

А.А.Приймак, О.В.Бутыльченко

Сложности организации выявления туберкулеза в современных условиях

Московская медицинская академия им И.М.Сеченова, курс физзиатрии при кафедре пульмонологии ФППОВ, Москва

A.A.Pryimak, O.V.Butylchenko

Current problems of lung tuberculosis detection

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в целом продолжает оставаться весьма напряженной. Основными причинами ее ухудшения в предшествующие 15 лет следует считать снижение уровня жизни населения, нестабильность в обществе, терроризм, активизацию миграционных процессов, рост числа социальнодезадаптированных групп населения, большой резервуар инфекции в учреждениях пенитенциарной системы. Немаловажное значение в распространенности туберкулеза имеет состояние уровня организации противотуберкулезной помощи населению.

Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу, как правило, выполняется по показателям заболеваемости, болезненности, смертности. В настоящее время этого недостаточно ввиду дефектов активного раннего выявления туберкулеза, управляемости показателей распространенности и ретроспективности показателя смертности.

В целях повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий в условиях эпидемиологического неблагополучия за счет разработки новых технологий раннего выявления, лечения и реабилитации больных были проанализированы на репрезентативном материале эпидемиологические показатели, характеризующие вопросы организации выявления туберкулеза за последние 5 лет. Число впервые выявленных больных туберкулезом среди населения увеличилось только за последние пять лет на 1,4 % (1 662 человека). Показатель заболеваемости в 2005 г. составил 83,8 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2004 г. он увеличился на 0,8 % (83,1 на 100 тыс. населения). Продолжается рост неблагоприятных форм туберкулеза органов дыхания. Заболеваемость бацилярными формами туберкулеза повысилась с 34,5 на 100 тыс. населения (49 265 человек) в 2004 г. до 35,2 на 100 тыс. населения (50 116 человек) в 2005 году. Показатель заболеваемости детей и подростков по России сохраняет тенденцию к увеличению (2004 г. — 16,1; 2005 г. — 16,4 на 100 тыс. детского населения; 2004 г. — 35,9; 2005 г. — 36,7 на 100 тыс. подросткового населения). Наиболее высокие показатели заболеваемости — в возрастной группе 3–6 лет (23,4 на 100 тыс. детского населения).

Регистрируются случаи заболевания туберкулезом ЦНС и мозговых оболочек среди детей младшего возраста (0–6 лет): в 2004 г. этот показатель составил 0,1 % на 100 тыс. детского населения (12 случаев), в 2005 г. — 0,2 % на 100 тыс. детского населения (22 случая).

В то же время уровень заболеваемости внелегочным туберкулезом за последние 5 лет снизился на 16,2 %. В 2005 г. он составил 3,0 на 100 тыс. населения (4 285 человек). Снижение данного показателя заболеваемости внелегочным туберкулезом обусловлено уменьшением числа заболевших всеми локализациями туберкулеза, за исключением туберкулеза костей. Выраженное несоответствие между динамикой показателя заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом обусловлено недостатками выявления и диагностики внелегочного туберкулеза.

Выявление туберкулеза остается главной задачей, которая возлагается на общую медицинскую сеть. В благополучные годы (1985–1986 гг.), когда уровень заболеваемости туберкулезом снижался, а удельный вес остро прогрессирующих форм был низок, основным направлением работы по выявлению туберкулеза среди взрослого населения была профилактическая флюорография, которая выявляла до 70 % всех случаев туберкулеза легких. К 2001–2002 гг. количественные показатели активного выявления туберкулеза составили всего 52,8 %, низкие показатели активного выявления больных туберкулезом сохраняются и в 2005 г. — 54,4 %. Остаются высокими показатели выявления туберкулеза по обращаемости: 2004 г. — 46,5 %, 2005 г. — 45,6 %.

В 2005 г. из числа впервые взятых на учет 92 534 человек (2004 г. — 93 105 человек) активно было выявлено 50 338 человек, что составило 54,4 %. Из них методом флюорографии выявлено по России — 49,5 % (45 799), в г. Москве — 38,3 % (1005), в Московской области — 42,1 % (1162); микроскопией мазка мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) по России — 2,4 % (2242), в г. Москве — 0 %; в Московской области — 0,3 %; посевом мокроты на МБТ по России — 1,0 % (882), в г. Москве — 0,1 %, в Московской области — 0 %; методом туберкулинодиагностики — 1,5 %.

Вывод ясен: без флюорографического метода около 50,0 % больных не были бы обнаружены и остались бы без профилактической, санитарно-эпидемиологической и лечебной помощи. Выявляемость методом туберкулинодиагностики среди детей и подростков составила 0,2 на 1 000 обследованных. Низкая результативность метода требует улучшения работы общей медицинской сети на всех этапах туберкулинодиагностики.

Доля больных, выявленных при профилактических осмотрах по г. Москве и в Московской области в 2005 г., составила 37,8 % и 41,7 % соответственно. Следствием этого явилось ухудшение клинической структуры впервые выявленных больных туберкулезом, что говорит о серьезных недостатках диагностической работы в общей медицинской сети. Отмечено, что при неудовлетворительной организации этого процесса в контингентах групп учета фиброзно-кавернозный туберкулез легких составил 2,0 %, при активном выявлении – 0,8 %, при выявлении по обращению – 3,2 %, казеозная пневмония – 1,5; 0,2 и 2,9 % соответственно, а очаговый туберкулез – 16,6; 23,4 и 8,2 % соответственно.

Нужно отметить, что средняя продолжительность обследования с момента обращения до установления диагноза туберкулеза легких составляет 3-4 месяца (длительно проводятся лечебные мероприятия до 1-2 мес. без исследования мокроты на МБТ и соответствующего рентгенологического исследования), часть больных из-за платного рентгенологического обследования отказывается от обследования, часть рентгенологических исследований, проведенных в поликлиниках общей медицинской сети, бывает малоинформативной. Данные обстоятельства требуют усиления организационно-методической работы с врачами поликлиник и стационаров общей медицинской сети, обязательное исполнение клинического минимума обследований на туберкулез. Обследование на туберкулез должно быть бесплатным независимо от социального статуса больного.

Доля больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких среди впервые выявленных больных в 2005 г. составила 2,5 % (3516 человек), что является признаком сохранения напряженной эпидемиологической ситуации. Продолжает оставаться на крайне высоком уровне показатель, характеризующий своевременность выявления больных туберкулезом – процент больных, умерших от туберкулеза на первом году наблюдения, среди всех случаев смерти. В 2005 году данный показатель составил 22,7 % (в 2004 г. – 19,4%). Иными словами, при активном выявлении и своевременных флюорографических осмотрах фиброзно-кавернозный туберкулез легких находили в 5 раз реже, казеозную пневмонию – в 30 раз реже, а очаговый туберкулез – в 3 раза чаще.

Более яркая картина форм и локализаций туберкулеза, выявленных посмертно. По сравнению с активным выявлением фиброзно-кавернозный туберкулез находили в 50 раз, а казеозную пневмонию – в

80 раз чаще. Количество больных фиброзно-кавернозным туберкулезом за последние 10 лет увеличилось на 100 % и в 2005 г. составило 35 351 человека.

Очевидно, что для реальной оценки эпидемиологии туберкулеза необходимо включать в анализ больных с распространенными формами, фиброзно-кавернозным туберкулезом и умерших до года после выявления. Результаты активного выявления во многом зависят от количества и качества микробиологических исследований. По данным *М.В.Шиловой* [1] на учете состоит 124,3 тысяч бактериовыделителей. Тем не менее организация бактериологической службы далека от совершенства. Из года в год увеличивается число умерших от туберкулеза больных, у которых не определены МБТ. В 2004 г. у 5381 человека из 30,5 тысяч умерших (23,3 %) не было подтверждено бактериовыделение; туберкулез был диагностирован посмертно в 2004 г. у 3311 человека (14,3 %).

Угрожающей проблемой фтизиатрии становится множественная лекарственная устойчивость МБТ. По данным *И.Р.Дорожковой*, лекарственная множественная лекарственная устойчивость составляет в России 5,7 %; по данным НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М.Сеченова в 2003 г. множественная лекарственная устойчивость у впервые выявленных больных составила 6,7 %, у бактериовыделителей, состоящих на учете на конец года, – 16,2 %. В 2005 г. Умерло 3797 больных с множественной лекарственной устойчивостью МБТ (3,1 %). Не менее актуально и выявление у 70,0 % хронических больных туберкулезом неспецифической микрофлоры с почти 90,0%-ной устойчивостью к антибиотикам. Анализ реальных эпидемиологических показателей туберкулеза свидетельствует о дальнейшем ослаблении защитных свойств макроорганизма человека при усилении вирулентности и агрессивности микроорганизмов в неблагоприятных условиях окружающей среды.

За последнее десятилетие Европейское региональное бюро ВОЗ отмечает рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в республиках бывшего Советского Союза, а Россия относится к числу стран Европы, в которых проблема туберкулеза и ВИЧ-инфекции стоит наиболее остро. В России темпы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции самые высокие в мире [3, 4]: на 1 января 2005 г. зарегистрировано более 309 тыс. случаев. Среди лиц со СПИДом во всем мире растет смертность от туберкулеза. По данным *П.Смолла* [5], она достигает 43–89 % от числа лиц, у которых зарегистрирован этот синдром, и наблюдается в более молодой возрастной группе. Результатом этих факторов, несомненно, является развитие внутрибольничных инфекций, снижение результативности лечебных мероприятий и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений.

На фоне "утяжеления" туберкулеза увеличивается доля больных, нуждающихся в проведении различных инвазивных диагностических и лечебных процедур, т. е. возрастает роль ятрогенного фактора об-

разования и передачи внутрибольничной инфекции. До 15–20 % больных в ЛПУ подвержены внутрибольничной нозокомиальной инфекции. Профилактика нозокомиальной инфекции в условиях напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу и усиливающейся лекарственной устойчивости микробов – важная проблема современной фтизиатрии и медицинской службы в целом.

Обобщая проблему раннего и своевременного выявления, необходимо отметить, что наибольшую долю эффективности всех противотуберкулезных мероприятий определяет уровень организации выявления больных туберкулезом, особенно органов дыхания. Данный раздел работы оказывает непосредственное влияние на распространенность и тяжесть туберкулеза, формирует клиническую структуру впервые выявленного туберкулеза и обеспечивает эффективность излечения больных, снижая экономический ущерб наносимый туберкулезом (путем снижения смертности и инвалидности среди больных туберкулезом), тем самым уменьшая финансовые затраты.

Залогом успешности всех противотуберкулезных мероприятий в первую очередь является организация выявления и диагностики на ранней стадии заболевания. Только разработка своевременной системы активного выявления больных туберкулезом и дифференцированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом всех медико-социальных факторов на этапах наблюдения и лечения больных сможет обеспечить успех в решении проблемы организации ранней диагностики заболевания с адекватными подходами к его терапии.

В данном случае реабилитационный прогноз будет тем оптимальнее, чем раньше установлен диагноз и осуществлен дифференцированный подход к тактике лечения. Эти обстоятельства требуют разработки и внедрения во фтизиатрии широкого круга организационных, гигиенических, противоэпидемических, дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, создания научно-внедренческой структуры медико-технических инноваций на государственном уровне. Представленные в данной работе материалы послужили основой для усиления некоторых разделов, утвержденных стандартов преподавания фтизиатрам на последипломном этапе образования.

1. В разделе "Эпидемиология туберкулеза" большее внимание необходимо уделять нетуберкулезным заболеваниям, снижающим иммунитет макроорганизма, таким как ВИЧ, птичий грипп, гепатиты, наркомания, неспецифические заболевания легких.

2. Раздел лучевой диагностики должен быть значительно усилен участием ведущих специалистов и учреждений России с проведением анализа эффективности и удельного места в диагностике методов от флюорографии до магнитно-ядерной томографии.
3. Необходимо значительное усиление раздела микроскопических и микробиологических методов диагностики, включая современные разработки SP-олиготипирования и микрочипов.
4. С учетом сопутствующей патологии у больных осложненным туберкулезом легких должен быть усилен раздел современной антибактериальной и патогенетической терапии.
5. Ввиду дефектов организации выявления внелегочного туберкулеза и ожидаемого роста заболевания как вторичного на фоне нарастания иммунодефицита необходимо активизировать подготовку специалистов по выявлению, диагностике и лечению этой формы заболевания.
6. Совместно с учреждениями – производителями АЭН РФ разработаны организационные принципы общественного объединения медико-технических инноваций, позволяющие улучшить разработку и обеспечение противотуберкулезной службы новыми аппаратами и методиками.
7. Необходимо научное обоснование и обучение кадров физиотерапевтического направления борьбе с нозокомиальной инфекцией, лекарственной устойчивостью МБТ, а также реабилитации больных туберкулезом.
8. В силу проблем, возникающих на грани "фтизиатрия – общая лечебная сеть", необходимо больше внимания уделять тематическим циклам для врачей общей лечебной поликлинической сети. Современный туберкулез весьма изменчив и заставляет внимательно анализировать и реагировать на возникающие проблемы.

Литература

1. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2004 г. М.: Фолиум; 2005
2. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Голиусов А.Т., Буравцева Е.В. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Эпидемиология и инфекционные болезни 2001; 1: 10–15.
3. Батыров С.А. Лечебно-диагностическая помощь больным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в условиях многопрофильной специализированной больницы. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2005
4. Смолл П.М. Борьба с туберкулезом в тюрьмах. М: Права человека; 2002

Поступила 28.03.07
© Приймак А.А., Бутыльченко О.В., 2007
УДК 616.24-002.5-07