

А.А.Приймак

Размышления о туберкулезе

ФППОВ ММА им И.М.Сеченова, Москва

А.А.Priymak

Thoughts of tuberculosis

Наметившиеся сдвиги в борьбе с туберкулезом определяются в России государственным подходом, заложенным в Федеральном законе "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (2001), в положениях реально финансируемой Федеральной программы "Неотложных мер борьбы с туберкулезом в России на 1998–2002 гг.", продленной до 2006 г., в Постановлении Правительства и Приказе Минздрава РФ № 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации" (2003). Тем более важно оценить динамику эпидемиологического состояния в России и выявить напряженные точки проблемы.

В последнее время появились разные формулировки ситуации с туберкулезом в нашей стране: "некоторая стабилизация отдельных показателей распространенности туберкулеза", "управляемая напряженная эпидситуация", "оптимизация эпидемиологии туберкулеза", "напряженная, но не критическая ситуация". Туберкулез стали называть "оптимистической трагедией". В чем-то этому способствуют отдельно взятые показатели статистики: в мире на Россию приходится только 0,7 % больных впервые выявленным туберкулезом и 1–1,2 % умерших от туберкулеза. При этом мы забываем о различных подходах к самому предмету разговора — что такое туберкулез? — и о возможностях сравнения показателей статистики разных стран. Кроме того, менталитет граждан России, в т. ч. фтизиатров, руководства различных уровней остаются иногда на уровне понятий "социалистического реализма", когда берется за основу что-либо (в данном случае эпидемиология туберкулеза), и выводы не опираются на теорию и практику системного анализа проблемы и оптимизируют будущее. Так, в 2002 г. экс-министр здравоохранения РФ заявил "о наступлении перелома в борьбе с туберкулезом", при том, что "в Европе рост заболевания туберкулезом продолжается". Эхо заявления прозвучало в Думе, газетах, медицинских источниках.

Достигнуть действительно положительных результатов можно реально двумя путями — резким улучшением работы фтизиатров, врачей общей лечебной сети, что объективно затруднено состоянием медико-технической, кадровой базы фтизиатрической службы, а главное тем, что туберкулез является следствием уровня жизни населения и маркером состояния общества. Альтернативным результатом

оптимистических заявлений может быть директивное изменение государственной статистики с уменьшением количества пациентов, нуждающихся в помощи фтизиатра. Это с успехом достигнуто изданием приказа МЗ РФ № 109, в котором наряду с очевидными положительными аспектами заложена мина замедленного действия — возможность перевода значительных контингентов из групп риска в общую лечебную сеть, не всегда готовую к этому и перегруженную "своими" проблемами. Все мы — законопослушные граждане, и выполнение приказа МЗ РФ № 109 обязательно для медицинских работников, также как и проведение анализа новой ситуации, и, что не менее важно, обучение туберкулезу врачей общей сети.

За 5-летие достоверно не уменьшилось количество пациентов, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях (> 2 млн 300 тыс. в 2003 г.). Из них около 500 тыс. с неактивным или активным туберкулезом, более 250 тыс. контактирующих с больными (из них около 100 тыс. детей), около 800 тыс. детей из групп риска, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ), и около 800 тыс. с посттуберкулезными изменениями. Более 30 тыс. человек умерли от туберкулеза.

Эпидемиологическая ситуация оценивается, как правило, по показателям заболеваемости, болезненности, смертности. В настоящее время этого недостаточно, ввиду дефектов активного раннего выявления туберкулеза, управляемости показателей распространенности и ретроспективности показателей смертности.

В 2003 г. впервые выявлено в России более 120 тыс. больных туберкулезом. Активное выявление туберкулеза у взрослых составило 55,0 %, у подростков — 61,0 %. Наиболее отработано активное выявление методом туберкулинодиагностики у детей (76,0 %). Подтверждением этого является стабильность показателей впервые выявленных детей, контингентов. Тем не менее риск инфицирования, достигающий 1–2 %, свидетельствует о проблемах детского туберкулеза.

Охват взрослых и подростков флюорографическими осмотрами в 2003 г. составил 59,0 % (в 1985 — 75,4 %) и так же, как удельный вес больных туберкулезом, выявленных при проверочных осмотрах (53,0 %), остается на уровне 1989–1990 гг. Выявляемость изменений при флюорографических осмотров реально составляет 35–45,0 % за счет дефектов флю-

орографической пленки, пропуска патологии при чтении и недообследования больных. Выявление же по обращению приводит к далеко зашедшим формам туберкулеза, и, как следствие, каждый 5-й больной умирает в течение года после выявления.

Флюорография — наша боль и, в значительной мере, ятрогенная проблема. Открытая травля флюорографии в 1976–1980 гг. при попустительстве чиновников Минздрава и территорий, с участием ВОЗовских специалистов, требовавших замены флюорографии на прямую микроскопию МБТ, привели к развалу уникальной российской структуры, уничтожению хорошо зарекомендовавших себя картотек, снижению ответственности медицинских и административных работников за профосмотры. Печальный опыт Томской и Ивановской областей подтверждает это.

В настоящее время Россия располагает почти 6 тыс. флюорографов, включая 600 цифровых аппаратов и 700 передвижных установок. Рекомендация активно и полностью переходить на цифровые аппараты, несмотря на их несомненное преимущество, в настоящее время нереальна. Нужно > 600 млн долл. для закупки аппаратуры и внедрения сплошной компьютеризации и мониторинга активного выявления туберкулеза.

Нельзя забывать и об особенностях России, ее расстояниях, дорогах (иногда по 300–500 км только по "зимнику" или воде), малой населенности территорий Севера, Сибири, Дальнего Востока (только в Тверской обл. около 10 тыс. деревень с 2–3 старушками в каждой). Пленочная стационарная и передвижная флюорография при правильной организации ее работы еще долгое время должна служить медицине.

Мы проанализировали на репрезентативном материале, что происходит с туберкулезом при плохой организации выявления. В 2000 г. в контингентах групп учета фиброзно-кавернозный туберкулез легких составлял 2,0 % (казалось бы, немного, но это — 36 тыс. чел. в абсолютных показателях); при активном выявлении — 0,8 %, а при выявлении по обращению увеличился до 3,2 %; казеозная пневмония — 1,5; 0,2 и 2,9 % соответственно; а очаговый туберкулез — 16,6; 23,4 и 8,2 %. Иными словами, при активном выявлении и своевременных флюороосмотрах фиброзно-кавернозный туберкулез находили в 5 раз реже, казеозную пневмонию — в 30 раз реже, а очаговый (легко поддающийся лечению) туберкулез — в 3 раза чаще.

Еще более яркая картина форм и локализации туберкулеза, выявленного посмертно. По сравнению с активным выявлением фиброзно-кавернозный туберкулез находили в 50 раз, а казеозную пневмонию — в 80 раз чаще.

Очевидно, что для реальной оценки эпидемиологии туберкулеза необходимо включать в анализ больных распространенными формами, фиброзно-кавернозным туберкулезом и умерших до года после

выявления. Результатом дефектов активного выявления, которые мы сами допустили, является динамика контингента больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, которая достоверно подтверждает его рост на 100,0 % за 1992–2002 гг. у впервые выявленных и увеличение дополнительно диагностированных с 7 до 25 тыс. человек в 2003 г. В итоге в течение 10 лет число больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, учтенных статистикой, достигает 30–35 тыс. А, кроме этого, сколько неучтенных? Вопрос не риторический. Из мест заключения, где эпидпоказатели в 20–40 раз выше минздравовских, в 2003 г. были освобождены 22 тыс. больных туберкулезом и более 7 тыс. из них не были взяты на учет учреждениями системы здравоохранения. Они также, как и неопределенное, но значительное количество бомжей, мигрантов, асоциальных людей, умерших от туберкулеза и не состоящих на учете в диспансере, не получали соответствующего лечения, а эпидемические очаги, где они находились, были неизвестны санэпидслужбе, фтизиатрам, и там не проводилась соответствующая обработка, поэтому заболеваемость контактирующих была в десятки раз выше. Более чем у 3 тыс. человек диагноз туберкулез был поставлен посмертно.

Результаты активного выявления во многом зависят от количества и качества микробиологических исследований. Определение лекарственной устойчивости МБТ приобретает особую важность для правильного лечения больных. Более 10 лет мы потратили на подчас бесплодные споры с чиновниками ВОЗ и адептами этой организации в России, агрессивно настаивавших на замене флюорографии исследованием мокроты с определением МБТ прямой микроскопией по методу Циля–Нильсена.

За 2003 г. из взятых на учет 91 254 больных были активно выявлены 55 502, в т. ч. посредством флюорографии — 44 469, посева — 1 326, микроскопии мокроты — 1 941 и методом туберкулинодиагностики — 2 766. Вывод ясен — без флюорографического метода около 50,0 % больных не были бы выявлены и остались без профилактической, санитарно-эпидемиологической и лечебной помощи.

По данным *М.В.Шиловой*, на учете состоит 128 тыс. бактериовыделителей. Тем не менее организация бактериологической службы далека от совершенства. При оптимальном соотношении БК+ / CV+, равном 150–175,0 %, в России этот показатель составляет 97,0 % и не имеет явной тенденции к увеличению. Также из года в год увеличивается число умерших от туберкулеза больных, у которых не определены МБТ. В 2003 г. у 5 323 человек из 32 тыс. умерших не было подтверждено бактериовыделение.

Угрожающей проблемой фтизиатрии становится множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ. По данным ВОЗ, МЛУ > 3,0 % в территориях оценивается как "горячая точка". В России, по данным *И.Р.Дорожковой*, МЛУ составляет 5,7 %, а по данным НИИ фтизиопульмонологии ММА им И.М.Сеченова,

в 2003 г. МЛУ у впервые выявленных больных составила 6,7 %, у бактериовыделителей, состоящих на учете, на конец года — 16,2 %.

Разброс на порядок показателей МЛУ на территории России свидетельствует о недостаточном уровне микробиологических исследований и об угрожающей тенденции сползания фтизиатрии в ситуацию доантибактериального периода. Не менее актуально и выявление у 70,0 % хронических больных туберкулезом неспецифической микрофлоры с почти 90,0 % 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. Это коррелирует с продолжающимся уменьшением числа жителей России (до 800 тыс. человек в год), здоровых детей в школьном возрасте (только 10–15,0 %), со средней продолжительностью жизни мужского населения, составляющей 58 лет, мизерным финансированием здравоохранения.

Чтобы не повторяться, мы отсылаем читателя к журналу "Пульмонология" (№ 4 / 2002), где анализировали последствия "срыва" иммунитета (сопротивляемости) у россиян, нарастающую угрозу показателей эпидемии туберкулеза, в т. ч. при сочетании туберкулеза с неспецифической легочной патологией, ВИЧ-инфекцией, гепатитом, наркоманией, алкоголизмом и табакокурением.

За прошедшие 3 года достоверного улучшения не наступило. Угнетение иммунитета в условиях почти 90%-ного инфицирования населения через 3–5 лет необратимо приведет к сочетанной патологии 200–300 тыс. больных с преобладанием внелегочного туберкулеза, к чему мы не готовы в организационном, кадровом и медикотехническом отношении. Что же в настоящее время может усилить противотуберкулезную службу? Важно отказаться от монополизации взглядов на туберкулез, связанных, как правило, с мнением отдельных специалистов в России и за рубежом, с экономическими и социально-политическими аспектами.

В современной фтизиатрии на наших глазах прошла пора деструктивного увлечения упрощенными до африканского уровня методами диагностики, локальными и механическими подходами к лечению, насильственному переходу к пульмонологии с глубоко небескорыстными реверансами в сторону зарубежных организаций и специалистов, подчас не первого порядка, но очень вирулентных и часто плохо понимающих особенности отечественной фтизиатрии.

Результатом монополизации является подчас директивное определение конечных результатов работы, не основанных на объективных предпосылках с последующей подгонкой под эти показатели. Например, ВОЗовские (1990–1995 гг.) критерии достижения 70,0 % выявления туберкулеза и 85,0 % из-

лечения не основывались на реалиях мировой фтизиатрии, но в 1982–1986 гг. в России были намного выше и резко уменьшились за последнее 10-летие.

Фтизиатрия — маркер государства, а Россия, по данным Всемирного экономического форума (2003), в рейтинге стран по международной конкурентоспособности занимает 65-е место среди 80 стран и только 45-е — по уровню интеграции образования, науки, практической деятельности. Одной из причин стагнации эпидемиологических показателей туберкулеза в России, на наш взгляд, являются низкое качество правовой, экономической и управленческой подготовки специалистов, мизерное финансирование, неудовлетворительная исходная медико-техническая база и недостаточный учет внешних и внутренних факторов. Иными словами, в ключевом понимании системного подхода и системного анализа мы ошибочно воспринимаем систему как просто совокупность взаимосвязанных компонентов объектов управления (в данном случае — фтизиатрии) без анализа внешних и внутренних связей, но с императивно заданными конечными результатами работы этой системы.

Очевидно, системный анализ должен проводиться в определенной последовательности и включать:

- 1) изучение своих реальных возможностей и формирование генеральной цели, конечных результатов;
- 2) исследование и прогнозирование тенденции развития объектов дальнего и ближнего окружения, имея в виду функции различных министерств, сопряженных в Федеральной программе, соотношение фтизиатрической службы и структур, ответственных за иные патологии в системе Минздрава;
- 3) исследование и прогнозирование параметров рынка поставщиков, в частности, аппаратуры, методик, медикаментов на отечественном и зарубежном уровне, а также конкуренции, положений теории и практики российской и иностранной фтизиатрии;
- 4) формулирование целей, функций и построение (развитие) структуры фтизиатрии;
- 5) на основе результатов системного анализа разработку реальной стратегии и конечных результатов фтизиатрической службы.

Анализ Федерального закона, Программы борьбы с туберкулезом позволяет предположить недостаточный анализ 2, 3, 4-го пунктов, вследствие чего цели, задачи и результаты (5-й этап) оказываются неконкретными, неадресными, бессистемными. Очевидно, инвестиции в этих случаях могут не дать намеченных результатов. Решение п. 1 может быть осуществлено при внедрении принципов "стандартов медико-технического оснащения учреждений и структур фтизиатрической службы", разработанных Российским НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ и утвержденных МЗ РФ в 1995 г. Стандартами предусмотрены критерии оценки параметров иерархического ряда учреждений фтизиатрии от фельд-

шерско-акушерского кабинета до головного регионального учреждения, включая миссию (основную цель работы), функциональные особенности, документы, на основании которых выполняются функции, кадровое, медико-техническое обеспечение, конечный результат работы.

В основу выполнения п. 1 с учетом стандартов учреждений фтизиатрии положена идея, что добиться конечных результатов в объеме, заложенном правовыми, управленческими документами для каждого иерархического уровня, можно только при обеспечении всех кадровых и медико-технических требований. При дефектах кадрового, медико-технического обеспечения достижение запланированного результата нереально.

Министерство здравоохранения, в конечном итоге, взамен создания целостной картины оценки и, главное, обеспечения кадрового и медико-технического оснащения противотуберкулезных учреждений пошло по пути разработки и внедрения стандартов по частным вопросам — лечения (протоколы лечения), диагностики, мониторинга и т. д. Половинчатые стандарты, в общем-то полезные для фтизиатрии, были уступкой ВОЗовским программам, но главное — позволяли требовать их выполнения фтизиатрами при очевидных дефектах как кадровых, так и медико-технического оснащения, т. е. заведомо недостижимых конечных результатов. Пример — 10-летняя стагнация результатов лечения, несмотря на наличие протоколов лечения и положительные сдвиги в обеспечении медикаментами. От ущербных методик ДОТ- и ДОТС-терапии с потерями для отечественной фтизиатрии пришлось отказаться. Выполнение пп. 2 и 3 осложнено тем, что значительная часть аппаратуры, приборов, методик закупается за рубежом, что приводит к увеличению стоимости, возможности нецелевого, подчас корыстного использования федеральных и муниципальных средств, зависимости от иностранных партнеров и недостаточному финансированию отечественной промышленности. Разрыв "прямых—обратных" связей между медицинскими учреждениями (потребителями) и научно-производственными учреждениями (производителями медицинской техники) связан с дефектами или отсутствием планирования на государственном, межминистерском уровнях, суверенизацией, изменением профиля научно-производственных учреждений.

Первый опыт работы общественного объединения медико-технических инноваций, включающего Отделение электроники и электротехники Академии электротехнических наук РФ (АЭН РФ), кафедр факультета профессионального последипломного образования врачей ММА им. И.М.Сеченова, ученых, врачей Москвы, России показывает, что такие кон-

такты можно осуществлять на уровне общественных связей. Для этого со стороны кафедр ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова определяется потребность в медико-технических аппаратах, приборах, методиках и разработках научно-производственных учреждений АЭН РФ, которые могут быть востребованы и закуплены при соответствующей рекламе в медицинских, научно-практических учреждениях РФ.

Реклама утвержденных Минздравом изделий научно-производственных учреждений АЭН РФ осуществляется при посещении медицинскими работниками выставок, проведении съездов, конференций, циклов переподготовки, сертификационных в Москве, на территориях РФ.

Важно обратить внимание на необходимость улучшения профессионального последипломного образования фтизиатров и врачей общей лечебной сети. При желании можно ознакомиться с материалами по этому вопросу в журнале "Пульмонология" (№ 3 / 2002).

Выводы

1. Туберкулез в России остается неуправляемой инфекцией в силу нерешенных на государственном уровне социальных, экономических, этнических и других проблем; наличия значительного бациллярного ядра, выраженной инфицированности населения и дефектов активного выявления.
2. Туберкулез, несомненно, является особоопасной инфекцией от которой умирают > 30 тыс. человек в год, каждый 5-й — в срок до 1 года после выявления.
3. Более половины территории Российской Федерации — Север, Юг России по границе с Казахстаном, некоторые республики Северного Кавказа, Дальний Восток, Сибирь — единый эпидемиологический очаг.
4. Можно прогнозировать дальнейший рост заболеваемости туберкулезом и СПИДом и числа больных внелегочным туберкулезом, к чему мы менее всего готовы.
5. В терапии туберкулеза в ближайшие годы большое значение будут иметь вопросы лекарственной устойчивости МБТ и проблема сочетанных сопутствующих заболеваний. Необходимо достаточное государственное, федеральное, региональное финансирование лечения сопутствующей патологии, патогенетической терапии, хирургических методов.
6. Мониторинг выявления, лечения, реабилитации больных — основа настоящих и будущих организационных форм борьбы с туберкулезом.

Поступила 02.02.05
© Приймак А.А., 2005
УДК 616.24-002.5