

© ПРИЙМАК А.А., 2002

УДК 616-002.5

А.А.Приймак

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

В настоящее время туберкулез находится в зоне повышенного внимания. В 1998 г. принята Федеральная программа о необходимых мерах борьбы с туберкулезом до 2004 г. В 2001 г. принят и подписан Президентом Закон о туберкулезе. В медицинских кругах обсуждаются постановления правительства и приказ Минздрава РФ, увеличивается финансирование, но анализ статистических показателей по туберкулезу выявляет их достоверное ухудшение и мрачные прогнозы этого заболевания.

Кстати, о прогнозах. Еще в 1986–1990 гг. в Российском институте фтизиопульмонологии Минздрава РФ были сделаны прогнозы до 2000 г. с учетом принятия и финансирования Федеральной программы и при отсутствии программы. Результаты прогнозов попали в точку по наихудшему варианту нарастания социального ущерба, отсутствия централизованного руководства и достаточного финансирования по представленной программе борьбы с туберкулезом.

Мы очень долго утверждали и спорили о программе — больше 10 лет и туберкулез этим воспользовался. В чем же причина развития туберкулезной инфекции в России, когда уже около 2,5 млн человек нуждаются в помощи фтизиатра? И не так важны споры сколько больных по данным ВОЗ, Европейским или Российским критериям находится на учете, важно, что социальная среда обитания человека-макроорганизма заметно не улучшается, вопросы социальные, этнические, экологические, алиментарные, иммунологические, генетические и др. (каждый может много сказать об этих факторах) создают благоприятный фон для микобактерий туберкулеза (МБТ), их процветания в организме человека, животных и среде обитания.

Несколько вопросов, на которых, как мне кажется, стоит остановиться. Нужно ли говорить о почти 2,5 млн россиян, нуждающихся в услугах фтизиатра или ограничить их число больными, у которых МБТ выявляются методом прямой микроскопии по Цилю-Нильсену (как рекомендуют эксперты ВОЗ) — примерно, 30–40 тыс. человек; и в соответствии с европейскими требованиями — число больных с опреде-

лением возбудителя микробиологическими методами — 150–200 тыс. человек.

Мы абсолютно уверены, что более правильное понимание туберкулеза как предмета разговора, предлагаемое российскими фтизиатрами: инфекционное заболевание, вызываемое МБТ, с характерной клинической, рентгенологической, патоморфологической, функциональной и т.д. картиной, с выделением или без выделения в данный момент МБТ. А излечение от туберкулеза — это не только прекращение выделения МБТ, но и максимально возможное восстановление нарушенной клинической, рентгенологической, патофизиологической, функциональной картины в процессе лечения и реабилитационных мероприятий. Тогда становится ясной цифра 2,5 млн человек, нуждающихся в услугах фтизиатра, — это около 500 000 с неактивным или активным туберкулезом без выделения МБТ; более 250 000 контактов с больными активным туберкулезом (из них около 100 000 детей); около 800 000 детей из групп риска, инфицированных МБТ, и около 800 000 лиц с посттуберкулезными изменениями. Нужно ли их учитывать? В экономически развитых странах их не учитывают. В экономически и социально неблагоприятных условиях России эти группы риска, имеющие непосредственную связь с туберкулезом, необходимо контролировать и, по возможности, оказывать им помощь, сохраняя коечный фонд санаториев, больниц, диспансеров, развивая амбулаторную помощь, хосписы, помощь на дому, выделяя и централизованно бесплатно распределяя медикаменты, аппаратуру и т.д. Но даже делая прозрачной цифру 2,5 млн человек мы не ответили на вопрос, насколько опасны различные категории больных туберкулезом.

В советское время при флюорографическом обследовании населения выявляли на 2000 обследованных 1 больного туберкулезом, 1 — раком легких, 8–10 — пульмонологических больных. Если не обследовали 2% и более от подлежащих флюорографии, то "доставалось" и общей лечебной сети, и санэпидслужбе, и противотуберкулезной службе. Флюорографических исследований сейчас проводится в половину меньше, чем еще 10 лет назад. Разрушена организа-

ционная структура флюорослужбы, не хватает специалистов, аппаратуры. Радиофобия диктует переход на малодозную технику. Качественная техника производится и в России, но цена составляет до 100 000 долларов за стационарный, 50 000 долларов за передвижной флюорограф. Даже приблизительный подсчет оснащения и замены устаревших флюорографов — 5000 стационарных и 1000 передвижных — дает астрономическую цифру около 1 млрд долларов.

Сейчас при профосмотрах выявляется только каждый 2-й больной туберкулезом, остальные — по обращению в лечебные учреждения, как правило, в запущенном состоянии. В течение года около 20% впервые выявленных не поддаются лечению и умирают. А сколько не обследовано? Бомжи, "новые русские", мигранты, беженцы, несчастные представители малого бизнеса, "челноки", бывшие заключенные и т.п. — гримасы нашей жизни. Пожалуй, наиболее характерно, что количество больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом (самой тяжелой хронической запущенной формой) не уменьшается, а остается на уровне до 30 000. А сколько их не выявлено и не зарегистрировано?! Можно прогнозировать не меньшее число. Это — бациллярное ядро, бомба не замедленного, а постоянного действия.

Очевидно, что туберкулез надо переводить в разряд особо опасных инфекций со всеми дефинициями, положенными этому разряду болезней. В то же время в России есть положительный опыт дифференцированного определения кратности флюорографических исследований (Новомосковск Тульской обл., Ставрополь, Оренбург), где раннее выявление туберкулеза в группах риска при резком сокращении числа обследуемых привело к уменьшению числа больных с запущенными формами, фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Большое число выявленных и невыявленных больных с открытой формой туберкулеза делает население беззащитным против инфекции. Именно поэтому риск, инфицирования детей в ряде территорий России более 2% в год, а во многих территориях по заболевшим детям определяют туберкулез у взрослых, послуживших причиной инфицирования детей. По статистике в таких территориях, а их в России более 10, заболеваемость детей превышает заболеваемость взрослых.

Кстати, во фтизиопедиатрии есть один показатель, косвенно характеризующий уровень организации службы и эпидемиологическую опасность, — туберкулезный менингит. Этот показатель в пересчете на 100 000 детского населения в России в 2 раза меньше, чем в США, в 5–10 раз меньше, чем в республиках СНГ на пространстве бывшего Советского Союза.

Еще тема для размышления — эпидемический статус туберкулеза в России. "Умом Россию не понять, аршином общим не измерить..." — это классика, но когда мы обсуждаем различные предложения, оптимальные для маленьких, компактных, ухожен-

ных стран, мы забываем наши просторы, когда между населенными пунктами 300–400 км и то по зимнику или воде или 10 000–13 000 деревень, как в Тверской обл. с населением 1–3 бабушки в каждой деревне. К тому же, пожалуй, 3/4 территории России — это или Север с тяжелой инфраструктурой, или юго-восточный пояс, граничащий с Казахстаном, где и в советские времена с выявлением и лечением туберкулеза было плохо, плюс территории Северного Кавказа с потоками мигрантов, беженцев, бандитов и обиженных, не желающих или не имеющих возможности работать, обследоваться, лечиться. Туберкулез нарастает от центра и северо-запада России к Уралу, Сибири, Дальнему Востоку, коренным жителям Севера и заложникам Юго-востока и Северного Кавказа. Эти цифры достоверны, они говорят об эпидемии и о том, что усилия надо предпринимать не на суверенном (районном, областном) уровне, а на уровне государства. Предложения были сделаны еще 5–10 лет назад учеными Санкт-Петербургского института. Считать эти территории единым очагом туберкулеза со всеми вытекающими для санитарно-эпидемической и противотуберкулезной служб последствиями и мероприятиями: режимы выявления (в том числе флюорографии, бактериологии), затраты на усиленную санобработку, профилактический прием химиопрепаратов, внимание на социальные аспекты, на ту же санпросветработу, о которой мы забываем. Все вышеперечисленное не дает реальных доходов. Судя по телепередачам, россиянам не грозит эпидемия туберкулеза, им грозит отсутствие прокладок и сникеров — это живые деньги для руководителей телевидения.

Не менее важным для государства, а скорее для республик с прозрачными границами на пространствах бывшего Советского Союза, является реанимация и доработка в реальных условиях общих принципов, взглядов и положений в отношении эпидемиологии, взаимного влияния и профилактических мер при туберкулезе.

Третья тема статьи — туберкулез и иммунодефицит. Сейчас уже можно говорить о группе заболеваний, объединенных состоянием иммунодефицита — болезни старческого возраста, СПИД, туберкулез, атипично протекающие заболевания, вызываемые банальными инфекциями. Их количество и отрицательные качества можно прогнозировать как линейную зависимость от социальных, этнических, экономических дефектов в государстве. Вернемся к туберкулезу и иммунодефициту. Сейчас 60–70% больных туберкулезом имеют сочетанную или сопутствующую патологию, у 70–80% неспецифическая микрофлора устойчива к антибиотикам в дополнение к нарастающему числу больных с МБТ, устойчивым к одному или нескольким химиопрепаратам, и подчас лечение туберкулеза должно начинаться или проводиться одновременно с хроническими заболеваниями легких. Отсюда иерархия, необходимая для успешного врачевания больного туберкулезом, — терапия —

пульмонология — фтизиатрия и переход институтов, кафедр, противотуберкулезных учреждений на рельсы фтизиопульмонологии оправдан и перспективен. Но появился опасный крен в сторону легочной патологии. Возможно, это связано с тем, что к руководству институтов, кафедр фтизиатрии и Министерства здравоохранения пришли специалисты по пульмонологии, хирургии, торакальным дисциплинам и совсем мало внимания уделяется сейчас внелегочному туберкулезу. Два фактора всегда отделяли туберкулез от слияния с пульмонологией — эпидемиологический характер и наличие внелегочного компонента туберкулеза. В.Покровский считает, что в России число ВИЧ-инфицированных приближается к 1–1,5 млн человек. СПИД приводит к иммунодефициту, а это в условиях выраженной инфицированности туберкулезом, несомненно, даст толчок развитию вторичных форм туберкулеза, которые, как правило, проявятся в виде внелегочных форм. Первые отечественные исследования показали, что туберкулез у больных СПИДом протекает атипично, труден для диагностики и лечения. Корни туберкулеза и СПИДа одни — асоциальные группы населения, наркоманы, алкоголики, бомжи и естественно было бы обследование этих групп проводить комплексно — на туберкулез и ВИЧ-инфекцию. Тем более, что технология определения антигенов и антител отработана не только для СПИДа, но и для туберкулеза. За 5 лет в лабораториях и центрах диагностики ВИЧ-инфицирования обследуются до 100 млн человек. Можно представить, сколько больных туберкулезом будет выявлено в этой группе, которая уж точно не проходит флюорографию. Это государственный подход к комплексной диагностике ВИЧ-инфицированных и туберкулеза.

К тому же Россия неблагополучна по туберкулезу крупного рогатого скота, который вызывают МБТ бычьего типа. Контакты ученых ветеринаров и медиков ослаблены и сейчас трудно сказать, где заражаются скотники от животных, а где животные от скотников и других животноводов, но опять же не вызывает сомнения, что фермы, где есть зараженные туберкулезом животные, — это тоже единый очаг инфекции, а таких очагов в России несколько десятков тысяч. Необходим организационный центр по изучению и практическим мероприятиям по борьбе с туберкулезом крупного рогатого скота и туберкулезу человека, вызванного МБТ бычьего типа. Если ВИЧ-инфицированных, а в перспективе более 1 млн больных СПИДом можно прогнозировать, повторяю, в условиях выраженного инфицирования туберкулезом, развитие вторичных форм туберкулеза — минимум у 200–300 тыс. человек. Мы к этому не готовы! Ликвидирован Санкт-Петербургский институт внелегочного туберкулеза, имеющиеся институты и кафедры фтизиопульмонологии больше заняты фтизиопульмонологией и торакальной патологией, — ликвидированы внелегочные отделения, уходят высококвалифицированные специалисты так весьма пожилого возраста.

И не менее трагичное — в условиях суверенизации территорий — разрушены созданные в 60–70-х годах межобластные внелегочные центры и никто не захотел брать больных соседних территорий без оплаты их лечения, да и поехать в другую территорию накладно для большинства больных, а обеспеченным пациентам не позволяет бизнес, дом не оставить. Как в 80–90 годы мы предупреждали о грозящей эпидемии легочного туберкулеза, так и сейчас мы говорим о том, что в ближайшие годы нам грозит эпидемия внелегочного туберкулеза в отсутствии специальной аппаратной диагностической базы и главное организационной структуры для руководства службой внелегочного туберкулеза. В настоящее время 80% впервые выявленных урологических больных подлежат оргауноносящим операциям ввиду запущенной диагностики, позднего выявления. Очевидно, необходимо проведение "полевых" исследований в условиях нескольких репрезентативных для регионов территорий с поголовным обследованием населения на внелегочный туберкулез с участием федеральных институтов фтизиопульмонологии, противотуберкулезных диспансеров, территориальных мединститутов и с привлечением сотрудников кафедр ортопедии, урологии, офтальмологии и др. и определением групп риска и количества больных внелегочным туберкулезом для расчета потребности в специалистах, койках, медикаментах.

Руководство институтов фтизиопульмонологии должно взять на себя обязательства по возрождению и развитию служб внелегочного туберкулеза вместе со специалистами однопрофильных кафедр региональных медицинских институтов с ответственностью за анализ, прогнозы, науку и практику этой проблемы в своем регионе. Это то же государственное решение проблемы. Необходим организационно-методический центр фтизиатрии с ветеринарией, который взял бы на себя анализ, прогнозы, научные и практические вопросы туберкулеза крупного рогатого скота и туберкулеза человека, вызванного МБТ бычьего типа.

Проблем в медицине много. К тому же, как это ни парадоксально звучит, чем сильнее руководитель здравоохранения любого уровня, тем больше шансов, что на него, на Министерство, на фтизиатрическую службу взвалит и полную ответственность за выполнение заданий программы. И это, естественно, приводит к тому, что туберкулез начинает трактоваться как чисто медицинская (минздравовская, обл-, крайздравовская) проблема.

В то же время основное в борьбе с туберкулезом принадлежит социальным, экономическим, этническим и другим аспектам, медицинские составляют 10–15%. И решение проблем туберкулеза намного легче в организации межведомственных структур, комиссий под руководством главы, зам. главы администрации по социальным вопросам с участием служб и сотрудников Минздрава, МВД, Минюста, Минэкономики, Минсельхоза и ветеринарии, Мин-

образования, Минобороны на любых уровнях района, области, территории, республики, России.

Например, в сильных Ставропольском и Краснодарском краях, в Якутии совещания по туберкулезу проводили на межведомственных совещаниях под руководством зам. главы администрации по социальным вопросам для заместителей глав администраций

районов, отвечающих за проблему туберкулеза, с приглашением фтизиатров и сотрудников других ведомств. Туберкулез многообразен и безбрежен как мир. В статье лишь несколько аспектов этой проблемы, вызывающих раздумья и дающих, на наш взгляд, темы для дискуссии и принятия решений.

Поступила 22.11.01

Оригинальные исследования

© СУХОВ В.М., ГНЕЗДИЛОВА Е.В., 2002

УДК 616.24-002.52-085.33

В.М.Сухов, Е.В.Гнездилова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФЛОКСАЦИНА, ЛИКОПИДА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Самарский государственный медицинский университет

AN EXPERIENCE OF APPLICATION OF OFLOXACINE, LIKOPID AND PSYCHOLOGICAL
CORRECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC LUNG TUBERCULOSIS

V.M.Sukhov, E.V.Gnezdilova

Summary

The article demonstrates results of treatment of 32 patients with chronic fibrous-and-cavernous BK-positive lung tuberculosis with the lung tissue destruction. The treatment course lasted for 3 months and involved 4 or 5 antituberculosis drugs including ofloxacin. All the patients received the domestic immune modulating drug Likopid as a pathogenic therapy. A psychological correction was used according to the "Phthisa-school" educating programme. The combined therapy of the chronic lung tuberculosis patients using ofloxacin, Likopid and psychological correction was quite effective. BK contamination decreased including highly viable *Micobacteria*; a volume of the lung tissue destruction reduced. Our experience can be recommended for treatment of chronic lung tuberculosis patients with plentiful contamination by drug-resistant *Micobacteria*.

Резюме

В статье приведены результаты лечения 32 больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с бацилловыделением и распадом легочной ткани. Курс лечения продолжался 3 мес и включал 4-5 противотуберкулезных препаратов, в том числе офлоксацин. В качестве средства патогенетической терапии всем больным был назначен отечественный иммуномодулятор глюкозаминилмурамилдипептид (ликопид). Для создания настроения на благополучный исход заболевания, повышения дисциплины лечения и выполнения правил личной гигиены проводилась психологическая коррекция в рамках образовательной программы "Фтиза-школа". Комплексное лечение больных хроническим туберкулезом легких, включавшее офлоксацин, липопид и психологическую коррекцию, оказалось достаточно эффективным. Уменьшилось бацилловыделение, в том числе микобактерий с высокой жизнеспособностью, уменьшился объем распада легочной ткани. Наш опыт лечения может быть рекомендован к применению в практике врачей-фтизиатров при лечении больных хроническим туберкулезом легких с обильным бацилловыделением лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий.