

го тракта, сахарный диабет, психические заболевания. У 16 (22,5%) больных констатировано сочетание нескольких сопутствующих видов патологии.

Таким образом, при ранних рецидивах в структуре сопутствующих заболеваний преобладает алкоголизм, а при поздних — ХНЗЛ. Было проанализировано качество лечения, проведенного фтизиатрическим больным. Среди 13 больных с ранними рецидивами противорецидивное лечение получали 12 (92,3%), из 58 пациентов с поздними рецидивами — 21 (36,2%). Хотя охват противорецидивной химиотерапией можно считать удовлетворительным, контролируемое лечение проводилось лишь в единичных случаях. Исходя из этого, больным, переведенным в 3-ю группу диспансерного учета с сопутствующим алкоголизмом, нужно рекомен-

довать противорецидивный курс химиотерапии только под контролем, желательно в стационаре, дневном стационаре или санатории. Больным, состоящим на учете в 7-й группе диспансерного учета с сопутствующими ХНЗЛ, противорецидивный курс следует назначать обязательно в сочетании с санацией бронхолегочной системы. Оздоровление больных этой группы предпочтительно проводить в условиях стационара или санатория.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гариленко В. С. и др. // Пробл. туб. — 1993. — № 2. — С. 10—13.
2. Рогожина Н. А. и др. // Пробл. туб. — 1993. — № 1. — С. 54—56.
3. Хоменко А. Г. // Пробл. туб. — 1994. — № 2. — С. 2—4.

Поступила 15.01.95.

УДК 616. 24—002.5—036. 2

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ КАК ВАЖНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

Г. А. Смирнов, Р. А. Калямова, И. М. Казаков

*Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. — проф. Г. А. Смирнов)  
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

В нашей стране при статистических исследованиях основным показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, считается общая заболеваемость, исчисляемая на 100 тысяч населения. Одновременно учитывают заболеваемость бациллярными формами туберкулеза и долю деструктивных процессов в процентах к общему числу заболевших. Наблюдения за эпидемиологическими показателями по туберкулезу в течение многих лет, а также учет новых данных о генетической обусловленности противотуберкулезного иммунитета требуют пересмотра многих устоявшихся представлений об эпидемиологии и патогенезе туберкулеза.

Наше внимание привлек эпидемиологический показатель, которому не уделяется достаточного внимания в официальных статистических исследованиях. Речь идет о заболеваемости деструктивным туберкулезом легких на 100 тысяч населения (а не о его доле в процентах к числу заболевших), который является наиболее тяжелой формой болезни. Больные с подобной формой заболевания представляют наибольшую эпидемиологическую опасность и лечить их особенно трудно. Анализ заболеваемости бациллярным

туберкулезом с этой точки зрения не отражает истинной эпидситуации, поскольку при таком исследовании учитываются случаи обнаружения микобактерий туберкулеза (МТ) не только методом бактериоскопии мокроты (как это делает ВОЗ), но и методом посева. В результате о заболеваемости бациллярным туберкулезом приходится судить по числу больных с малыми формами болезни, при которых выявление МТ культуральным методом свидетельствует больше об активности процесса, чем об эпидемиологической опасности больного и тяжести заболевания.

Еще в 60-е годы мы заметили, что в г. Казани на фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом заболеваемость его деструктивными формами не снижается, а даже нарастает. Так, с 1965 по 1970 г. общая заболеваемость туберкулезом уменьшилась со 134 до 72 на 100 тысяч населения, то есть почти в 2 раза, а заболеваемость деструктивным туберкулезом легких увеличилась с 17 до 19 на 100 тысяч. Соответственно доля деструктивных процессов в структуре заболеваемости возросла более чем в 2 раза.

Значительное снижение показателя общей заболеваемости туберкулезом в этом периоде в определенной мере за-

висело от субъективных факторов. С развитием флюорографии в начале 60-х годов с ее помощью стали выявлять большее число лиц с остаточными изменениями в легких после ранее перенесенного туберкулеза. Всех их расценивали как впервые заболевших. С 1966 г., прежде чем регистрировать такие случаи как новое заболевание, стали определять активность процесса путем наблюдения в ходе пробного лечения до 3 и даже до 6 месяцев. В результате число взятых на учет с малыми формами болезни стало быстро уменьшаться, что привело к снижению общей заболеваемости туберкулезом. Надо признать, что в то время было и искусственное занижение этого показателя из стремления приукрасить результаты работы туберкулезных диспансеров. Показатель же заболеваемости деструктивным туберкулезом легких мало зависит от субъективных факторов, потому он оставался неизменным и даже возрастал, но в официальной статистике не учитывался. Органы здравоохранения, не принимая во внимание этот показатель, на основании снижения общей заболеваемости туберкулезом оценивали противотуберкулезную работу весьма положительно.

В первой половине 70-х годов на фоне продолжающегося снижения общей заболеваемости туберкулезом заболеваемость деструктивными его формами возрастала уже значительно и в отдельные годы (1971, 1974) достигала 25,5 на 100 тысяч населения. Только во второй половине 70-х годов она начала снижаться, однако, достигнув к 1981 г. уровня 9 на 100 тысяч, в дальнейшем колебалась в пределах от 9 до 11. Правда, в 80-е годы общая заболеваемость туберкулезом также перестала снижаться и оставалась относительно стабильной (табл. 1, рис. 1).

Важным показателем эпидемиологи-

ческой ситуации по туберкулезу и качества организационных мероприятий по своевременному выявлению больных является число лиц, умерших в первый год после обнаружения у них туберкулеза. Из таблицы видно, что их доля в процентах к общему числу заболевших и, особенно, в процентах к числу заболевших деструктивным туберкулезом легких значительно повысилась в 70-х годах, затем произошло снижение, но и в начале 90-х годов уровень оставался выше, чем в конце 60-х годов.

Значительный рост заболеваемости населения деструктивным туберкулезом легких в первой половине 70-х годов можно было бы объяснить улучшением диагностики в связи с широким внедрением томографии. Возможно, это и сыграло некоторую роль. Однако одновременное значительное увеличение числа умерших в первый год наблюдения свидетельствует о том, что имел место истинный рост заболеваемости. Удовлетворительного объяснения этому явлению, как и резкому снижению этого показателя в конце 70-х годов, мы пока не нашли.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу уже давно является более сложной, чем это представлялось по официальной статистике.

В нашей стране до сих пор считается, что профилактические флюорографические осмотры населения способствуют выявлению малых форм туберкулеза, то есть на ранних стадиях болезни, когда лечение может предупредить формирование деструктивных процессов. Фтизиатры думали, что формирование деструктивного туберкулеза легких, особенно его наиболее тяжелых форм с поликавернозом, является следствием позднего его выявления. Между тем в зарубежной литературе уже давно дискутируется вопрос о неправомерности отождествления понятий малого

Показатели заболеваемости населения туберкулезом

Показатели	Годы								
	1966— 1968	1969— 1971	1972— 1974	1975— 1977	1978— 1980	1981— 1983	1984— 1986	1987— 1989	1990— 1992
Общая заболеваемость на 100 тысяч	94	73	58	54	40	36	38	37	38
Заболеваемость деструктивным туберкулезом легких на 100 тысяч	16	20,5	23	20,5	13,5	9,5	10	9	10,3
Число умерших в первый год наблюдения:									
к общему числу заболевших, %		0,55	0,98	1,6	1,7	0,27	0,57	0,7	1,3
к числу заболевших деструктивным туберкулезом легких, %		2	2,5	4,2	5	1	2,2	2,7	5

и начального (раннего) туберкулеза легких. К. Томан [2] на основании анализа данных литературы и материалов ВОЗ пришел к выводу, что малый туберкулез и далеко зашедший туберкулез могут развиваться за одинаковые промежутки времени, в частности между двумя флюорографическими обследованиями. Наш анализ течения туберкулеза у лиц, умерших в первый год после его выявления, показал, что, по данным анамнеза, только у 25% больных клинические проявления болезни появились за 6—12 месяцев до установления диагноза. В остальных случаях этот период составлял 1—3 месяца. Приходится думать, что причина формирования далеко зашедших форм туберкулеза заключается не в позднем их обнаружении, а в быстром прогрессировании туберкулеза вследствие снижения иммунной защиты.

К. Томан [2] делит туберкулез легких на 2 вида: бактериоскопически отрицательный и бактериоскопически положительный. По его мнению, оба вида могут сформироваться за короткий срок между двумя флюорографическими обследованиями, причем первый вид, если даже своевременно не выявлен, как правило, не прогрессирует и не трансформируется во второй вид. По-видимому, следует сформулировать положение о существовании 2 форм туберкулеза легких — доброкачественной и злокачественной. Их, действительно, можно дифференцировать по результатам бактериоскопии мокроты, но при условии высокого уровня работы лабораторий. В нашей практике доброкачественными проще считать малые формы болезни без распада, то есть неструктивный туберкулез, а показателем злокачественности — наличие деструкции (как осложнения). Отсюда правомочен вывод, что неструктивная форма болезни редко прогрессирует и может существовать до выявления несколько лет и даже спонтанно исчезнуть. Вторая форма, конечно, также начинается с малого процесса, но очень быстро прогрессирует с формированием распада и даже далеко зашедшего туберкулеза.

Известно, что распад легочной ткани при туберкулезе может сформироваться за одну неделю после появления первого очага. В большинстве же случаев он формируется позднее, но в сравнительно короткие сроки, исчис-

ляемые месяцами. Поэтому в отдельных случаях лица, заболевшие злокачественным туберкулезом легких, проходят флюорографическое обследование до появления у них каверны и тогда начатое лечение, действительно, предупреждает у них формирование деструктивного процесса. Существование таких случаев подтверждается наблюдением за больными, которые после распознавания у них малого процесса не лечились, и туберкулез у них прогрессировал до деструктивного. Однако эти наблюдения не могут быть доказательством того, что флюорография выявляет ранние формы туберкулеза до формирования распада легочной ткани. Л.И. Юкелис [3] приводит материалы ВОЗ, по которым при массовой флюорографии обнаруживается всего 50% заболевших туберкулезом, причем лишь 15% больных с деструктивными формами. Остальные заболевшие самостоятельно обращаются в поликлинику с симптомами болезни, появившимися между двумя флюорографическими обследованиями. Флюорография, проведенная таким больным 12, 6 и даже 2 месяца назад до обращения, патологии легких не выявляет [1].

Показатель общей заболеваемости туберкулезом отражает, по существу, частоту выявляемости заболевания. Поэтому можно утверждать, что показатель заболеваемости населения деструктивным туберкулезом легких более достоверен: эти формы болезни обнаруживаются, а следовательно, и регистрируются практически у всех заболевших, причем если не при профосмотре, то при самостоятельном обращении к врачам. Хотя, несомненно, существуют редкие случаи и малосимптомного течения деструктивного туберкулеза. Возможно даже выделение 2 видов: быстро прогрессирующего, ведущего к гибели больных на коротких сроках, и медленно прогрессирующего, трансформирующегося в фиброзно-кавернозный процесс, если он своевременно не выявлен.

Существование двух форм туберкулеза, различающихся по скорости прогрессирования, можно объяснить только неоднородным иммунологическим статусом и, вероятно, в первую очередь первичным генетически обусловленным иммунодефицитом. Отнюдь не случайно, что среди людей с одинаковыми условиями жизни, контакта, факторами риска, одни не заболевают совсем, у

других формируются малые формы, а у третьих развивается тяжелый и быстро прогрессирующий процесс. Механизмы первичного генетически обусловленного иммунитета только начинают изучать. Те факторы иммунитета, которые уже исследованы и недостаточность которых выявляют у тяжелых больных, являются, скорее, следствием интоксикации, а не причиной тяжелого течения болезни, так как они нормализуются по мере излечения. По-видимому, первичный генетически обусловленный иммунодефицит и определяет так называемую предрасположенность к заболеванию туберкулезом. Реализация же этой предрасположенности зависит от внешних факторов, в том числе от уже известных факторов риска.

В свете изложенного становится понятным, почему на фоне снижения общей заболеваемости населения туберкулезом заболеваемость его деструктивными формами длительно не снижалась и даже росла и лишь затем стабилизировалась. Это может быть связано с тем, что среди населения не только не уменьшается, а значительно усиливается значение таких факторов риска, как напряженность жизни, нерегулярность и некачественность питания, заболевания желудочно-кишечного тракта, диабет, профессиональные вредности и, особенно, алкоголизм. Немалую роль, несомненно, играет увеличение среди населения числа лиц старческого возраста, у которых может быть возрастное угнетение механизмов иммунной защиты.

В последние годы рост заболеваемости туберкулезом связывают с ухудшением уровня жизни населения. Действительно, в 1993—1994 гг. показатель

общей заболеваемости туберкулезом населения г. Казани увеличился соответственно до 45 и 50,6, а деструктивными формами — до 13,5 и 16,5 на 100 тысяч, то есть достиг уровня второй половины 70-х годов. В 1995 г. дальнейший рост заболеваемости продолжался. Однако в эти показатели включены данные о заболевших иммигрантах, число которых в последние годы резко возросло. В западных странах иммигрантов из числа заболевших принято исключать и регистрируется заболеваемость только собственного населения. В силу этого констатировать рост заболеваемости туберкулезом или отсутствие такового среди собственного населения г. Казани не представляется пока возможным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Меве Е.Б. // Пробл. туб. — 1984. — № 3. — С. 3—5.
2. Томан К. Туберкулез: выявление и химиотерапия. — Женева, 1980.
3. Юкелис Л.И. Флюорография легких. — М., 1988.

Поступила 15.12.95.

#### SICKNESS RATE OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AS AN IMPORTANT EPIDEMIOLOGIC INDEX

G.A. Smirnov, R.A. Kalyamova, I.M. Kazakov

#### Summary

The analysis of the general sickness rate of tuberculosis and its destructive forms for one hundred thousand people in Kazan for 30 years is performed, and the number of deaths in the first observation year in percent for the general number of persons with tuberculosis and for the number of persons with destructive pulmonary tuberculosis is determined. The epidemiologic situation can be judged from the sickness rate index of destructive forms of the disease and from the number of deaths in the first observation year in percent for the persons fell ill for the first time.

УДК 616—002.5(470.343)

## СТАНОВЛЕНИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

М.И. Васильев, В.П. Рассанов, Л.В. Фурина

Республиканский противотуберкулезный диспансер  
(главврач — канд. мед. наук М.И. Васильев), г. Йошкар-Ола

С развитием сети учреждений здравоохранения Марийской республики в 1926 г. было открыто туберкулезное отделение на 15 коек с одним врачом. В дальнейшем с прибытием врачей-фтизиатров число коек постепенно увеличивалось.

К концу 1961 г. в республике функционировало 1265 коек и трудились 75 врачей-фтизиатров. Большое внимание уделялось повышению квалификации врачей, особенно в тот период, когда в организации противотуберкулезной