

ПИСЬМО В НОМЕР

УДК 616-002.5

**ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
ФЛЮОРОГРАФИЯ: КУДА ИДЕМ?..***А. С. Нейштадт*

Городской противотуберкулезный диспансер, Санкт-Петербург, Россия

**PULMONARY TUBERCULOSIS, PREVENTIVE FLUOROGRAPHY:
WHERE ARE WE GOING...?***A. S. Neyshtadt*

City anti-tuberculosis dispensary, St. Petersburg, Russia

© А. С. Нейштадт, 2014 г.

Bene diagnoscitur bene curator.

Начало нынешнего столетия отмечено бурными дискуссиями, посвященными проблемам профилактической флюорографии: делать или не делать, облучать население или нет... Мы знаем ярых сторонников обеих точек зрения. Основные аргументы противников ФЛГ связаны с ионизирующим излучением и, следовательно, радиационной безопасностью, с одной стороны, а с другой — малой, с их точки зрения, диагностической ценностью метода. Крайне важна ссылка на отсутствие этой технологии в структуре лучевых методов европейских стран, в частности в Великобритании. Сторонники ФЛГ призывают не только думать о сиюминутных, нередко популистских, соображениях, но и вспомнить о такой социально-значимой проблеме, как туберкулез, рост которого неуклонен в последние годы, напоминают о горьком опыте отказа от профилактических мероприятий, вакцинации и т. д.

Подъем заболеваемости туберкулезом, начавшийся в нашей стране с конца 1980-х годов, был обусловлен социально-эпидемиологическими факторами и привел не только к количественному росту заболевших, но и к качественным изменениям проявления заболевания (патоморфозу). Основой всех форм туберкулеза является специфическая туберкулезная гранулема, или бугорок, отсюда второе название болезни — бугорчатка. Начальные проявления легочного туберкулеза при рентгенологическом исследовании — очаг. Однако очаговые формы среди всех впервые выявленных больных составляют за последние 5 лет лишь 4,7%. Инфильтративный туберкулез встречается в 58,6% случаев и имеет тенденцию к росту, что свидетельствует о быстром слиянии очагов

и образовании инфильтратов на ранних стадиях заболевания. Структура инфильтративного туберкулеза неоднородна: от ограниченных малосимптомно протекающих инфильтратов до казеозной пневмонии, протекающей с ярко выраженной клинической картиной.

Второе место в клинической структуре туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных занимают диссеминированные формы туберкулеза, которые в зависимости от путей распространения микобактерий делятся на гематогенные, лимфогенные и бронхогенные. Рентгенологическая картина каждой из этих форм имеет свои особенности, крайне важные для понимания клиники.

При гематогенных формах туберкулеза (милиарный, острый, подострый и хронический диссеминированный) наиболее вероятны полиорганные поражения: туберкулез глаз, печени, почек, селезенки и т. д.

При лимфогенной диссеминации туберкулеза следует учитывать, что при быстром, на фоне лечения, рассасывании легочного компонента, корневой компонент сохраняется значительно дольше и требует тщательной рентгенологической оценки, что зачастую вызывает большие трудности. Оперативное лечение при этой форме нецелесообразно, так как часто дает рецидивы.

Бронхогенная диссеминация позволяет обнаружить распад даже при скудных рентгенологических проявлениях.

Удельный вес диссеминированных форм туберкулеза уменьшается при спаде заболеваемости (1988 г. — 8%) и нарастает при ее подъеме (1994 г. — 21,4%, 1998 г. — 16,5%, 2011 г. — 19,2% по данным Санкт-Петербурга).

Одно из существенных проявлений туберкулеза органов дыхания — возрастающий удельный вес туберкулеза легких аденогенного генеза у взрослых.

Инфильтративный туберкулез легких аденогенного генеза в 2,8 раза чаще имеет двустороннее расположение процесса, а также в 2,1 раза чаще — нижнедолевую локализацию. Клиническое значение выделения аденогенного генеза туберкулеза позволяет:

- правильно трактовать клиническую форму туберкулеза;

- проводить рациональное дообследование лиц с атипичной рентгенологической картиной туберкулеза легких (томограмма средостения, бронхоскопия);

- в более короткие сроки проводить дифференциальную диагностику аденопатий различного генеза;

- индивидуализировать методики и сроки контроля эффективности лечения (положительная рентгенологическая динамика аденотенного компонента на фоне специфической терапии отмечается к 4 месяцам наблюдения);

- применять адекватную терапию, сроки лечения и тактику ведения больного.

Еще в 1995 г. Распоряжением № 799-р от 31.07.1995 г., подписанным В. В. Путиным (в то время первым заместителем мэра Санкт-Петербурга А. А. Собчака), были сформулированы предложения, позволяющие стабилизировать уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза. В нем структурировано и компактно предлагался комплекс мер по борьбе с туберкулезом, начиная от разработки и утверждения планов мероприятий по стабилизации эпидемиологической ситуации, заканчивая выдачей ордеров для лиц, больных заразными формами туберкулеза, обращением в Миграционную службу об обеспечении направления мигрантов в ЛПУ города для флюорографических осмотров на туберкулез, информировании населения о состоянии заболеваемости в городе и мерах по профилактике туберкулеза. Это был важный и своевременный документ, упреждающий и, безусловно, сгладивший новый виток туберкулеза, но уже на фоне иммуносупрессии — к нам пришел ВИЧ/СПИД. Ситуация накалялась. Следующая значимая веха — Постановление Главного государственного санитарного врача РФ № 93 от 21.12.2007 г. «Об усилении мероприятий по борьбе с туберкулезом в РФ», где отмечено, что заболеваемость впервые выявленным активным туберкулезом стабилизировалась на высоком уровне и составила в 2006 г. 82,4 на 100 тысяч населения. В 10 регионах заболеваемость превысила 100 на 100 тысяч населения, что является эпидемией. В Сибирском, Дальневосточном и Чукотском округах, Еврейской, Свердловской и Курганской областях, Республике Саха, Пермском крае заболеваемость составила 100,3–175,8 на 100 тысяч населения в 2011 г. Заболеваемость в 2007 г. — 83,3, в 2008 г. — 85,1, в 2009 г. — 82,6, в 2010 г. — 77,2, в 2011 г. — 73. В 2011 г. показатель 90 на 100 тысяч

населения был превышен, помимо указанных территорий, в Оренбургской, Тюменской, Волгоградской и Астраханской областях. По данным Роспотребнадзора в РФ ежегодно заболевает туберкулезом 117–120 тыс. человек, в том числе 10 тыс. лекарственно устойчивыми формами, а 25 тыс. умирает от туберкулеза. Повышение распространенности туберкулеза обусловлено не только социальными факторами, но и ростом заболеваемости с множественной лекарственной устойчивостью (с 1999 по 2011 г. с 6,7% до 23,6%) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (рост за 12 лет в 108 раз, с 271 до 29 277 больных). ВОЗ включила РФ в список 22 стран, которым грозит эпидемия туберкулеза.

Приведем слова первого заместителя председателя комитета Госдумы по безопасности Михаила Гришаникова: «Социально значимые инфекции — туберкулез и ВИЧ — сегодня представляют реальную угрозу безопасности страны. Борьба с туберкулезом является не только и не столько медицинской проблемой, так как заболевание в основном поражает трудоспособное население, а в стране и так наступает дефицит трудовых ресурсов. Лечение больного с обычной формой обходится в 2,5 тыс. рублей за шестимесячный курс. Лечение больного со сложной формой обойдется в 1,5 млн рублей в год».

Все эти факторы свидетельствуют о необходимости усилить мероприятия по борьбе с туберкулезом, и в первую очередь по раннему выявлению заболевания.

Своевременное флюорографическое обследование — мощный инструмент в борьбе с туберкулезом. Эта технология позволяет выявлять больных на ранних стадиях развития болезни, когда еще не возникли необратимые изменения, повышает эффективность лечения, уменьшает выход на инвалидность, снижает сроки лечения, затраты на лечение, уменьшает заражение лиц, находящихся в контакте с больным.

В настоящее время порядок и сроки профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза регламентированы Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона о предупреждении распространения туберкулеза в РФ». Население подлежит профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года, в том числе 9 групп населения подлежат обследованию 2 раза в год, 12 групп — ежегодно.

В Постановлении не учтены:

- пищевики;
- лица, обратившиеся в ЛПУ и не проходившие флюорографическое обследование в течение года;
- неработающее население;
- пенсионеры;
- больные перед плановой госпитализацией в стационар;
- все лица перед поступлением на работу и учебу;

— лица старше 45 лет (онконастороженность).

Что же надо делать сейчас?

Учитывая ситуацию по туберкулезу, а также количество патологических изменений (заболеваний), выявляемых при проверочных флюорографических обследованиях, необходимо:

1. Разработать Постановление о ежегодном флюорографическом обследовании взрослого населения, при этом необходимо учитывать переход на цифровые технологии, что позволяет снизить лучевую нагрузку в 10 раз при повышении качества исследования.

2. Планирование обследований производить от количества взрослого населения территории.

3. В отчеты ввести не только число обследованных, но и выявленных больных, в том числе туберкулезом и раком легкого.

4. В Положение о нормировании труда работников флюорографических кабинетов ввести указание о втором чтении.

5. Разработать Положение о флюорографическом кабинете, в том числе с использованием цифровых технологий.

6. Разработать учетную и отчетную документацию флюорографических кабинетов и проверочных флюорографических обследований.

Сложилась парадоксальная ситуация, когда проверочные флюорографические обследования применяют для выявления на ранних стадиях развития целого ряда заболеваний, их проводят во флюорографических кабинетах ЛПУ различной подчиненности, а планирование, организацию и учет обеспечивают руководители ЛПУ по данным индивидуального учета населения. С нашей точки зрения целесообразно рассмотреть вопрос о создании органа, координирующего и анализирующего эту деятельность на разных уровнях.

Ситуация сложная, но координированными усилиями можно избежать трагедии.

ХРОНИКА

19 сентября 2014 года в ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» состоялась ежегодная межрегиональная конференция Северо-Западного федерального округа «Актуальные вопросы лучевой диагностики».

Конференция была организована главным внештатным специалистом по лучевой диагностике Министерства здравоохранения Архангельской области, заместителем главного врача по лечебной

листа по лучевой и инструментальной диагностике Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, директора научно-клинического и образовательного центра «Лучевая диагностика и ядерная медицина» медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета профессора Т. Н. Трофимовой.

С докладами также выступили: главный внештатный специалист по лучевой диагностике Министерства здравоохранения Калининградской области, заведующий отделом лучевой диагностики Калининградской областной клинической больницы, канд. мед. наук О. А. Кузьмин и врач УЗД Российско-финской компании «Ава-Петер» и «Скандинавия», Санкт-Петербург, канд. мед. наук С. А. Пуйда.

В этом году участники конференции обсуждали вопросы возможностей УЗ-диагностики и МРТ во время беременности; дифференциальной диагностики очаговых поражений головного мозга; рентгенологической диагностики заболеваний легких в условиях первичного звена.

В конференции участвовали 82 специалиста: 52 врача-рентгенолога, 23 специалиста УЗД и 7 акушеров-гинекологов — из Архангельска, Северодвинска, Новодвинска, Нарьян-Мара, пяти межрайонных центров Архангельской и Вологодской областей.

Участники мероприятия получили не только доступ к самым современным и передовым знаниям в области лучевой диагностики, но и возможность наладить новые профессиональные контакты.



Главный внештатный специалист по лучевой диагностике Министерства здравоохранения Архангельской области
А. Ю. Панкратьева.

работе ГБУ АО «АКОД» А. Ю. Панкратьевой при поддержке Министерства здравоохранения Архангельской области и главного внештатного специа-