеза и патоморфологии ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», выступила с докладом по заявленной теме. В ходе выступления докладчик сделала краткий обзор основных положений раздела VII «Алгоритмы диагностики туберкулеза органов дыхания в медицинских организациях», отметив, что в целом материал изложен корректно, но обращает на себя внимание ряд недостаточно точно сформулированных положений в подразделах, касающихся проведения обязательных исследований мокроты при подозрении на туберкулез в медицинских организациях как муниципального уровня, так и в областных (краевых, окружных, республиканских) медицинских организациях субъекта Российской Федерации.

Например: в настоящее время при посещении пациентом медицинских организаций назначается сбор мокроты для микроскопии по Цилю-Нельсену. Для трехкратного обследования больного методом микроскопии необходимо совместно с врачом составить график сбора мокроты для исследования, это позволяет максимально адаптировать данную процедуру для конкретного больного, однако в рекомендациях этот момент не учтен.

Для лабораторий муниципального уровня обязательным является проведение исследования мокроты методами световой микроскопии на наличии КУМ с окраской по Цилю-Нельсену или методом микроскопии с окраской люминесцентными красителями. Однако метод люминесцентной микроскопии желательно применять при исследовании мазков, приготовленных из осадка обработанного диагностического материала после центрифугирования, что не всегда возможно осуществить в клинико-диагностических лабораториях (КДЛ) медицинских организаций муниципального уровня.

При получении отрицательного результата при микроскопии по Цилю-Нельсену всем пациентам необходимо провести исследование мокроты молекулярно-генетическими методами. В рекомендациях отсутствуют подробные разъяснения, в какой лаборатории должно проходить данное исследование, так как лаборатория, проводящая молекулярно-генетические исследования на туберкулез, обязана иметь соответствующее разрешение от территориального органа Роспотребнадзора. По-видимому, в данном разделе имелась в виду возможность применения в КДЛ картриджной технологии (GeneXpert), однако более подробные разъяснения в рекомендациях отсутствуют.

Докладчик также указала, что названные в рекомендациях люминесцентное микроскопическое и молекулярно-генетические исследования не входят в систему ОМС, в связи с чем медицинские учреждения нетуберкулезного профиля не могут их выполнять бесплатно. Выделение микобактерий туберкулеза для уточнения окончательного диагноза возможно только в специализированных лабораториях.

Е.М. Богородская прокомментировала доклад, уточнив, что приоритетным руководящим документом для фтизиатров является Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации, утвержденный Приказом Минздрава России от 16.11.2012 г. № 932н, содержащий более подробное изложение всех тех положений, которые, по мнению докладчика, были недостаточно подробно освещены в методических рекомендациях.

Е.Г. Фролов, зам. главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ МО «Московский областной противотуберкулезный диспансер», также выступил с комментарием по поводу того, что с 01.01.2015г. в Московской области, например, все

медицинские учреждения переходят в подчинение непосредственно субъекта Российской Федерации, поэтому формулировка «муниципальные учреждения здравоохранения» становится некорректной.

По пункту 2.

СЛУШАЛИ: Раздел «Химиотерапия туберкулеза».

ВЫСТУПИЛИ:

С.Е. Борисов начал свое выступление с констатации актуальности появления данных методических рекомендаций, поскольку в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указывается, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением Порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, но все ранее утвержденные стандарты в настоящее время упразднены, а в Порядке оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации вопросы лечения не освещаются. Стандарт же должен включать медицинские услуги, препараты и инструкции по их применению. Отклонение от Стандарта возможно только по решению врачебной комиссии (ВК) медицинского учреждения, а в отсутствие Стандарта фтизиатры могут руководствоваться в наиболее сложных случаях только инструкцией по применению лекарственного препарата и решением ВК. Роль лечащего врача приоритетна по отношению к любым консультантам и консилиумам, так как именно он визирует назначение того или иного препарата. На данный момент ситуация достаточно неопределенна, поскольку Приказ Минздрава от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» официально не отменен, хотя в свое время и не был утвержден Минюстом России. Содержащаяся в нем «Инструкция по химиотерапии» нуждается в корректировке, при этом параллельно существуют клинические рекомендации Национальной ассоциации фтизиатров 2013 г., а также «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» и «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя», разработанные и утвержденные Российским обществом фтизиатров (их обсуждение прошло на заседании МОФ в августе 2014 г.). Одновременно под эгидой Минздрава России ведется разработка критериев оценки качества лечения, их появление ожидается к декабрю 2015 г. Данная ситуация подчеркивает значение участия в разработке стандартов, клинических рекомендаций профессиональных некоммерческих организаций.

Далее докладчик перешел к комментариям по всем разделам данных рекомендаций. По разделу I «Группы лиц, подлежащих обследованию на туберкулез органов дыхания» была подчеркнута приоритетность существующих Санитарных правил, в которых данная тема изложена более подробно и за несоблюдение которых существует юридическая ответственность. По разделу II «Основные микробиологические и молекулярно-генетические методы исследований во фтизиатрии» он подчеркнул приоритетность исследований на жидких средах и молекулярно-генетических методов. По III разделу «Лучевые методы диагностики туберкулеза органов дыхания» докладчик подчеркнул, что наряду с рентгенографией и ультразвуковым исследованием в него включена спиральная компьютерная томография. В качестве замечания по разделу V «Иммунодиагностика туберкулеза органов дыхания» было отмечено отсутствие применения иммунобиологических методов исследования (с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – Диаскинтестом®) у взрослых, в отличие от детей, которые должны проходить это обследование ежегодно наряду с туберкулинодиагностикой. Докладчик также отметил сложность внедрения данного метода в связи с необходимостью получения допусков всего медицинского персонала к проведению этого исследования.

В.А. Аксенова и **Е.М. Богородская** прокомментировали со своей стороны, что поскольку проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и туберкулинодиагностика проводятся по единой методике, то нового обучения медицинского персонала не требуется, а само понятие «туберкулинодиагностика» меняется на «иммунодиагностика».

По разделу VII «Алгоритмы диагностики туберкулеза органов дыхания в медицинских организациях» основной докладчик отметил включение в алгоритм пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным по показаниям и отдельный подход к больным с ВИЧ-инфекцией, которым проводятся мультиспиральная КТ и тест-терапия на усмотрение ВК. В разделе VIII «Общие положения химиотерапии туберкулеза» С.Е. Борисов указал на роль ВК в назначении препаратов (минимум – пяти) с учетом приоритета интересов больного и экономических соображений, обязанность ВК организовать контролируемое лечение. В качестве полезной для фтизиатров информации докладчик отметил: перенос рифабутина в категорию основных препаратов для больных с ВИЧ-инфекцией; наличие перечня препаратов первого, второго (резервного) и третьего ряда (в качестве других противотуберкулезных препаратов, при ШЛУ, в том числе – линезолида), однако, в отличие от рекомендаций ВОЗ, в перечне отсутствуют кларитромицин и азитромицин (не исключено, что это техническая ошибка). Решение о назначении препаратов третьего ряда делегировано ВК, разрешено использование комбинированных препаратов, хотя отсутствует перхлорон, одобренный к применению в качестве противотуберкулезного препарата.

Докладчик привлек внимание к пункту 7 – о назначении препаратов при условии гарантированного бесперебойного лекарственного обеспечения в течение всего срока лечения. Данное положение бесспорно для противотуберкулезных учреждений федерального уровня (федеральных институтов), но для регионов оно нуждается в разъяснениях (как обеспечить гарантированное обеспечение или курс вообще не стоит начинать). Также С.Е. Борисов остановился на пункте 8, отметив, что при неоднозначных результатах определения лекарственной чувствительности (ЛЧ) возбудителя, согласно рекомендациям, необходимо отдавать приоритет риску наличия множественной лекарственной устойчивости и начинать химиотерапию по IV режиму. В пункте 11 приведен перечень действий перед назначением режима химиотерапии, рекомендуемых и докладчиком для использования в практической деятельности: двукратное культуральное, затем – молекулярно-генетическое исследование для определения ЛЧ возбудителя, анализ результатов и наличия риска МЛУ, оценка риска побочного действия лекарственных препаратов и определение сопутствующей терапии по его предотвращению, определение патогенетической терапии по показаниям, привлечение хирурга для консультации по поводу необходимости хирургического лечения перед началом основного курса.

В разделе IX «Режимы химиотерапии больных туберкулезом» докладчик отметил включение рифабутина в режим лечения больных с ВИЧ-инфекцией, включение моксифлоксацина, спарфлоксацина и бедаквилина в интенсивную фазу лечения, увеличение срока лечения больных туберкулезным менингитом до 12 мес., констатацию необходимой длительности интенсивной фазы лечения – не менее 8 мес., фазы продолжения – от 12 до 18 мес. В качестве комментария было сказано, что в г. Москве все эти новшества внедряются. Например, линезолид применяют с 2009 г., бедаквилин – с мая 2014 г. (назначается решением ВК на срок до 6 мес., с обязательным повторным утверждением при необходимости большего срока приема). В рекомендациях подробно изложен порядок действий ВК в случае отсутствия эффекта лечения, режимы лечения реальны и однозначны. В отличие от рекомендаций ВОЗ, назначение пиразинамида и капреомицина осуществляется в зависимости от результатов исследования ЛЧ микобактерий туберкулеза к этим препаратам.

В части, касающейся обследования больных туберкулезом во время химиотерапии, докладчик отметил отсутствие исследований мочевой кислоты, содержания магния, а также то, что определение калия сыворотки крови упоминается только при назначении препаратов второго и третьего ряда, и высказал пожелание решить этот вопрос в рабочем порядке.

В резюме своего доклада С.Е. Борисов сообщил, что принципиально новых положений данные рекомендации не содержат и имеют определенную практическую пользу, не отменяя факта значительной стоимости режимов лечения, учитывая широкое использование препаратов третьего ряда.

Е.Г. Фролов задал вопрос о полномочиях головного противотуберкулезного учреждения субъекта Российской Федерации относительно рекомендаций по режиму лечения, данных федеральным профильным учреждением, и о том, насколько меняется юридическая сила методических рекомендаций при их утверждении приказом Минздрава России.

С.Е. Борисов прокомментировал первую часть вопроса подтверждением приоритетности роли ВК головного учреждения субъекта Российской Федерации в решении о наличии показаний для следования рекомендациям федерального учреждения или необходимости их корректировки. Гораздо худшим вариантом развития событий могут стать самостоятельное приобретение и бесконтрольный прием больным рекомендованных препаратов в тех случаях, когда он вообще не приходит с полученными рекомендациями в противотуберкулезный диспансер по месту проживания. В Москве все вопросы подобного рода решаются ВК. По второй части вопроса он добавил, что утверждение приказом Минздрава России демонстрирует политическую поддержку руководящими органами здравоохранения того направления, в котором предлагают фтизиатрам работать данные методические рекомендации, подчеркивая важность и значимость конкретных методов и препаратов, придавая тем самым документу статус ведомственной инструкции.

Е.М. Богородская высказалась по включению в алгоритм V режима предпочтительного назначения в интенсивной фазе бедаквилина в сочетании с левофлоксацином (ввиду того, что существуют теоретические предпосылки влияния моксифлоксацина на интервал QT) в том ключе, что в России пока эта тенденция себя не проявила и в ходе ведущихся исследований, в которых равные группы больных получали бедаквилин в сочетании с левофлоксацином либо с моксифлоксацином, существенной разницы в процессе лечения не наблюдалось, притом что моксифлоксацин признается более перспективным препаратом.

Воробьев А.А., заместитель главного врача по торакальной хирургии ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», начал выступление с выражения благодарности составителям методических рекомендаций за обозначение роли торакальной хирургии в диагностике и лечении туберкулеза органов дыхания, что в течение последних 15–20 лет в аналогичных работах происходит далеко не всегда. Комментируя раздел VI «Эндоскопические и хирургические методы диагностики туберкулеза органов дыхания», докладчик отметил отсутствие описания ряда широко применяемых диагностических манипуляций и вмешательств: трансторакальной пункции (плевральной полости, легкого), биопсии периферических лимфоузлов, диагностической торакотомии. Полностью поддерживая отмеченную авторами высокую роль чрезбронхиальной биопсии легкого, докладчик счел несколько

преувеличенной ролью чрезбронхиальной игловой биопсии ВГЛУ под эндоультразвуковым контролем, отметив малую доступность дорогостоящей аппаратуры и отсутствие собственного опыта. В то же время возможности видеоторакоскопии (малой диагностической торакотомии с видеоподдержкой) гораздо шире, чем представлено авторами; методики успешно используются для диагностики не только плевритов и иных поражений плевры, но и поражений легких, перикарда, средостения, грудной стенки, ВГЛУ (вытеснив медиастиноскопию). Выражено абсолютное согласие с рекомендацией использования хирургических методов для верификации патологического процесса (раздел VII, пункт 4.5). Предлагаемый алгоритм назначения тест-терапии (раздел VII, пункт 4.6), по мнению докладчика, желательно расширить на всех больных, состояние которых не позволяет провести полный спектр диагностических мероприятий. Отмечено большое значение положения об определении необходимости хирургического лечения перед назначением режима химиотерапии (пункт 11), консультация торакального хирурга необходима даже при отдаленной перспективе оперативного вмешательства. Особое значение имеет раздел «Особенности проведения химиотерапии при хирургическом лечении туберкулеза». Важнейшими являются положения о роли и составе ВК для решения вопросов о возможностях и сроках проведения хирургического вмешательства, о составлении режимов химиотерапии в соответствии с результатами лекарственной чувствительности МБТ, полученных интраоперационно. Минимальные сроки химиотерапии перед проведением плановой операции вызывают полное одобрение, однако необходимо учитывать уверенность в диагнозе (туберкулез, туберкулема) на основании достоверных данных, малейшее подозрение на наличие у пациента злокачественной опухоли или ее сочетания с туберкулезом должно в корне менять лечебно-диагностическую тактику в определении сроков и методов тест-терапии. При определении сроков проведения послеоперационной химиотерапии желательно учитывать и другие факторы, помимо ЛЧ возбудителя. Общий послеоперационный алгоритм для различных по форме, фазе, распространенности, наличию осложнений процессов и многообразных по виду, этапности и объему оперативных вмешательств составить сложно, этот вопрос также должен решаться коллегиально на ВК, что и указано в разделе V.

На вопрос **Е.М. Богородской** о том, по какому режиму назначаются противотуберкулезные препараты и в соответствии с какой фазой (интенсивной или продолжения) в послеоперационном периоде, докладчик ответил, что по данным рекомендациям сроки и режим определяются только по результатам исследования ЛЧ, другие факторы не учитываются, а лечение продолжается или возобновляется по интенсивной фазе.

Айзиков Д.Л., заведующий отделением клинической фармакологии ГБУЗ Московской области «Московский областной противотуберкулезный диспансер», привел пример типичного случая, когда больной получал химиотерапию, потом подвергся оперативному лечению с удалением части легкого, а потом должен был проходить интенсивную фазу лечения в течение 12 мес., и задал вопрос о том, что может служить ориентиром для ВК при вынесении решения о IV–V режимах.

Докладчик ответил, что по данным рекомендациям таким ориентиром служит изложенный там алгоритм, но лично он, как торакальный хирург, эту точку зрения разделяет не полностью.

С.Е. Борисов прокомментировал данный вопрос, уточнив, что ответы могут быть получены только эмпирическим путем, так как предполагается, что микобактерии туберкулеза находятся в неактивном состоянии («дремлют»), а длительность подобного состояния теоретически предсказать невозможно. Поэтому, поскольку режим DOTS (краткосрочной контролируемой химиотерапии), ранее пропагандированный ВОЗ, себя не оправдал, то при наличии лекарственной устойчивости необходимо проводить лечение не 6, а 9, 12 и более месяцев. Фтизиатры имеют право сравнивать, исследовать. Сроки лечения выглядят завышенными (они были оправданы при применявшихся прежде препаратах – ПАСК, протионамид, этамбутол), новые препараты не уступают в эффективности рифампицину и изониазиду, поэтому вопрос о сроках также подлежит обсуждению. Совокупное население Москвы и Московской области составляет около 18 млн, поэтому опыт совместных исследований может быть очень интересным, поскольку эффективность курсов лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя ранее определяли на примере больных из не очень населенных регионов (население Томской области – около 1 млн, Орловской – 700 тыс.). Также преимуществом для фтизиатров Московского региона может служить более оперативный доступ к информации по населению региона в целом, в отличие от контингентов больных федеральных институтов, которые формируются в зависимости от степени сложности заболевания и желания и/или возможности лечиться именно в этих учреждениях.

По пункту 3.

СЛУШАЛИ: Об изменениях в отраслевой статистической отчетности по туберкулезу.

ВЫСТУПИЛ:

Е.М. Белиловский, заведующий отделом эпидемиологического мониторинга туберкулеза ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», выступил с докладом по изменениям Правил ведения учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза в связи с информационным письмом Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава

России от 10.12.2014 № 17– 78635, содержащим разъяснения к Приказу Минздрава от 13.02.2004 № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза», необходимость которых вызвана появлением новых Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания и Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, разработанных и утвержденных Общероссийской общественной организацией «Российское общество фтизиатров» в 2014 г. Письмо содержит информацию об использовании действующих и введении новых учетных форм в условиях реализации вышедших в прошлом году федеральных клинических рекомендаций. Были приведены примеры, в которых рассмотрены случаи регистрации дополнительных исходов, фиксации результатов исследований лекарственной устойчивости микобактерий с использованием молекулярно-генетических методов. Указано на использование раздела «Примечания», который позволяет вносить информацию, не вписывающуюся в форму (например, через один год терапии пишется исход «неэффективное лечение», но в «Примечании» указывают, что лечение продолжается). Также был приведен пример регистрации режимов лечения IVТ и IVЭ, в зависимости от проведения исследования лекарственной чувствительности микобактерий. Эти понятия отражают случаи, когда IV режим был назначен на основе полученных результатов такового исследования или эмпирически, когда результаты исследования отсутствуют или недостоверны, с точки зрения лечащего врача. Для детального ознакомления с формами предполагается в дальнейшем провести тренинг с подробным разбором для обеспечения преемственности в осуществлении мониторинга.

Также докладчик сообщил, что в соответствии с планом развития мониторинга лечения туберкулеза в г. Москве на этапе реализации и утверждения находится пакет регистрационных форм, разработанных с учетом Федеральных клинических рекомендаций Российского общества фтизиатров для ведения больных туберкулезом с МЛУ МБТ, на основе которых был разработан и внедрен регистр таких больных.

Е.М. Богородская подчеркнула значение отчетной отраслевой статистики, необходимость ведения разъяснений по заполнению отчетных форм режимов IIa и IIб, обеспечение плавного перехода к новым формам.

По пункту 4.

СЛУШАЛИ: Об информационном портале Московского общества фтизиатров.

ВЫСТУПИЛ:

А.В. Мохирев, выступил с докладом об информационном портале Московского общества фтизиатров. Цель данного проекта – обеспечить доступность профильной информации для медицинских работников, создав первый специализированный сайт для фтизиатров и специалистов в области других социально значимых заболеваний. На сайте планируется размещать: Регистр всех нормативных документов (рекомендаций, инструкций, приказов) начиная с 1971 г.; архив образовательных мероприятий МОФ и РОФ (фото-, видеоматериалы, презентации, лекции); анонсы международных событий профильной тематики (съездов, конгрессов, конференций). Также будет представлена информация по противотуберкулезным препаратам, зарегистрированным в мире и в России, включая статьи, методические рекомендации. Будет организован доступ в режиме реального времени к журналу «Туберкулёз и социально значимые заболевания» с одновременным обновлением при выходе в свет новых номеров журнала. На сайте откроется профессиональный форум, будут представлены блоги ведущих ученых в области фтизиатрии и других социально значимых областей медицины.

В завершение конференции президент МОФ Е.М. Богородская вручила почетную грамоту общества доценту кафедры фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, кандидату медицинских наук Борисовой М.И. за многолетнюю безупречную работу во фтизиатрии и в связи с 60-летием.

Председатели:

Е.М. Богородская

С.Е. Борисов

Секретарь

А.Г. Дудина