

Автор: Т.И.Асадчая, врач-фтизиатр(заведующий)диспансерного отделения ПТД УЗ "Речицкая ЦРБ"



Туберкулез в Республике Беларусь в последние 2 десятилетия продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный медицинский и социально-экономический ущерб здоровью населения и экономике страны. С 1991г. по 2008г. уровень заболеваемости туберкулезом по организациям системы Министерства здравоохранения увеличился на 46,6% (с 30,9 до 45,3 на 100 тыс. населения).

Благодаря проводимым мероприятиям (в т.ч.в рамках Государственной программы «Туберкулез» на 2005-2009 годы) в 2005 – 2008гг. отмечалась положительная динамика: уровень заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь (с учетом медицинских организаций республиканских органов государственного управления и иных государственных организаций, подчиненных правительству Республики Беларусь) снизился на 11,8% (с54,3 до 47,9 на 100 тыс. населения). Уровень смертности от туберкулеза к 2008 году по сравнению с 2005 годом снизился на 28,9% (с 12,1 до 8,6 на 100 тыс. населения).

В Речицком районе заболеваемость туберкулезом в 2000 году была 89,8 на 100 тыс. населения и в 2010 году снизилась до 61,2 на 100 тыс. населения, однако остается достаточно серьезной эпидемиологическая ситуация и она усугубляется ростом случаев мультirezистентного и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

На сегодня в нашей стране более 20% среди впервые выявленных (а в Речицком районе 14,8%) и почти половину среди бактериовыделителей составляют больные с мультirezистентными формами. Это требует оптимизации подходов к лечению.

Знания, накопленные по развитию лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, тесно связаны с развитием противотуберкулезных лекарств.

Стрептомицин для лечения туберкулеза внедрился в 1944 году. Скоро после этого

выясняется, что лечение одним стрептомицином формирует устойчивость микобактерий, и состояние больных после начальной поправки ухудшается. После внедрения изониазида

в 1952 году и других лекарств обосновали полихимиотерапию туберкулеза. В 70-х годах внедрен

рифампицин

– самый эффективный до сегодняшнего дня медикамент, но позже выявляется устойчивость и к этому лекарству. И в 90-х годах определяется форма устойчивости, которая определяется как МЛУ устойчивость т.е. множественная лекарственная устойчивость.

Именно такие формы туберкулеза обеспечивают высокий уровень смертности из-за развития остро прогрессирующих форм заболевания, а также хронизации процесса.

В 1994 году начат Глобальный проект ВОЗ по изучению лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза в мире.

Берлинская Декларация по туберкулезу (22.10.2007г.) принятая всеми министрами Государственного Европейского региона гласит: «Мы с обеспокоенностью отмечаем, что недостаточное соблюдение принятых методов борьбы с туберкулезом – это причина высокого уровня заболеваемости мультирезистентным туберкулезом».

Отмечено, что у ранее лечившихся пациентов вероятность лекарственной устойчивости наблюдается в 4 раза чаще, а мультирезистентного туберкулеза – в 10 раз выше, чем у впервые начавших получать противотуберкулезные препараты.

Туберкулез – инфекционное заболевание, которое передается воздушно-капельным путем от человека к человеку. **Источником** туберкулезной инфекции являются люди с туберкулезом легких или гортани, которые распространяют возбудителей болезни при кашле, чихании, пении. Риск передачи зависит от длительности воздействия и обычно принято считать, что наибольшему риску передачи подвергаются люди, которые вместе находятся в замкнутом пространстве в течение продолжительного или многократно повторяющихся периодов времени.

Человеку, являющемуся источником инфекции, не был поставлен диагноз, и поэтому он не прошел или не получил адекватного лечения, чтобы перестать быть источником инфекции. Заболевание развивается, как правило, в течение 2-х недель и подтверждается двумя отрицательными результатами двух бактериоскопий мокроты. Больной легочным туберкулезом, который не прошел лечение, в среднем в год заражает от 10 до 15 человек.

Инфицирование означает присутствие в организме бацилл туберкулеза, но подавляющее большинство инфицированных людей не заболевают. Туберкулез может в течение многих лет оставаться неактивным, хотя риск развития болезни наиболее значителен в первый год. Это называется **латентной (скрытой) туберкулезной инфекцией**. Вместе с тем, ослабление иммунной системы (а также ВИЧ-инфекция) может привести к активизации туберкулезной инфекции и развитию болезни. Люди, живущие с ВИЧ, подвергаются более высокому риску развития заболевания туберкулезом, но они не представляют собой более значительный источник инфекции, чем другие люди с туберкулезом – нередко это происходит прежде, чем они узнают, что ВИЧ-инфицированы. Наряду с этим высокому риску подвергаются медработники, число которых с каждым годом увеличивается.

Микобактерии туберкулеза погибают под действием прямых солнечных лучей в течение 5 минут, однако в темноте они сохраняют жизнеспособность, гораздо дольше и могут оставаться в воздухе во взвешенном состоянии в течение длительного времени.

В настоящее время ВОЗ разрабатывает руководство по мерам борьбы с туберкулезной инфекцией. Имеются конкретные рекомендации для условий, характеризующимися высокими показателями распространенности ВИЧ, при дефиците необходимых ресурсов в системе здравоохранения.

К простым мерам профилактики относятся:

- соблюдение правил гигиены при откашливании: прикрывать нос и рот куском ткани, бумажным носовым платком при кашле и чихании;

- естественная вентиляция: открывать окна и проветривать помещения;
- раздельное содержание людей с подозрением на туберкулез, когда вероятность того, что они являются источником инфекции и других людей, особенно наиболее уязвимых, таких как дети и люди, живущие с ВИЧ;
- оперативная диагностика и начало лечения туберкулеза для сокращения периода времени, в течение которого больной является источником инфекции для других.

Туберкулез – заболевание длительное. Психологически тяжело много месяцев подряд принимать каждый день горсть таблеток, и когда пациенту становится лучше к нему приходит мысль: «Может, я немного отдохну от лечения?» Задача врача не упустить этот момент и правильно ориентировать пациента на продолжение терапии, чтобы не возник мультирезистентный туберкулез.

Заболевание излечимо, но еще лучше болезнь предотвратить, прибегая к ежегодным профилактическим обследованиям, соблюдая здоровый образ жизни.

Необходимо знать, что на ранних стадиях болезнь можно выявить только флюорографическим или методом сканирования грудной клетки.

Будьте здоровы! □