

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ НА РУБЕЖЕ ТЫСЯЧЕЛЕТИЙ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ, РОЛЬ И МЕСТО ВРАЧА- ИНФЕКЦИОНИСТА

Ни одна медицинская специальность так тесно не связана с перипетиями истории человечества, масштабными трагическими событиями, корпоративными традициями, профессиональным мужеством и самопожертвованием как инфекционные болезни. Примеры многочисленны, общеизвестны и не нуждаются в напоминании. С другой стороны, это самая динамичная, развивающаяся специальность, впитавшая в себя новейшие технологические, фармакологические, методологические подходы современной медицины.

Настоящий этап развития инфектологии характеризуется в первую очередь большим количеством новых нозологических форм заболеваний. Только за последние два десятилетия их описано более тридцати. Почти вдвое увеличился удельный вес инфекционных болезней в X международной классификации по сравнению с предыдущей. В ряде стран, не выделявших специальность «инфекционист», таковая введена в 80–90 годы. Во всех крупных клиниках мира, имеющих реанимационные, хирургические, гинекологические отделения, консультируют или инфекционисты, или клинические микробиологи, формирующие политику этиотропной терапии в медицинских учреждениях.

Наиболее важное положение, определяющее место инфектологии в современной медицине, – осознание значительных изменений в этой дисциплине. Инфекционные болезни не исчезли, а изменились. В таблице 1 приведена сравнительная статистика инфекционной заболеваемости 1955 и 2001 гг. в Беларуси.

Таблица 1

Заболеваемость инфекционными болезнями в Республике Беларусь

№ п/п	Нозологическая форма	Количество заболевших		
		1955 г.	1960 г.	2001 г.
1.	Брюшной тиф и паратифы	1186	1116	1
2.	Сальмонеллез	нет свед.	нет свед.	4505
3.	Острая дизентерия	13617	9678	5138
4.	Болезнь Боткина и острые гепатиты	7444	22212	9551
5.	Лептоспироз	375	22	42
6.	Дифтерия	9783	3567	25
7.	Корь	43225	52360	45
8.	Полиомиелит	738	140	0
9.	Сыпной тиф	274	218	0
10.	Малярия	201	1	1 (завоз.)
11.	Бешенство	5	4	1
12.	Столбняк	67	53	2
13.	Вирусный гепатит В	нет свед.	нет свед.	969
14.	Менингококковые инфекции	нет свед.	нет свед.	298
15.	Генерализованный герпес	нет свед.	нет свед.	80
16.	Боррелиоз	нет свед.	нет свед.	181
17.	Носитель анти HCV	нет свед.	нет свед.	6201

Из представленной таблицы видно, что нозологические формы могут быть разделены на 3 группы. В отношении первой, куда входят брюшной и сыпной тиф, полиомиелит, паратифы, можно считать, что ситуация изменилась коренным образом, и эти болезни уже не определяют «лицо» инфекционной заболеваемости в республике.

Вторая группа – это инфекции, которые, по-прежнему остаются актуальными. Здесь на первое место выдвигаются гепатиты и острые кишечные заболевания. К сожалению, необходимо констатировать, что заболеваемость дизентерией к настоящему времени не уменьшилась, поэтому важно унифицировать комплекс лечебных мероприятий, в частности, этиотропной терапии, на основании имеющихся стандартов. Причины, которые приводят к сохранению высокой заболеваемости кишечными инфекциями, – недостаточный санитарный и культурный уровень населения, а также контроль за состоянием пищевых продуктов. Снижение заболеваемости кишечными инфекциями – одна из самых насущных задач ряда медицинских служб. В отношении гепатитов просматривается 2 основные задачи. Первая из них – вакцинация населения. Может быть, целесообразно последовать примеру ряда Европейских стран, прививающих детей против гепатита В в 2 возрастных группах: первый год жизни и 12–13 лет. Естественно, что такая программа потребует средств. Однако вакцинация (и это общепризнано!) является одной из самых прибыльных государственных акций. При осуществлении подобной программы количество больных вирусным гепатитом В и его осложнениями, требующими больших материальных затрат, резко уменьшится. Целесообразна вакцинация и в случаях вспышек вирусного гепатита А. Это достаточно серьезное заболевание, имеющее летальность среди взрослых пациентов.

Третья группа, причем довольно многочисленная – это инфекции, которые были описаны или стали диагностироваться за последние 40 лет. Это, прежде всего, нейроинфекционные заболевания – менингококковая инфекция, бактериальные гнойные менингиты другой природы (пневмококк, палочка Пфайфера, листерия), лихорадка Западного Нила, энтеровирусные менингиты, герпетическая инфекция. Суммарно это внушительная группа пациентов, относящаяся не только к инфектологии и требующая самых современных диагностических и лечебных мероприятий. Остается актуальным и клещевой энцефалит. Ежегодно в республике диагностируется несколько десятков случаев. Однако реальная заболеваемость значительно выше. Памятуя о сибирском варианте энцефалита, а также о том, что более «сильные» штаммы, имеющие тяжелое клиническое значение, постепенно могут вытеснить европейский вариант заболевания с более мягкой клиникой, можно считать, что энцефалит является весьма важной проблемой.

Вирусный гепатит С – широко распространенная инфекция. Так, за последние 2 года было выявлено более 12 тыс. носителей HCV инфекции. Нетрудно догадаться, что большая часть этих носителей пополнит группу больных хроническим вирусным гепатитом С. К огромному сожалению, служба оказалась не готова к полноценной диспансеризации и подбору оптимальной терапии этим больным. Учитывая актуальность и распространенность данного заболевания, необходимо в кратчайшие сроки навести порядок в этом вопросе и выделить контингенты лиц, нуждающихся в проведении этиотропной терапии.

В Республике Беларусь актуальна проблема ВИЧ/СПИД. Число ВИЧ-инфицированных достигает 4000 человек. Данные мировой статистики свидетельствуют о том, что от 10 до 25% ВИЧ-инфицированных находится в стадии СПИДа.

Вич-инфекция занимает совершенно уникальное место в инфекционной патологии. С одной стороны, эта проблема как никакая другая объединила в себе медико-санитарные, социальные, правовые аспекты современной жизни. Она

заставила по-новому осознать роль оппортунистических заболеваний при иммунодепрессиях, позволила определить этиологию многих неясных состояний. С другой стороны, именно при ВИЧ-инфекции наиболее ярко прослеживается правильность проспективно высказанных суждений классиков инфектологии. Так, преимущественное распределение в разных регионах *M. tuberculosis* и *M. avium* у больных СПИДом ярко иллюстрирует заполнение образовавшихся биологических ниш близкими по свойствам микроорганизмами.

Работа с этим контингентом больных – трудная и долговременная задача инфекционной службы.

Хламидиозы, их роль в сердечной и легочной патологии, геморрагические лихорадки, Лайм-боррелиоз, прионовые болезни, хеликобактериозы – это далеко не полный перечень новых инфекций, с которыми длительное время придется сталкиваться специалистам.

Сепсис актуален для врачей всех специальностей. Уникальность этого состояния в том, что не существует международно признанной дефиниции ни самого сепсиса, ни септического шока. Современным авторам проще описать данное заболевание, чем определить. Известно только полиэтиологичность сепсиса и его широкое распространение. Бытующий ранее тезис о необходимости знаний инфекционистом прежде всего брюшного тифа, в настоящее время оправданно заменен на «знание сепсиса».

Принципиальный факт – резкое снижение к середине 60-х годов заболеваемости многими широко распространенными в 50-е годы инфекциями. Как здесь было не подхватить лозунг о полной победе над инфекционными заболеваниями (кстати, появившийся на Западе). Достойно сожаления, что рецидивы шапкозакидательского отношения к инфекциям, давно отвергнутых высокоразвитыми государствами, можно встретить еще и сейчас, и что особенно печально, у организаторов. В этих случаях наблюдается благодушная ирония руководителя, сменяющаяся паническим администрированием во время вспышки или появления тяжелого больного, когда время уже упущено, а материального и профессионального фундамента для осуществления последовательных правильных действий в учреждении нет. Примеры столь многочисленны, что хотелось бы поменьше.

Инфекционные стационары вместе с оборудованием достались нам из прошедших десятилетий, когда инфекции были «побеждены». Кстати, несмотря на это в Минской городской инфекционной клинической больнице в 1972 году в апогее «победы над инфекциями», по инициативе профессора Надежды Васильевны Бондаревой, было открыто первое в СССР реанимационное отделение в инфекционной больнице, которое ни одного дня с тех пор не оставалось без работы.

Уникальность специальности заключается еще и в том, что для инфекциониста во все времена объект терапии – больной человек. При всей, казалось бы, тривиальности этого заявления следует отметить, что инфекционисты никогда не лечили «органы и системы», не делили их на «мое и не мое». Краеугольным моментом было, есть и будет установление этиологии болезни и назначение прицельной, этиотропной терапии. Такой подход не мог не определить особенностей клинического мышления врачей-инфекционистов, его широты и в тоже время прикладного характера, направленного на поиск причин болезни.

Основные потоки больных, с которыми приходится сталкиваться в инфекционных больницах, могут быть объединены в несколько групп: острые

диарейные заболевания, лихорадки с лимфаденопатией и без нее, желтухи, сыпи, подозрения на менингит, сепсис, тропические заболевания. Широта повседневной патологии определила первое требование для современного инфекционного стационара – возможность обследования больных не менее полно и всесторонне, чем в многопрофильной больнице, плюс обязательное наличие полноценной бактериологической и вирусологической лаборатории. Наличие такой лаборатории не только позволит значительно улучшить диагностический и лечебный процесс в инфекционной больнице, но и снимет целый ряд вопросов в других стационарах города и области, т.к. даст возможность проводить мониторинг резистентности микроорганизмов в различных отделениях, сделать соответствующие прикладные выводы. Появится возможность раннего, объективного подтверждения или отрицания диагноза инфекционного заболевания у лихорадящего больного. Однако наиболее важным представляется назначение своевременной обоснованной терапии пациентам с тяжелой бактериальной и вирусной патологией. В целом все это позволит поднять работу службы на качественно новый уровень, оптимизировать антибактериальную терапию, взять под контроль динамику резистентности возбудителей (прежде всего внутрибольничных), получить представление о причине длительных гипертермий, ввести оценочные критерии качества диагностики и лечения в различных стационарах. Наличие рутинных для общесоматического стационара инструментальных методик позволит провести обследование пациентов, не транспортируя их по другим лечебным учреждениям в разных концах города, что, конечно же, целесообразно как для пациентов, так и для медучреждений, вынужденных обследовать инфекционных больных. Кроме того, даже комплекс минимальных обследований согласно протоколу Министерства здравоохранения требует наличия эндоскопических исследований, УЗИ с доплерографией и др. Перенаправить потоки диагностически сложных пациентов в многопрофильные стационары нецелесообразно, так как значительная часть патологии, с которой столкнутся врачи этих медицинских учреждений, будет представлена инфекциями. Другое дело, в инфекционном стационаре должны быть возможности осуществления своевременных и квалифицированных консультаций специалистами разного профиля.

Важнейшая проблема – состояние реанимационных отделений инфекционных больниц. Здесь есть свои дополнительные трудности. Во-первых, реаниматологи должны быть хорошо и глубоко знакомы с инфекционной патологией, т.е. хорошо знать еще одну специальность. Во-вторых, кафедры инфекционных болезней, курирующие такие отделения, должны работать в тесном контакте с кафедрами интенсивной терапии и реанимации, т.к. врачи реаниматологи, освоив инфекционную патологию, остаются реаниматологами, а не становятся инфекционистами. В-третьих, оборудование реанимационных отделений не должно уступать таковому в областных больницах. Это еще важно и потому, что инфекционные больные достаточно «благодарный контингент» в плане перспектив благоприятного исхода заболевания. Разумеется, летальность при менингите и сепсисе сравнима с инфарктом, однако часть больных при своевременной адекватной реанимационной терапии и использовании современного оборудования будет спасена. Нельзя допускать, чтобы реанимационные отделения становились только отделениями интенсивной терапии. Именно их уровень определяет качество работы с тяжелыми больными и соответствующий результат. Еще одна проблема, характерная для инфекционных отделений районных и областных многопрофильных больниц – сложности с переводом пациентов в реанимационные

отделения. Практика отказа в максимально возможном в данном учреждении объеме медицинской помощи больному инфекционным заболеванием должна быть немедленно и навсегда пресечена. В подавляющем большинстве случаев такие пациенты не опасны для окружающих и медицинского персонала при соблюдении элементарных правил.

Особое место занимают вопросы биотерроризма и распространения высококонтагиозных инфекций. Этим проблемам на самых разных уровнях уделяется пристальное внимание, что вполне понятно. Здесь следует подумать о наличии или приобретении современных защитных костюмов для персонала. Ведь именно работники инфекционных отделений будут первыми, кто вступит в контакт с больным, и кроме оказания адекватной помощи пострадавшему в их задачи будет входить срочная локализация инфекции. Дедовский противочумный костюм при всей своей надежности не сравним по эффективности с современными системами.

В настоящей статье уже упоминалось, что в основе лечения инфекций, особенно тяжелых, лежит ранняя и адекватная антибактериальная терапия. Эту банальную истину воспринимаешь по-другому, сравнивая эффективность оригинальных препаратов и «генериков». Если при обычном течении заболевания последние вполне приемлемы вследствие дешевизны и доступности, то у тяжелых больных целесообразно немедленное применение оригинальных препаратов. Думается, что врачи, имеющие дело с практической антибиотикотерапией, вполне понимают, о чем идет речь, оставляя рассуждения о конъюнктуре и лоббировании фирм для тех, кто не стоял у постели уходящего, часто внезапно заболевшего молодого пациента. Нужно отметить, что в инфекционных стационарах, как правило, имеется возможность для адекватной этиотропной терапии. Однако, во-первых, целесообразен хотя бы небольшой запас таких средств; во-вторых, терапия не должна прекращаться или меняться из-за отсутствия или исчерпывания лимитов препарата.

Население Республики Беларусь не так велико для масштабных закупок некоторых противопаразитарных препаратов, однако нуждающиеся в этих лекарственных средствах больные имеются, и им необходима помощь. Должна быть отработана система закупок и ввоза небольшого количества незарегистрированных в стране, однако хорошо известных и широко применяемых в мире лекарств. Пациент должен иметь возможность получить лечение в стационаре или приобрести лекарство в аптеке. Видимо, не приходится ждать, что фирмы-производители инициируют регистрацию таких препаратов в Республике из-за явной ограниченности рынка. С другой стороны, гражданин Беларуси должен иметь возможность, уезжая, к примеру, в зону эндемичную по малярии, приобрести в своем городе современное профилактическое лекарственное средство. Вообще вопросы обеспечения медицинской безопасности выезда за границу требуют самого серьезного отношения. Невнимание здесь оборачивается печальной статистикой наших ближайших соседей. Прискорбно, что откровенное непонимание проблемы существует у самих медиков. Автору статьи пришлось давать консультацию коллеге по вопросам тропической медицины за один (!) день до отъезда последнего в Африку в качестве врача геологической экспедиции. Как тут не вспомнить «Экваториальный лес» Николая Гумилева: «Из большой экспедиции к Верхнему Конго до сих пор ни один не вернулся назад!».

Профессиональный кругозор врача неразрывно связан со знаниями и впечатлениями от дисциплины, полученными на студенческой скамье. Будучи

заведующим кафедрой инфекционных болезней, должен отметить, что, наверное, оптимальный вариант преподавания этой дисциплины пока не найден. Выполнение существующей программы не освобождает преподавателя от обязанности постоянного поиска. В общих чертах представляется целесообразным вместе с традиционными заболеваниями и общими принципами диагностики, лечения и профилактики значительно расширить взгляды студента на инфекционную патологию вообще и ее возможные клинические проявления в частности. Программа субординатуры должна быть насыщена изучением стандартов диагностики и лечения, причем как «от заболевания», так и «от синдрома». Студент должен понимать, что с различными вариантами инфекционной патологии ему придется сталкиваться в любой клинике, в отделении любого профиля. И эти заболевания требуют комплекса адекватных действий. Думается, что удлинение сроков ординатуры будет происходить параллельно с другими специальностями, на что указывает опыт других стран. Вообще в республике традиции последипломного образования заложены, не побоюсь этого слова, незаурядные. Кто из инфекционистов среднего (не старшего, а даже среднего) поколения не восхищался лекциями и, что особенно важно, клиническими разборами профессоров Н.В. Бондаревой и В.М. Розенмана, ученых, известных во всех Республиках бывшего СССР. Наиболее важными задачами современного периода представляются: охват значительного количества врачей различных специальностей информацией и прикладными знаниями по инфекционной патологии; перенос приоритетов в учебных планах с учетом современных представлений инфектологии; акцент на овладение современными диагностическими и терапевтическими методиками; овладение вопросами проведения дифференциальной диагностики; приобретение навыков оказания помощи больным с угрожающими жизни состояниями. Конечно, изменения в преподавании не приемлют нахрапа и кампанейщины, должны внедряться постепенно, осторожно, но неуклонно, ибо они нужны.

Хочется закончить данную статью двумя эпизодами, связанными с личной позицией двух незаурядных специалистов. Академик В.И. Покровский вспоминает выступление в Академии Наук Льва Васильевича Громашевского, чьим именем назван НИИ в г. Киеве, ранее единственный в СССР Научно-исследовательский институт инфекционных болезней. На вопрос о сроках ликвидации очередного инфекционного заболевания (бруцеллеза) профессор Громашевский ответил, что не может поддерживать утопические идеи. «Можно менять уровень заболеваемости, можно даже ликвидировать какую-либо инфекционную болезнь, но пустующей ниши не будет, она обязательно заполнится какими-либо новыми болезнями». (В.И. Покровский. В кн.: Профилактика, диагностика фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний. Москва, 2002 г. VII Конгресс «Человек и лекарство», с. 7).

Второй эпизод связан с именем выдающегося белорусского ученого профессора Бориса Михайловича Розенмана, досконально знавшего проблему дифтерии. После того, как он прочитал огромную статью, напечатанную в одной из центральных газет, посвященную главным образом охаиванию профилактических прививок, профессор Розенман обратился к молодым коллегам: «Управляемая инфекция становится неуправляемой, после того как ею перестают управлять медики. Вам, уважаемые коллеги, предстоит работать на эпидемии дифтерии». Шел 1988 год. До 1994 года с

его дикой по Европейским меркам заболеваемостью и летальностью от дифтерии оставалось всего 6 лет.

Хотелось бы избежать в будущем подобных ошибок и заблуждений, ибо инфекционная патология этого никогда и никому не прощала.

