

ПРЕДИСЛОВИЕ

Задача написать книгу была поставлена передо мною ещё в ноябре 1971 г. во время защиты докторской диссертации. Тогда мой оппонент доктор медицинских наук, профессор, действительный член Академии медицинских наук Ф. В. Шебанов предложил издать монографию по теме моей диссертации и диссертационный совет Института педиатрии АМН СССР подтвердил это предложение. Тогда монография называлась бы «Химиопрофилактика туберкулёза у детей и подростков (показания, методика, эффективность)». Но переоформить диссертацию в монографию мне не удалось. Загрузка на работе и в семье, выполнение общественных заданий, служебные командировки забирали все мои силы на протяжении последующих десятилетий. И только когда уменьшилась нагрузка, когда освободилась от руководства Детско-подростковым отделением и от внештатной должности Главного российского специалиста по туберкулёзу у детей и подростков, после того как выросли дети и подросли внуки, стало возможным сосредоточиться на составлении текста. Но книга получается уже другой. Следовало бы отразить не только результаты диссертационных исследований, но и наиболее важные и заметные разделы из многолетнего опыта работы с детьми, подростками и их родителями.

Годы работы с больными туберкулёзным менингитом в Детской клинике Центрального НИИ туберкулёза АМН СССР, а затем и в своём Российском институте туберкулёза Министерства здравоохранения (МЗ) РФ не позволили оставить без внимания это заболевание, хотя оно стало очень редким.

Двадцатishестилетняя должность руководителя клинического подразделения, организационная, диспансерная и консультационная работа оставили глубокое впечатление о проявлениях туберкулёзной инфекции. Несмотря на такой длительный срок моей работы во фтизиатрии и мои старания передавать свой опыт, приходится сознавать, что знания о туберкулёзе у наших людей остаются недостаточными. Они должны быть намного лучше. Поэтому пришлось собираться с силами и по возможности усаживаться за компьютер. Решено использовать результаты собственных

диссертационных исследований, последующих научных работ и отдельных наблюдений. Включена также оценка сообщений современных авторов.

Хочется надеяться, что отражённые в этой книге факты смогут убедить моих уважаемых соотечественников в необходимости оберегать себя и своих близких от туберкулёза в любом его проявлении.

Конечно, некоторые персоны могут сказать, что туберкулёз теперь не такое уж опасное заболевание, каким было раньше. Туберкулёз теперь уже не проблема. Однако не дай Боже заболеть человеку туберкулёзом при любой его локализации, в любой форме. Каждый заболевший иногда надолго выбывает из строя, так как в течение какого-то срока, иногда продолжительного, определяется природа заболевания, место и объём поражения. Ещё длительнее проводится лечение. В последние годы оно затрудняется возникновением всё нарастающей частоты устойчивости возбудителя туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам. В лучшем случае клиническое излечение устанавливается примерно через год после выявления заболевания.

В нашей стране, благодаря усилиям Правительства и организации противотуберкулёзной работы, происходило уменьшение числа выявляемых больных до 1990-х гг., после чего произошёл всплеск заболеваемости туберкулёзом у нас и во всём мире. Начиная с 2001 г. снова отмечается ежегодное улучшение ситуации: снижение уровня заболеваемости туберкулёзом и смертности от него.

Директор НИИ фтизиопульмонологии ФБГУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России» (так тогда обозначался наш Российский институт туберкулёза) д.м.н. профессор И. А. Васильева и её соавторы в ряде статей нашего журнала «Туберкулёз и болезни лёгких» в начале 2017 г. подробно отразили эпидемическую ситуацию по туберкулёзу на всей планете и в ней — долю туберкулёза нашей страны. Представлены данные на конец 2015 г. Свою оценку авторы обосновывали данными отчётов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

По оценке экспертов ВОЗ во главе с Марио К. Равильоне (2016 г.) всего в мире заболело туберкулёзом в 2015 г. примерно 10,4 млн чел. Общий показатель заболеваемости (новые случаи и рецидивы) — 142 на 100 тыс. населения. В разных странах показатель колеблется в больших пределах. Эксперты ВОЗ определили для каждой страны свои «расчётные случаи заболевания туберкулёзом»: к числу выявленных зарегистрированных больных добавляется то число, которое должно быть выявлено при обследовании всех людей. В нашей стране выявление туберкулёза проводится довольно активно: ежегодный охват населения обследованием по их признаниям

достигает 82%, поэтому различие между зарегистрированными и расчётными случаями небольшое. Показатель заболеваемости (новые случаи и рецидивы) по расчётным данным ВОЗ в нашей стране выразился как 80 на 100 тыс. населения. Зарегистрированные больные (новые случаи и рецидивы) в 2015 г. составили 69 на 100 тыс. Число зарегистрированных новых случаев (без рецидивов) заболевания туберкулёзом в этом году равнялось 59 на 100 тыс.

Российская Федерация, наряду со странами постсоветского пространства, входит в число стран со средней заболеваемостью. Тем не менее, как подчеркнули авторы публикаций, Российская Федерация по оценке ВОЗ входит в число стран с наибольшим бременем туберкулёза. Также «согласно оценке ВОЗ число заболевших в России составляет 35,6% от всех заболевших в странах Европейского региона, где Российская Федерация входит в число 18 стран, в которых туберкулёз является приоритетной задачей».

Распространённость туберкулёза как показатель «бремени туберкулёза» во всём мире не может считаться достоверным показателем, так как учёт больных чётко не проводится. Лишь в нашей стране, благодаря работе диспансеров, каждый больной прослеживается до его клинического излечения. В связи с продолжительностью лечения больных показатель распространённости заболевания в нашей стране выглядит вдвое больше заболеваемости. При этом каждый второй больной туберкулёзом лёгких продолжает выделять возбудитель заболевания.

Наиболее достоверным оказывается показатель смертности от туберкулёза. Однако и он зависит от объективности оценки причины смерти каждого больного. В нашей стране по оценке ВОЗ в 2015 г. смертность населения от туберкулёза составляла 11 на 100 тыс. Регистрируемый диспансерами показатель несколько меньше: 9,2 на 100 тыс. Во всём мире этот показатель представлен как 19 на 100 тыс. Как отметили авторы статей «в целом ежегодно в мире наступает около 1,8 млн смертей, так или иначе ассоциированных с туберкулёзом, или чуть больше 24 на 100 тыс. населения».

К сожалению, показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза детей и (отдельно) подростков в представленных материалах не отражены. Имеющиеся данные о ситуации по туберкулёзу в мире привели к необходимости разработать Всемирной организацией здравоохранения (после выполнения к 2015 г. плана «Остановить туберкулёз») стратегию «Ликвидации туберкулёза» на глобальном уровне. Представленная Программа на 2016–2030 гг. была одобрена Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций. В декабре 2016 г. ею было принято Решение о проведении

совещания высокого уровня по туберкулёзу в 2018 г. Современные эксперты ВОЗ, учитывая значительные ресурсы и знания по туберкулёзу в нашей стране, считают, что «Российская Федерация должна внести свой вклад в распространение данной новой стратегии как на национальном уровне, так и на международном». С таким подходом к борьбе с туберкулёзом на международном уровне мы ещё не встречались.

Для ликвидации глобальной эпидемии туберкулёза, каковой она является в настоящее время, экспертами ВОЗ представлены основные этапы и цели. По сравнению с 2015 г. показатель заболеваемости туберкулёзом (новые случаи и рецидивы) к 2035 г. должен снизиться на 90% и составить менее 10 на 100 тыс. Это значит, что к 2020 г. показатель должен быть менее 85 на 100 тыс., к 2025 г. — менее 55 на 100 тыс., к 2030 г. — менее 20 заболевших человек на 100 тыс. населения.

Уровень смертности к 2035 г. должен упасть на 95% по сравнению с 2015 г., снижаясь к 2020 г. на 35%, к 2025 г. — на 75%, к 2030 г. — на 90%. Эти прогнозы относятся к общемировым данным. Авторы полагают, что при достижении таких показателей на нашей планете не будет болезней, не будет страданий, вызванных туберкулёзом. В этой программе изложены и сложные задачи, решение которых нужно обеспечить общими силами. Способы решения представленных задач остаются недостаточно определёнными. Конкретных рекомендаций, как действовать при выполнении задач пока не даётся.

Помнится, как в середине 1950-х гг., когда впервые было доложено об успешном лечении больных туберкулёзным менингитом и больных туберкулёзом лёгких, М. Д. Ковригина, наш министр здравоохранения, заявила, что через 15 лет туберкулёза в нашей стране не будет. Тогда мои учителя смущённо улыбались, но возражений не высказывали.

С учётом полученного наследия за прошедшие годы многое достигнуто. Страшно представить, что творилось 100 лет назад. Статистического государственного учёта тогда ещё не было, но по отчётам ведомств отдельных крупных городов учитывалось число заболевших и умерших от туберкулёза. Так, в Москве и Петербурге заболеваемость туберкулёзом в 1917 г. колебалась от 2,55% до 3,0%, а смертность — от 232 до 330 случаев на 100 тыс. Правительством прилагался максимум усилий для борьбы с заболеванием. Создаются институты туберкулёза. Наш институт был первым. Победа казалась близкой. Разрабатывался ряд программ по борьбе с туберкулёзом, отмечались успехи. Однако сегодня мы оказываемся не в числе стран с лучшими показателями. Сможем ли мы достичь предложенного ВОЗ уровня заболеваемости, т. е. достичь к 2030 г. показателя заболеваемости (новые

случаи и рецидивы) менее 20 случаев на 100 тыс.? Исходя из показателя 2015 г., равного 69 на 100 тыс., нам необходимо ежегодно снижать уровень заболеваемости на 7,7% по отношению к каждому предыдущему году. При этих условиях к указанному сроку показатель может уменьшиться до 19,1 на 100 тыс.

Для оценки наших возможностей можно обратиться к показателям заболеваемости в предыдущие 15 лет, в течение которых происходил спад заболеваемости. Начиная с конца 2000 г., когда заболеваемость (новые случаи) составляла 90,7 на 100 тыс., среднегодовой темп снижения показателя составил 2,7%. Следовательно, чтобы достичь задаваемого ВОЗ уровня, нужно почти в 3 раза усилить темпы снижения заболеваемости. Какие усилия будут предложены специалистами высокого уровня, используя рекомендации экспертов ВОЗ и имеющийся опыт территорий с лучшими показателями, пока не ясно.

Для решения поставленных задач Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с ВОЗ созывает в ноябре 2017 г. в Москве «Первую глобальную министерскую конференцию ВОЗ». Но, как выясняется из опубликованного сообщения, дальнейшие действия будут направлены не на ликвидацию туберкулёза (это нам пока не по силам), а к цели «Остановить туберкулёз в эпоху устойчивого развития». Планируется использовать «Многосекторальный подход», связанный с привлечением министров других ведомств к выполнению поставленных задач по уменьшению существующего до настоящего времени «бремени туберкулёза». Хотя в нашей стране достигнуто устойчивое развитие, но кризис ещё продолжается, трудности сохраняются, да и санкции со стороны «доброжелателей» не уменьшаются.

Какой бы чёткой ни была новая программа работы в целях уменьшения заболеваемости и смертности от туберкулёза, хотелось бы надеяться, что практическая деятельность будет оставаться по-прежнему прозрачной, а отчётность правдивой. Иначе могут возникнуть конфликты и недоверие к представляемым «фактическим» данным. Любая проверка территорий при подозрении на недостоверность показателей легко может выявить допущенные изощрения. Погоня за хорошими результатами (так называемая «показуха») должна быть исключена, иначе не исключить конфуза.

Несомненно, привлечение внимания всего населения к борьбе с туберкулёзом в международном масштабе, выделение средств не только на лечение больных, но и на социальные нужды, профилактику и научные исследования, скажутся на улучшении показателей. Но на много ли? Меня как детского фтизиатра беспокоит отношение к профилактике туберкулёза у детей и подростков.

С начала 1970-х гг. в целях специфической профилактики туберкулёза у детей и подростков использовалась наряду с вакцинацией БЦЖ (BCG — *Bacillus Calmette–Guerin*) химиопрофилактика. Теперь её обычно называют превентивной терапией. Профилактический приём одного противотуберкулёзного препарата или двух лечебных средств назначался детям и подросткам, всем впервые инфицированным и ранее инфицированным с высокой чувствительностью к туберкулину по разработанной мною методике. При отборе контингента для химиопрофилактики использовалась проба Манту с двумя туберкулиновыми единицами (2ТЕ). Заболеваемость детей ежегодно снижалась на 8% по отношению к показателю предыдущего года и к 1990 г. достигла 7,5 на 100 тыс. детского населения. Однако в связи с перестройкой государственной системы ухудшилось материальное состояние населения и ослабло внимание к этому методу профилактики туберкулёза. Для детей сохранялись по-прежнему противотуберкулёзные прививки (вакцинация и две ревакцинации БЦЖ). Заболеваемость детей возросла к 2001 г. до 18,5 на 100 тыс. и сохранялась почти на одном уровне (15,9–16,4 на 100 тыс.) до 2013 г., когда показатель стал равным 14,5 на 100 тыс.

С 2010 г. в связи с появлением Диаскинтеста (ДСТ) стали отбирать для превентивной терапии детей и подростков только с положительными реакциями на введение этого препарата. Положительные реакции на пробу Манту с 2ТЕ у детей в периоде первичного инфицирования при отрицательной пробе на ДСТ не стали считаться показанием для назначения и проведения профилактического приёма препаратов. Более того, в последние годы отменена проба Манту с 8-летнего возраста. Школьникам ставится только ДСТ, будто только этот тест может отразить инфицирование и опасность заболеть. Лишь этим детям при обследовании проводится компьютерная томография (КТ). Инфицированные дети при положительном ответе только на пробу Манту остаются без использования нового лучевого метода диагностики.

В начале нового тысячелетия обострилось внимание учёных и врачей к скрытой туберкулёзной инфекции и вошёл в моду термин «латентная туберкулёзная инфекция» — ЛТИ. Научными исследованиями моих учителей, Н. О. Василевича и А. И. Каграманова, доказано, что латентная инфекция начинается с момента инфицирования, даже ещё до проявления положительной реакции на специфический антиген — туберкулин. Большинство людей, являясь носителями инфекции, остаются здоровыми. Инфекция пребывает в различном, скрытом для нас, состоянии. Современные представления о течении туберкулёзной инфекции, о «дремлющих» микобактериях, «дормантных локусах» и способах диагностики ЛТИ недав-

но детально изложил В. И. Литвинов, выразив своё сдержанное отношение к оценке этого скрытого периода туберкулёза. При всех этих теоретических познаниях мы не можем знать, когда и какими бактериями туберкулёза мы инфицируемся. Узнав об инфицировании, не можем предугадать, как поведёт себя инфекция. Несомненно, что течение инфекции зависит от её массивности, что имеет место в условиях семейного контакта с больным туберкулёзом, и от возможности каждого человека сопротивляться её активности.

Можно с уверенностью говорить о том, что для специфической профилактики туберкулёза необходимо каждому человеку знать, инфицирован он туберкулёзом или нет. Для этого следует пользоваться туберкулиновой пробой и при желании дополнять её Диаскинтестом.

Учитывая содержание опубликованных в последние годы работ по туберкулёзу у детей и подростков, приходится беспокоиться, что в программу «Остановить туберкулёз у детей и подростков» (если таковая будет принята) войдёт только методика по использованию ДСТ. Применение превентивной терапии ранее инфицированным детям и подросткам с положительными ответами только на ДСТ приведёт к увеличению частоты формирования кальцинированных очагов в лёгочной ткани и других органах. При этом увеличится доля больных детей, туберкулёз у которых будет выявлен «по обращаемости». А следовательно, ухудшатся формы заболевания, лечение которых заканчивается формированием остаточных изменений.

По данным М. В. Шиловой, выполняющей тщательный анализ Государственных отчётных данных по туберкулёзу, уже к 2013 г. значительно увеличилось число детей и подростков с остаточными изменениями как результат спонтанного (самопроизвольного) излечения. К концу 2016 г. частота диагностики этих изменений у детей, постоянных жителей страны, превысила частоту заболеваемости. Заболеваемость детей составила 11,4 на 100 тыс., частота выявленных кальцинированных очагов (третья «А» группа учёта) выразилась цифрой 16,0 на 100 тыс. Эти данные означают далеко не полное выявление начальных форм туберкулёза и отсутствие подавления скрытой инфекции в самом её начале.

Конечно, многие могут сказать, что туберкулёз теперь уж не так страшен, что заболевших пациентов можно вылечить и можно обойтись без всякой химиопрофилактики и превентивной терапии. Тогда необходимо лучше знать особенности туберкулёза, уметь предотвращать передачу инфекции и возникновение заболевания.

Несомненно, большое значение в профилактике туберкулёза имеет соблюдение санитарных условий, отсутствие стесненности, достаточное ма-

териальное обеспечение для возможности регулярно питаться и заниматься спортом. Наряду с этим требуется постоянное повышение медицинской грамотности всего населения. Последнее особенно необходимо в настоящее время, когда продолжает распространяться ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) инфекция, подрывающая сопротивляемость человека к инфекциям и особенно к туберкулёзу.

Отрадно узнавать, что продолжают исследования по созданию более эффективной противотуберкулёзной вакцины, разрабатываются тесты по высвобождению в крови гамма-интерферона (ИФН-γ). На основе использования магнитных наночастиц пытаются обнаруживать и подсчитывать антитела в выдыхаемом воздухе у лиц «на первых стадиях закрепления инфекции», т. е. в периоде первичной туберкулёзной инфекции. Многочисленные работы по оценке защитной функции организма человека путем изучения активности антигенпрезентирующих клеток вселяют надежду на возможность определения степени угрозы инфекции и степени сопротивляемости человека. Но пока ещё конкретных предложений в этом направлении нет.

Несмотря на отмеченные перспективы, в настоящее время и в ближайшие 15–20 лет основными методами борьбы с туберкулёзом остаются: максимальный охват населения обследованием для выявления заболевших и эффективное лечение каждого больного, по возможности изолированного от окружающих. Особое внимание к соблюдению санитарных правил требуется при работе в каждой семье.

При профилактических мероприятиях у детей целесообразно сочетать противотуберкулёзную прививку с прежним методом химиофилактики туберкулёза, используя пробу с туберкулином, и современные методы превентивной терапии у ранее инфицированных лиц с положительными реакциями на Диаскинтест. Большое значение имеет распознавание врачом клинических проявлений туберкулёзной инфекции в разных её периодах.

Московскому институту туберкулёза МЗ РФ, Первому советскому институту туберкулёза, в котором мне посчастливилось проработать 55 лет, в ноябре 2018 г. исполнилось 100 лет. Но его недавно преобразовали в Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний МЗ РФ. В период продолжающейся перестройки, вероятно, это стало необходимым. Задачи перед новым молодым коллективом стоят не менее сложные, чем прежде. Желаю успехов коллективу обновлённого учреждения.