

ТУБЕРКУЛЕЗ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РУКОВОДИТЕЛЬ НИИ
ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
МОСКОВСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА
МЗСР РФ
Михаил Израилевич
Перельман



О туберкулезе пишут очень много. Авторами публикаций являются врачи различных специальностей, руководители органов управления здравоохранением, журналисты, писатели, политики, государственные и общественные деятели, финансисты и банкиры, экономисты и статистики. Пишут болеющие туберкулезом и выздоровевшие от него люди. Причина такого внимания к туберкулезу очевидна. Он широко распространен во многих странах и является чувствительным индикатором социально-экономического уровня страны, общественного здоровья и состояния здравоохранения.

НЕМНОГО ИСТОРИИ

*Не знать истории –
значит всегда быть ребенком.
Цицерон, Древний Рим, 106–43 годы до н.э.*

Ко времени начала Великой Отечественной войны в СССР была создана система борьбы с туберкулезом, которая отличалась профилактической направленностью, жестким управлением по вертикали и наличием детализированной нормативной базы. Благодаря этой системе и героическому труду организаторов здравоохранения, ученых, врачей, медицинских сестер во время жестокой войны удалось предотвратить губительную эпидемию туберкулеза на фронте и в тылу. После окончания войны

и улучшения социально-экономических условий массовая вакцинация детей и контрольные обследования населения, профилактическая работа в очагах инфекции, внедрение в практику химиотерапии, развитие фтизиохирургии позволили сократить распространение туберкулеза. Показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза снижались до начала 90-х годов. После распада СССР и демонтажа советской государственной и экономической системы ситуация с туберкулезом ухудшилась. Главными причинами такого ухудшения были потеря Россией почти половины своего экономического потенциала, военные конфликты, миграционные процессы, рост числа безработных и лиц без определенного места жительства. Ухудшилась экологическая обстановка, люди лишились социальных гарантий, снизились жизненный уровень и устойчивость населения к действию факторов внешней и внутренней среды. Ситуацию усугубили недостаточное финансирование противотуберкулезных мероприятий и разрушение вертикали управления противотуберкулезной службой.

Двадцать первый век положил начало новому этапу борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. Положительные сдвиги стали возможны на основе серьезной политической, экономической, организационной и научной базы, созданной за последние годы. Основную роль сыграли подъем экономики и государственная поддержка противотуберкулезных мероприятий. Рост официальных показателей заболеваемости туберкулезом в масштабах страны прекратился. В ряде регионов наметилась тенденция к некоторому снижению заболеваемости.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА

*Нет такого закона,
который удовлетворяет всех.
Ливий Тит, римский историк, 59 год до н.э. – 17 год н.э.*

Противотуберкулезная работа в России – СССР – Российской Федерации традиционно базируется на зако-

нодательной базе и государственной поддержке. Основные акты по борьбе с туберкулезом были следующими:

- 1909 год – утверждение российским Правительством Лиги по борьбе с туберкулезом;
- 1918 год – декрет Правительства о комиссии по туберкулезу;
- 1919 год – включение борьбы с туберкулезом в программу ВКП(б);
- 1943 год – постановление Правительства о борьбе с туберкулезом;
- 1960 год – постановление Правительства №872 о мерах по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом;
- 1997 год – приказ Минздрава России №193 о создании государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза;
- 1998 год – постановление Правительства №582 о Федеральной целевой программе «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом на 1998–2004 годы». Программа была продлена до 2006 года и составила раздел новой Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»;
- 2000 год – утверждение Ученым советом МЗ РФ концепции национальной программы противотуберкулезной помощи населению России;
- 2001 год – Федеральный закон №77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- 2001 год постановление Правительства Российской Федерации №892 о флюорографии, диспансеризации, статистике;
- 2001 год – утверждение Минздравом России 5-летнего плана борьбы с туберкулезом;
- 2003 год – приказ Минздрава России №109 о совершенствовании мероприятий против туберкулеза;
- 2003 год – соглашение между Правительством Российской Федерации и Международным банком реконструкции и развития о займе для финансирования проекта «Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза и СПИДа»;
- 2004 год – приказ Минздрава России №50 о совершенствовании статистики;
- 2006 год – утверждение Правительством Российской Федерации концепции Федеральной целевой программы о предупреждении и борьбе с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы).

Многолетняя практика показала, что эффективность государственной поддержки противотуберкулезной работы достигается лишь при административной и финансовой поддержке со стороны федеральной и региональной власти. Это положение становится очевидным при сравнительной оценке дел в различных территориях нашей страны. Поэтому важное, но общее положение о необходимости политической и государственной поддержки мероприятий против туберкулеза необходимо конкретизировать и дополнить

административной и финансовой поддержкой на федеральном и региональном уровне.

БЮДЖЕТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

*Даю, чтобы ты дал.
Принцип римского права*

В соответствии с федеральной программой, утвержденной в 1998 году, финансирование противотуберкулезной службы за счет федерального бюджета значительно улучшилось. Уровень финансирования за счет региональных бюджетов возрос почти в 2 раза. Явный прогресс был достигнут в строительстве, реконструкции и ремонте ряда учреждений. В июне 2002 года открыт новый комплекс НИИ туберкулеза в Новосибирске. Для ведущих учреждений закуплено лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое оборудование. Ликвидирован острый дефицит лекарственных препаратов первого ряда. Институты туберкулеза и фтизиопульмонологии, а также ряд диспансеров обеспечены дорогостоящими препаратами второго ряда. С 2001 года выделяются средства для проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий.

В декабре 2006 года Правительство Российской Федерации определило предельные (прогнозные) объемы финансирования подпрограммы по туберкулезу с ориентировочным учетом будущих цен. На 5 лет – с 2007 по 2011 год – выделено 26 287,8 млн. рублей, в том числе 9 791,1 млн. рублей из федерального бюджета и 16 496,7 млн. рублей из бюджетов субъектов Российской Федерации. В 2007 году противотуберкулезная служба должна получить 4 174,1 млн. рублей (соответственно 1 474,9 и 2 699,2 млн. рублей). Эти деньги в основном будут использованы для строительных и ремонтных работ, закупок технологического оборудования, медикаментов и выполнения профилактических программ.

Финансовой поддержкой бюджетного финансирования противотуберкулезных мероприятий являются заем Международного банка (2003 год) и грант глобального фонда ООН, выделенный России в октябре 2005 года.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

*Если хочешь стать оптимистом и понять жизнь,
то перестань верить тому, что говорят
и тишут, а наблюдай сам и вникай.*

А. П. Чехов

С 2000 года в статистику по туберкулезу стали включать контингенты больных из пенитенциарной системы, силовых структур, закрытых городов, специальных производств и ряда других ведомств.

Тенденция к снижению показателей заболеваемости туберкулезом в России наметилась в 2001 году (табл. 1). Показатель заболеваемости за 2005 год – 83,8 на 100 000 населения.



Таблица 1
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(на 100 000 населения)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Взрослые	90,7	88,2	86,1	83,2	83,1	83,8
Дети	17,9	18,6	15,9	15,9	16,1	16,4

В 2005 году выявлено 119 226 больных туберкулезом, из них 3530 детей и 2607 подростков

Таблица 2
ТУБЕРКУЛЕЗ В МОСКВЕ
(постоянное население)

Годы	Заболеваемость	Смертность
1970		9,9
1980	36,9	5,8
1990	23,0	4,6
1995	35,2	8,0
2000	32,6	6,9
2004	27,1	5,2

Заболеваемость туберкулезом в европейской части России существенно ниже, чем на Урале и в азиатской части. Меньшая заболеваемость туберкулезом отмечается в Москве (табл. 2) и Санкт-Петербурге, а наибольшая – в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах (максимальная – 357,3 в Корякском автономном округе). Чаще заболевают люди в возрасте от 25 до 35 лет, причем мужчины в 3 раза чаще женщин. Мигранты и особенно заключенные заболевают туберкулезом значительно чаще.

Число впервые выявленных больных в пенитенциарной системе имеет тенденцию к снижению (табл. 3). Это снижение происходит на фоне существенных административных преобразований и разумного, заинтересованного подхода руководства Министерства юстиции и его медицинской службы к борьбе с туберкулезом. Однако до признания ситуации удовлетворительной еще далеко. Процент освобожденных больных, ставших на учет в противотуберкулезных учреждениях, после подъема в 2001 году вновь упал и в 2004 году был ниже 50.

Бактериовыделители среди всех впервые выявленных взрослых больных туберкулезом легких в 2005 году составляли 44,6% с большими колебаниями по регионам – от 27,6% в Алтайском крае до 68,9% в Республике Марий Эл. Кстати, по критериям ВОЗ, только их в между-

народной практике и считают больными туберкулезом. Лишь в 2006 году ВОЗ изменила свою позицию и стала считать «случаем заболевания туберкулезом пациента, у которого туберкулез подтвержден результатами бактериологического исследования либо диагностирован клиническим путем» (Глобальный отчет о состоянии борьбы с туберкулезом, 2006, с. 19).

Оценка важного в эпидемиологическом отношении показателя бактериовыделения должна быть дифференцированной. Отсутствие бактериовыделения более чем у половины больных многие авторы, особенно зарубежные, закономерно связывают с низким качеством лабораторной диагностики. Однако, с другой стороны, выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) во внешнюю среду происходит только после распада ткани в зоне туберкулезного воспаления и появления мокроты в дыхательных путях. Микроскопические участки распада в туберкулезной гранулеме обычно возникают не ранее 4–5 недель от начала заболевания. Только по мере дальнейшего прогрессирования воспалительной реакции в сливающихся гранулемах образуется макроскопический распад и появляется мокрота. При выявлении больных до распада сливающихся гранул и появления мокроты выделение МБТ, как правило, отсутствует. В итоге очевидно, что по мере улучшения бактериологической диагностики процент бактериовыделителей должен возрастать, а при совершенствовании выявления больных – уменьшаться. В принципе на фоне улучшения лабораторной диагностики следует стремиться к уменьшению процента бактериовыделителей за счет своевременного выявления больных.

Четких сведений о первичной устойчивости МБТ к лекарственным препаратам в масштабах страны нет – их еще не может предоставить лабораторная служба. По имеющимся неполным данным, устойчивость имеет тенденцию к росту. Так, в 2004 году она отмечалась у 8% впервые выявленных больных. В 2005 году устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину отмечается приблизительно у 10–15% бактериовыделителей.

Уменьшение показателя распространенности туберкулеза в течение последних двух лет (табл. 4) в значительной степени обусловлено изменениями в учете диспансерных контингентов в соответствии с приказом Минздрава России №109 в 2003 году. В связи с этим в 2004 году значительно уменьшилось и общее число больных туберкулезом, состоящих на учете. Так, в 2003 году их было 378 800, а в 2004 году – уже 312 208.

Смертность от туберкулеза является очень важным интегрирующим и объективным показателем (табл. 5). В 2000 году показатель смертности был равен 20,5, в 2005 году – 22,1. Рост показателя обусловлен накоплением тяжелого контингента хронических больных и исходами остро прогрессирующих форм туберкулеза.

Летальность среди всех больных туберкулезом в течение последних лет стабильна и находится в пределах 5–6%.

Серьезное значение для эпидемиологической ситуации по туберкулезу может иметь тенденция к распространению в России ВИЧ-инфекции



и СПИДа. Эта проблема с каждым годом становится для фтизиатров все более ощутимой и острой. К концу 2005 года число ВИЧ-инфицированных в России достигло 350 000 человек. При этом расчетная заболеваемость туберкулезом на 100 000 ВИЧ-инфицированных лиц – 344,7. Естественно, что в обширном комплексе профилактических и лечебных мер среди ВИЧ-инфицированных полезен опыт иностранных коллег, который должен быть адаптирован к российским условиям.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

Опасность в промедлении.

Тит Ливий, 59 год до н.э.

В условиях высокой заболеваемости туберкулез нужно выявлять не только при обращении больного за медицинской помощью, но и активно. Активное выявление особенно важно среди людей молодого и среднего возраста, которые учатся или работают, считают себя достаточно здоровыми и избегают обращений к врачам. Эти факторы всегда принимались во внимание при планировании массовых обследований, которые в первую очередь проводили в учебных заведениях, на предприятиях, в учреждениях и других объединениях работающих граждан. В то же время лица пенсионного возраста, часто не работающие и обремененные рядом заболеваний, несравнимо чаще обращаются по разным поводам в лечебно-профилактические учреждения.

Основными методами выявления туберкулеза у детей являются клинический, иммунологический и в определенной степени лучевой, а у взрослых – клинический, лучевой и бактериологический.

При хорошо организованном активном выявлении туберкулез распознают, как правило, раньше и больных в деструктивной фазе с бактериовыделением меньше, чем при выявлении по обращению. В 2005 году активно было выявлено более половины всех больных – 54,7% (табл. 6). Основную роль в активном выявлении больных играет флюорография – 47,4%. Другие методы имеют гораздо меньшее значение. Так, в 2003 году на туберкулинодиагностику пришлось 3,0%, на микроскопию мокроты – 2,1% и на посев мокроты – 1,5%.

Необходимо отметить три положения о методах выявления туберкулеза легких у взрослых, которые являются важными с противоэпидемической, профилактической, терапевтической и прогностической точек зрения.

1. Выявление туберкулеза легких должно быть своевременным. Под своевременным понимают выявление не осложненных форм первичного туберкулеза, а также начальных форм вторичного туберкулеза – до появления в легких распадающихся очагов и обширных инфильтратов. При этом у больных еще нет кашля с мокротой и определяемого обычной световой микроскопией бактериовыделения. Заболевание выявляют, следовательно, до развития так называемого инфекционного, контактного или заразного туберкулеза.

Таблица 3

ЧИСЛО ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Год	Число больных
2000	33 901
2001	29 077
2002	20 955
2003	16 453
2004	16 836
2005	14 898

Таблица 4

ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ (на 100 000 населения)

Год	Число больных
2001	268,8
2002	271,1
2003	265,9
2004	218,3
2005	195,5

2. При своевременном выявлении и рано начатом лечении у ряда больных можно предотвратить появление бактериовыделения, а у больных со скудным бактериовыделением достичь его быстрой ликвидации.

3. В медицине хорошо известно: своевременно выявленные заболевания легче лечить. Туберкулез исключением не является. При более раннем выявлении он легче поддается эффективному лечению.

Для своевременного выявления туберкулеза легких у взрослых пока есть, к сожалению, только один метод – лучевое исследование. Обычно это контрольная или профилактическая флюорография. Несомненным преимуществом флюорографии перед другими методами исследования является возможность документированного выявления в доклинической фазе не только туберкулеза, но также опухолей легких, плевры, грудной стенки и средостения, многих воспалительных заболеваний и диссеминированных процессов в легких, аневризм аорты, заболеваний сердца, перикарда и диафрагмы.



Таблица 5
СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА
(на 100 000 населения)

Год	Число умерших
2000	20,5
2001	20,1
2002	21,8
2003	21,9
2004	21,3
2005	22,1

Таблица 6
АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ
(в процентах от всех выявленных)

2000	51,0
2001	54,7
2002	55,3
2003	55,3
2004	56,0
2005	54,7

мы. Ведь заболеваемость только раком легкого достигает 60–70 на 100 000 населения! Выявленные флюорографией изменения являются основанием для более глубокого обследования пациента с целью установления диагноза.

Экономические и организационные трудности 90-х годов привели к необходимости ограничить проведение ежегодной флюорографии «группами высокого риска». Однако не может быть сомнений в том, что по мере улучшения ситуации абсолютное большинство взрослого населения нашей страны будет проходить диспансеризацию в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети. В рамках диспансеризации контрольное лучевое исследование груди является обязательным. Пока же действует постановление Правительства Российской Федерации №892 от 25 декабря 2001 года о периодических обследованиях определенных групп населения на туберкулез.

В 2005 году флюорография сделана у 57,8% взрослого населения страны (у 59,5 млн. человек). Во многих регионах этот показатель значительно выше (Саратовская область – 90,2%, Тюменская и Самарская области – свыше 75%, Республика Бурятия, Омская и Оренбургская области – свыше 70%). Выявление туберкулеза

Таблица 7
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ
ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ
(в процентах от всех выявленных)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
МБТ (-)	72,2	73,4	74,2	73,5	73,5	?
Каверны нет	61,3	62,6	62,8	62,4	65,7	?
Умерли	4,1	4,1	4,4	4,5	4,6	?

флюорографией в целом по стране составило 0,6 на 1000 обследованных.

Для проведения флюорографии принципиальное значение имеет замена устаревших пленочных флюорографов новыми стационарными и передвижными цифровыми малодозными аппаратами. Их преимущества широко известны. Есть также основания полагать, что в ближайшее время цифровые флюорографы станут модулями передвижных телемедицинских станций. В географических условиях нашей страны они могут быть незаменимы для комплексных обследований населения. Образец такой телемедицинской станции в 2004 году был удостоен диплома на международной выставке изобретений в Женеве.

Бактериологическое исследование – абсолютно необходимый метод для выявления туберкулеза легких и верификации диагноза. Однако оно возможно, как правило, лишь при наличии мокроты и результативно только при наличии бактериовыделения. Поэтому в проблеме своевременного выявления туберкулеза легких первое место занимали клинический и лучевой методы, а уже после них – микроскопическое и культуральное исследование мокроты.

Здоровый человек не кашляет и мокроту не выделяет. Кашель и мокрота – всегда патология. Поэтому мокроту, как патологический субстрат, необходимо подвергать лабораторному анализу, обращая особое внимание на выявление кислотоустойчивых бактерий и опухолевых клеток. Необходимость исследования мокроты во всех учреждениях общей лечебной сети у лиц, кашляющих более 2–3 недель, представляется совершенно ясной.

В СССР и затем и в России микроскопическое исследование мокроты у кашляющих больных в учреждениях общей лечебной сети всегда декларировалось. Однако реально его часто не производили или делали на низком уровне. Причин много: отсутствие должной интеграции с противотуберкулезной и онкологической службой; ложное мнение о том, что выявление туберкулеза – дело фтизиатров, а рака – онкологов; слабый контроль со стороны органов управления здравоохранением; плохая лабораторная база; недостаточная квалификация врачей и лаборантов.



РАЗНИЦА В СТРАТЕГИЯХ ВОЗ И РФ

	Профил.	Выявление	Лечение	Излечение
ВОЗ	Пассивные выявления	По обращению. Микроскопия мокроты	Стандартная контролируемая химиотерапия	Прекращение выделения МБТ
РФ	Вакцинация. Работа в очагах.	Активное и по обращению. Лучевые и бактериологич. методы	Комплексное, включая хирургию	Ликвидация интоксикации, прекращение выделения МБТ, закрытие полости распада

Для выявления больных, распространяющих инфекцию, значение бактериологических методов исключительно велико. Часть больных по разным причинам не проходит флюорографию. Другие заболели в промежутках между контрольными исследованиями и без анализа появившейся мокроты остаются не выявленными.

За последние годы в использовании бактериологических методов для выявления туберкулеза происходит положительный сдвиг. При этом существенную роль играет активная работа ВОЗ и других международных организаций, обративших внимание на эту слабую сторону российской фтизиатрии. Осознание роли бактериологических методов, укрепление материально-технической базы лабораторий и повышение квалификации врачей и лаборантов, создание с помощью ВОЗ референс-лабораторий и системы контроля качества исследований являются важным прогрессивным звеном в развитии противотуберкулезной службы.

Одним из показателей качества выявления является процент больных, у которых впервые установлен фиброзно-кавернозный туберкулез легких. В 2002 году среди впервые выявленных больных лиц с фиброзно-кавернозным туберкулезом было 7%, в 2003 году – 6,3%, в 2004 году – 5,7%. Это много – таких больных вообще не должно быть.

Важнейший вопрос – бактериовыделение у впервые выявленных больных туберкулезом вообще и туберкулезом легких в частности. В 2001 году среди впервые выявленных больных туберкулезом бактериовыделение было установлено у 36,1%. В течение последующих четырех лет этот процент увеличивался и в 2005 году достиг 42. Среди постоянного городского населения он всегда несколько выше ввиду лучшего бактериологического исследования.

Хорошо, что у большей части больных туберкулез выявлен своевременно – до появления бактериовыделения. Плохо, что диагноз верифицирован только у одной трети больных, – по-видимому, оставляет желать лучшего качество бактериологической диагностики. По мере ее совершенствования процент бактериовыделителей возрастет. Однако этот рост не будет очень существенным,

и большинство больных в России действительно будут выявлять до распада очагов и инфильтратов, появления кашля с мокротой и бактериовыделения.

В целом, по данным мониторинга, в течение двух последних лет выявление больных туберкулезом несколько улучшилось.

Основным методом верификации диагноза туберкулеза является бактериологическое (культуральное) исследование с выделением туберкулезных микобактерий. В клинической практике недостатком этого метода является значительное время, необходимое для получения результата. Быстро, но менее достоверно можно обнаружить наличие микобактерий туберкулеза полимеразной цепной реакцией. Другой метод верификации диагноза – это гистологическое исследование биопсийного материала. Для его получения, как правило, необходимы различные инвазивные вмешательства – они ограничивают широкое использование биопсий.

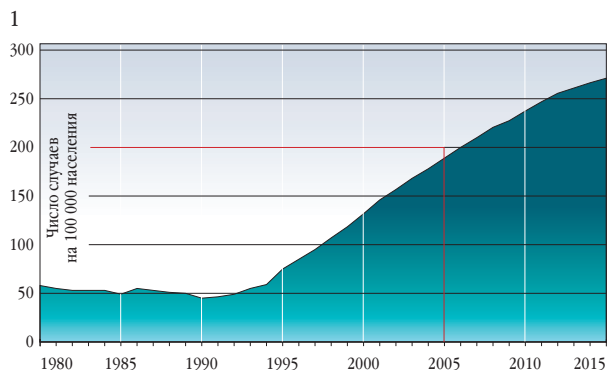
В клинических условиях всегда желательно верифицировать диагноз туберкулеза, но практически это удастся далеко не всегда. Поэтому для правильной диагностики очень велика роль квалификации врача, который основывается на комплексной оценке данных клинического, лабораторного и лучевого исследования, динамике процесса и собственном опыте.

ЛЕЧЕНИЕ

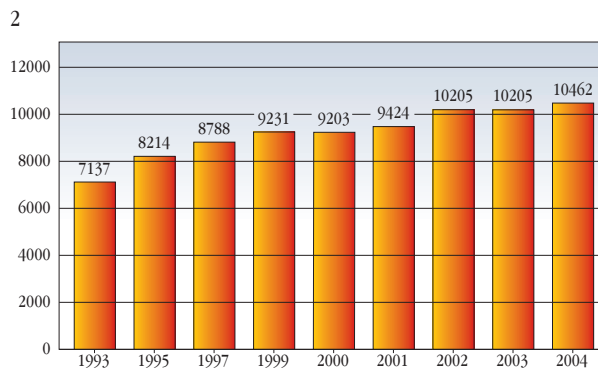
*Чтобы лекарство помогло,
его надо проглотить.
Японская пословица*

Организационные формы лечения больных туберкулезом начали меняться с начала девяностых годов. Появились дневные стационары. С 1995 года стали амбулаторно лечить впервые выявленных больных туберкулезом. К настоящему времени показания и противопоказания к разным организационным формам достаточно четко определены с учетом медицинских и социальных факторов.





ОЖИДАЕМАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2015 ГОДА



ХИРУРГИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Эффективность лечения по прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада является низкой (табл. 7). Процент прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных значительно ниже 85, которые были декларированы на 44-й Ассамблее ВОЗ (1991 год) еще к 2000 году. Затем эту задачу отложили на 2005 год, но она остается невыполненной. Весьма тревожным является рост числа рецидивов туберкулеза легких: в 2005 году их стало в два раза больше по сравнению с предыдущим годом. Этот факт требует пристального анализа в плане правильности ранее установленного клинического излечения болезни.

Главными причинами низкой эффективности лечения являются позднее выявление больных и неполноценная комплексная терапия туберкулеза.

Комплексная терапия туберкулеза включает режим поведения и питания больных, химиотерапию, патогенетическую терапию, при необходимости – коллапсотерапию и хирургические методы, санаторное лечение.

Особого внимания требует регулярный прием больными лекарств, особенно в амбулаторных условиях. При этом нельзя сказать, что контролируемой терапии в России уделяют мало внимания. С середины пятидесятых годов после лекций А. Е. Рабухина и порядков, введенных в руководимой им клинике ЦИУВ и в ЦКБ Министерства путей сообщения, эта проблема (именно проблема!) обсуждалась не один раз. Контролируемая терапия была темой многих публикаций, в том числе методических рекомендаций и указаний. Однако в значительной степени «воз и ныне там».

Добиться выполнения врачебных назначений можно двумя путями. Первый из них – повышение сознательности больных и их ответственности за здоровье – свое и окружающих. Второй путь – прием лекарств под прямым наблюдением.

Уровень сознательности больных связан со многими факторами, на которые часто трудно воздействовать. В то же время все меры образовательного, разъяснительного и воспитательного плана являются совершенно необходимыми. К сожалению, пока в практике большее значение имеет прием лекарств под наблюдением контролера. Значение этого пути подчеркнуто в програм-

ме борьбы с туберкулезом ВОЗ. Высшей степенью контролируемой терапии может быть самоконтроль пациента, но в настоящее время в роли контролеров должны быть в первую очередь медицинские работники, а также представители Красного Креста, добровольные помощники из социальных служб и благотворительных организаций, иногда – члены семьи больного.

В масштабах России с ее мегаполисами и таежными просторами, географическими и климатическими особенностями, национальными и религиозными обычаями, разным уровнем благосостояния населения, культуры, образования и отношения к здоровью стандартный, одинаковый подход к контролируемой терапии невозможен. Поэтому российские фтизиатры должны использовать все рекомендации, а также свою традиционную профессиональную добросовестность и изобретательность для обеспечения регулярного приема лекарств и эффективной химиотерапии – основного метода лечения туберкулеза.

На основе стандартов химиотерапии квалифицированный специалист-фтизиатр имеет возможность проводить индивидуализированное лечение больного. Все больные – разные, и поэтому конкретного больного человека необходимо лечить индивидуально.

Важными методами лечения туберкулеза являются коллапсотерапия (в первую очередь – искусственный пневмоторакс) и различные хирургические операции. В России искусственный пневмоторакс и хирургические методы лечения туберкулеза легких, операции при туберкулезе костей и суставов, мочеполовых органов, лимфатических узлов имеют глубокие исторические корни и высокий уровень развития. В настоящее время роль этих методов возрастает в связи с частым возникновением устойчивости туберкулезных микобактерий к химиопрепаратам. В первую очередь речь идет о туберкулезе легких с устойчивостью микобактерий к изониазиду и рифампицину. М. Айзман на основании американского опыта считает, что хирургическое вмешательство показано приблизительно у 2/3 больных с такими возбудителями. В настоящее время появились и панрезистентные микобактерии, при которых все препараты первого и второго ряда оказываются неэффективными. Поэтому большая роль пневмоторакса и хирургических методов



в лечении туберкулеза с лекарственной устойчивостью представляется совершенно очевидной.

В настоящее время при туберкулезе легких в России оперируют около 4% больных и выполняют более 10 тыс. операций в год (рис. 2). Число операций должно быть увеличено в 1,5–2 раза – в первую очередь за счет своевременных хирургических вмешательств у впервые выявленных больных. Ведь у четверти из них химиотерапия не приводит к прекращению бактериовыделения и более чем у 1/3 в легких остаются каверны. Высокую хирургическую активность следует отметить в республиках Мордовия, Якутия, Костромской, Тамбовской, Кировской, Пензенской, Сахалинской областях. Комплексное лечение с применением хирургических методов позволяет добиться клинического выздоровления или значительного улучшения у 83–85% больных.

Повысить эффективность лечения туберкулеза можно не только рациональным питанием, применением искусственного пневмоторакса и хирургических методов, но также использованием дополнительных терапевтических средств. При лекарственной устойчивости микобактерий и у больных с иммунодефицитом существенную роль имеет иммунокоррекция. Настало время также вернуть к жизни патогенетическую терапию, психотерапию и некоторые природные факторы, разумно оценив их на этапе так называемой доказательной медицины.

Необходимо рационально использовать санаторную базу. После длительной химиотерапии и применения хирургических методов часто требуется реабилитация для возвращения пациента в нормальное русло.

Для улучшения исходов лечения больных туберкулезом важное значение имеют высокая квалификация врача и его качества, которые обеспечивают доверительный контакт с пациентом и близкими к нему людьми в течение всего периода лечения и наблюдения – ведь это многие месяцы и даже годы.

О ГУМАНИТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЛЕЧЕНИЯ

Все виды прогресса становятся реакционными, если рушится человек.

Андрей Вознесенский

К сожалению, в связи со сменой политического строя, новыми социально-экономическими условиями, другим отношением к религии и культурным ценностям изменились нравственный облик врача и отношение к нему общества. В «Манифесте Коммунистической партии» К. Маркс и Ф. Энгельс писали, что при капитализме врач, юрист, священник, поэт, человек науки превратились в платных наемных работников. Они лишились ореола своей деятельности, которая считалась почетной и вызывала благоговейный трепет.

Фтизиатрия до недавнего времени оставалась достойным примером сочетания трех важных врачебных принципов: это исторически сложившийся гуманизм, индивидуальный подход к пациенту и технологический прогресс. Основная специальность автора этой аналитической статьи – хирургия, и по обра-

зу мышления он тоже технолог. Однако учеба в советских вузах и российская клиническая школа вызывают к необходимости обратить внимание на недопустимость разрыва между технологическим прогрессом и гуманитарным компонентом во фтизиатрии.

Поэт Андрей Вознесенский образно отметил, что все виды прогресса становятся реакционными, если рушится человек.

Существенная предпосылка для успеха лечения – доверие больного к медицине и авторитет конкретного врача. Идеалом является высокий профессионал, который оказывает больному не только квалифицированную, но и чуткую, согретую человеческим обаянием медицинскую помощь. Иначе не миновать точной характеристики со стороны пациентов: «Доктор-то знающий, но без души». И.П. Павлов, Б.Е. Вотчал вспоминали рассказы учеников С.П. Боткина о том, что у них оказывались недейственными те рецепты, которые делали чуждеса в руках учителя. Важно не только что назначено, но также как и кем назначено.

Недопустим подход к больным людям как к совокупности «случаев болезни», которую можно достаточно просто лечить нумерованными стандартными режимами лекарств. Ведь каждый больной – это личность со своими генетическими особенностями, полом, возрастом, особенностями аллергии и иммунитета, метаболизма, психики и очень многими другими факторами. Остается в полной силе старое положение великого терапевта М.Я. Мудрова о том, что «врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин – врачевание состоит в лечении больного». Поэтому в пределах стандартов необходима индивидуализация врачебной тактики с объяснением больному свойств и механизма действия лекарств. Тогда больной, писал Мудров, «будет принимать сие лекарство с восхищением».

Об отечественной клинической школе и роли личности врача колоритно рассказал наш коллега, известный сосудистый хирург профессор В.С. Крылов. Он некоторое время работал в США и затем вернулся в Москву. В его американскую клинику обратилась женщина, которую много лет безуспешно лечили по поводу язвы на ноге. В.С. Крылов подробно собрал анамнез и начал лечить пациентку, детально объясняя ей суть болезни и обоснование назначений. Результат – редчайший в американской жизни. Появилась благодарственная заметка в местной газете. Пациентка пишет, что с ней впервые доктор подробно поговорил и ей уже стало лучше. Язва полностью не зажила, но она довольна и призывает лечиться у российских врачей. Вот так!

Во фтизиатрических стационарах нужно восстановить ту гуманитарную составляющую, которой всегда отличалась противотуберкулезная работа. Это направление – один из путей к улучшению результатов лечения больных.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

В медицинской профилактике инфицирования и заболевания туберкулезом важны вакцинация детей, своевременное выявление и раннее начало лечения



больных, противоэпидемические меры в очагах туберкулезной инфекции, инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях.

Для предупреждения распространения туберкулеза важное значение имеют уровень общей культуры населения, знания о путях передачи и особенностях туберкулезной инфекции. Поражительная неосведомленность в этих вопросах была колоритно продемонстрирована в Москве в День святого Валентина (2002 год). На Киевском пешеходном мосту было организовано массовое целование совершенно незнакомых людей – в нем приняли участие более двух тысяч человек. Пресса с восторгом описала и иллюстрировала эту феноменальную по своей санитарной безграмотности акцию.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

*При согласии малые дела растут,
при несогласии великие дела разрушаются.*

Римский историк Гай Крисп, 86–35 годы до н.э.

Демократические преобразования в России открыли путь к международному сотрудничеству в борьбе с туберкулезом.

С середины 90-х годов свыше 10 разных неправительственных организаций из разных стран и Всемирная организация здравоохранения стали сотрудничать с рядом регионов, оказывая им помощь в трудный для страны период. Основными направлениями были налаживание бактериологической службы, поставки лекарств и организация контролируемой терапии. Деятельность международных организаций была достаточно хаотичной, но постепенно стала координироваться главной и самой мощной из них – ВОЗ. Через 5–8 лет сотрудничество начало входить в нормальное русло.

В настоящее время наибольшее значение имеет сотрудничество с Всемирной организацией здравоохранения, членом которой наша страна является с момента ратификации 26 государствами ее Устава 7 апреля 1948 года.

В противотуберкулезной программе ВОЗ, разработанной в основном для развивающихся стран с низким уровнем здравоохранения и медицины, есть полезные стороны и для России. Так, безусловно необходимо самое тесное взаимодействие фтизиатрической службы с общей лечебной сетью и совершенствование знаний врачей всех специальностей по туберкулезу. В России всегда акцентировали внимание на этом направлении, но стимулирующее воздействие ВОЗ оказалось очень кстати. Важным является повышение роли и качества всех бактериологических исследований. Оно поднимает уровень выявления, диагностики и контроля за лечением туберкулеза. Другими полезными направлениями в сотрудничестве с ВОЗ являются внимание к туберкулезу с лекарственной устойчивостью микобактерий, сочетанию туберкулеза с ВИЧ-инфекцией, привлечение социальных служб к противотуберкулезной работе, когортный анализ результатов химиотерапии, оценка стоимости различных мероприятий. Для фтизиатрии в целом и для врачей-фтизиатров в частности сотрудничество с ВОЗ оказалось плодотворным и по ряду других

моментов. Некоторые учреждения получили в качестве помощи микроскопы, лекарства, оргтехнику. Очень существенной оказалась финансовая поддержка ряда научно-практических и организационных мероприятий.

Однако в программе ВОЗ имеются неприемлемые для России положения. В основном это приоритет «пассивного» выявления больных бактериоскопией мокроты, жесткая стандартизация лечения, отсутствие внимания к хирургическим методам и оценка излечения только по прекращению выделения МБТ (табл. 8).

К настоящему времени Рабочей группой высокого уровня, созданной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и ВОЗ, многие противоречия сглажены. Однако согласия по вопросам выявления больных туберкулезом и оценки излечения достичь не удалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проблеме борьбы с туберкулезом есть основания для оптимизма вследствие политической стабильности и улучшения экономического положения в стране. По данным Международного валютного фонда, в 2003 году валовый доход на душу населения в США превосходил таковой в России в 12 раз, в 2005 году – уже в 8 раз, а в 2007 году эта цифра уменьшится до 6. Постепенно становится меньше бездомных, бедных и нищих людей. Федеральный центр и региональные власти начали финансировать строительство, реконструкцию и капитальный ремонт противотуберкулезных учреждений, оснащать их аппаратурой и оборудованием, обеспечивать медикаментами. Большое внимание уделяется постоянному повышению квалификации медицинского персонала.

В системе здравоохранения основными направлениями работы противотуберкулезной службы должны быть следующие:

1. Профилактика распространения туберкулеза путем повышения культуры, общеобразовательного уровня и медицинских знаний населения.
2. Совершенствование технологии и организации инфекционного контроля в противотуберкулезной сети.
3. Своевременное выявление больных туберкулезом – желательно до начала бактериовыделения.
4. Комплексное лечение больных с выполнением лекарственных программ, а при необходимости – с применением методов коллапсотерапии и хирургии.
5. Создание унифицированной компьютерной программы и персонализированного регистра больных с упрощением учета и отчетности.
6. Научные исследования для совершенствования противотуберкулезной вакцинации, повышения эффективности и ускорения во времени уточненной диагностики и лечения больных туберкулезом.

Главной конкретной задачей является выполнение подпрограммы «Туберкулез», которая входит в программу предупреждения и борьбы с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы.