

ТУБЕРКУЛЕЗ И БОЛЕЗНИ ЗАВИСИМОСТИ: МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

С.Г. Копоров, Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, М.С. Смирновская, В.Ф. Егоров
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы»

TUBERCULOSIS AND DISEASES OF ADDICTION: MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS

S.G. Kopyorov, E.A. Bryun, E.A. Koshkina, M.S. Smirnovskaya, V.F. Egorov

Проанализированы данные литературы, посвященные мультикоморбидности таких социально значимых заболеваний, как туберкулез, болезни зависимости и ВИЧ-инфекция. В обзоре представлены данные о распространенности этих заболеваний в мире и в России за последние годы. Лица с сочетанной патологией представляют собой большую эпидемиологическую опасность. Больные с тройным диагнозом составляют особо трудную для терапии группу, поскольку оказываются некомплаентными. Поздняя диагностика, распространенные и осложненные формы туберкулеза, массивное бактериовыделение, хроническое течение заболевания, высокий уровень множественной лекарственной устойчивости, прерывание лечения, хроническая легочная недостаточность, легочные кровотечения, плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, высокая летальность – характерные проявления течения болезни у этой категории пациентов. Проблему заболеваемости туберкулезом необходимо преодолевать в комплексе с решением проблем болезней зависимости и ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: туберкулез, алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция, коморбидность

Социально значимые заболевания включают в себя болезни, представляющие угрозу здоровью населения и обществу в целом. Среди них значительное место отводится таким инфекциям, как туберкулез и ВИЧ, и болезням зависимости, которые являются мультикоморбидными. Решение проблемы распространения этих заболеваний требует консолидации различных структур.

Целью данного обзора является информирование специалистов разного профиля, имеющих отношение к проблеме, об эпидемиологии этой триады заболеваний.

Туберкулез – инфекционная болезнь, одна из ведущих причин заболеваемости, которая входит в десятку наиболее распространенных причин смертности в мире и чаще других инфекционных возбудителей (включая ВИЧ/СПИД) становится причиной смерти людей. Ежегодно во всем мире туберкулезом заболевает около 10 миллионов человек. Туберкулез –

The analysis of literature data on multi co-morbidity of socially important diseases: tuberculosis, diseases of addiction and HIV-infection carried out. Information on these diseases' distribution in the world and in Russia in the recent years. Patients with comorbidities are the great epidemiological danger. Patients with triple diagnose are especially difficult for treatment due to the low treatment adherence. Late diagnosis advanced and complicated tuberculosis, massive bacterial release, diseases chronization, high rate of the multidrug resistance and treatment interruption, chronic lung failure, hemoptysis, drugs intolerance, high mortality rate – are typically in this patients. The problem of tuberculosis control must be solved in combination with diseases of addiction and HIV-infection.

Key words: tuberculosis, alcoholism, drug abuse, HIV-infection, comorbidity

одна из 10 основных причин смертности. Соотношение числа заболевших мужчин и женщин составляет 2:1, а уровень заболеваемости на национальном уровне варьирует от менее 50 до более 5000 на 1 млн населения в год. Почти 90% случаев фиксируют ежегодно в 30 странах с высоким бременем туберкулеза. По оценкам, во всем мире 1,7 млрд человек инфицированы *M. tuberculosis* и, таким образом, рискуют заболеть [26].

При своевременной диагностике и лечении антимикобактериальными препаратами большинство больных туберкулезом можно вылечить. Количество связанных с туберкулезом смертей также можно уменьшить за счет снижения распространенности факторов риска, связанных со здоровьем (например, курение, диабет и ВИЧ-инфекция) [26].

В рамках Целей в области устойчивого развития (ЦУР) и Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза провозглашены новые обязательства по ликвидации эпидемии туберкулеза

и многосекторальная подотчетность в отношении борьбы с туберкулезом и обеспечения ее своевременного внедрения. В Стратегии по ликвидации туберкулеза определены контрольные показатели снижения заболеваемости туберкулезом и смертности от него (на 2020 и 2025 гг.) и соответствующие целевые показатели (на 2030 и 2035 гг.). Целевые показатели на 2030 г. предусматривают снижение смертности от туберкулеза на 90% и сокращение уровня заболеваемости туберкулезом (количества новых случаев на 100 000 населения в год) на 80% по сравнению с уровнем 2015 года.

Серьезной угрозой здоровью населения по-прежнему является туберкулез с лекарственной устойчивостью возбудителя. В 2018 году туберкулезом, вызванным устойчивыми к рифампицину микобактериями (МБТ), заболело примерно полмиллиона человек (из которых 78% заболели туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью МБТ). Наибольшая доля глобального бремени пришла на три страны: Индию (27%), Китай (14%) и Российскую Федерацию (9%). Доля случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью или устойчивостью к рифампицину во всем мире составила 3,4% среди новых случаев и 18% среди ранее получавших лечение больных и была наиболее высока (свыше 50% среди ранее пролеченных пациентов) в странах бывшего Советского Союза [26].

Связанный с алкоголем вред здоровью и приносимый им социальный вред являются значимыми проблемами в мире. В 2016 году наблюдались большие различия между странами в общем вреде для здоровья и общества, связанном с употреблением алкоголя.

Люди с низким социально-экономическим статусом в ряде европейских стран имели трехкратный риск смерти от причин смерти, полностью связанных с употреблением алкоголя, по сравнению с людьми с высоким социально-экономическим статусом.

В целом в 2016 году в ЕС умерли от потребления алкоголя 291 100 человек: смерти, связанные с употреблением алкоголя, в основном были вызваны раком (29% смертей, связанных с алкоголем), циррозом печени (20%), сердечно-сосудистыми заболеваниями (19%) и травмами (18%); мужчины страдают от бремени болезней, связанных с алкоголем, в большей степени, чем женщины, в соотношении примерно 3,5 : 1 [29].

Потребление алкоголя долгое время считалось одним из основных движущих факторов смертности в Российской Федерации, особенно среди мужчин трудоспособного возраста. Внедрение различных доказательных мер по борьбе с алкоголем в начале 2000-х годов привело к снижению смертности от всех причин, которые причинно или тесно связаны с употреблением алкоголя. С 2003 года как потребление алкоголя, так и смертность снижались параллельно. В период 2003–2018 годов смертность от всех причин снизилась на 39% у

мужчин и на 36% у женщин – тенденция, которая была отражена в увеличении продолжительности жизни. В 2018 году средняя продолжительность жизни в России достигла исторического пика, составляющего почти 68 лет для мужчин и 78 лет для женщин. Опыт, накопленный Российской Федерацией в снижении бремени болезней, связанных с алкоголем, является убедительным аргументом в пользу того, что эффективная алкогольная политика имеет важное значение для улучшения перспектив долгой и здоровой жизни [24].

Согласно оценочным данным, приведенным в подготовленном Управлением ООН по наркотикам и преступности Всемирном докладе о наркотиках за 2018 год, более 31 млн человек страдают от расстройств, вызванных потреблением наркотиков, и многие из них – это молодые люди. Наркопотребление имеет серьезные социально-экономические последствия для стран, семей и обществ и особенно для перспективы молодых людей. Сложившаяся ситуация требует активизации усилий в поддержку профилактики употребления психоактивных веществ и лечения расстройств, вызванных их употреблением, в том числе услуг, направленных на ослабление негативных последствий наркопотребления для здоровья людей [8].

Самым популярным наркотиком в Европе является каннабис. На основании опросов населения в целом, согласно оценкам, около 1% взрослых людей в Европейском союзе ежедневно или почти ежедневно употребляют каннабис. Около 60% из них моложе 35 лет и около трех четвертей составляют мужчины. По оценкам, в 2017 году в Европейском союзе в возрастной группе 15–64 года употребляли следующие наркотики:

- 18,0 млн пробовали кокаин в течение своей жизни;
- 13,7 млн пробовали метилendioксиметамфетамин / экстази в течение своей жизни;
- 12,4 млн пробовали амфетамины в течение своей жизни.

В Европе наиболее часто употребляемым незаконным опиоидом является героин, который можно курить, нюхать или вводить инъекционно. В большинстве стран впервые употребление героина с высоким риском снижается. Ряд синтетических опиоидов, таких как метадон, бупренорфин и фентанил, также используются не по назначению. Потребление инъекционных наркотиков продолжает снижаться среди новых потребителей героина [25].

По данным ЮНЭЙДС по ВИЧ (2019 г.), общемировое число людей, живущих с ВИЧ, составляло 38,0 млн человек; число новых случаев заражения ВИЧ составило 1,7 млн; 25,4 млн людей получали лечение в рамках антиретровирусной терапии. Следует отметить, что с начала эпидемии от сопутствующих СПИДу болезней умерли 32,7 млн человек [11].

Распространение ВИЧ-инфекции продолжается по всей Европе. В 2018 году в 50 из 53 стран ВОЗ было зарегистрировано 141 552 новых диагноза ВИЧ.

Таблица. Распространенность социально значимых заболеваний населения России в 2018 году (по данным Минздрава России)

Диагноз	Пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом		Пациенты, состоящие под диспансерным наблюдением	
	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения
Активный туберкулез,	65 234	44,4	149 182	101,6
в т. ч. органов дыхания	63 286	43,1	–	–
ВИЧ-инфекция (ВИЧ)	85 995	58,6	896 075	610,5
Синдром зависимости от наркотических веществ	14 775	10,1	250 634	170,6
Зарегистрированные потребители инъекционных наркотиков			196 854	134,0
Синдром зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы	17 647	44,9	1 376 344	937,4

Это соответствует приблизительно уровню 16,2 впервые диагностированных инфекций на 100 тыс. населения.

Передача инфекции также зависит от географического региона, иллюстрируя разнообразие эпидемиологии ВИЧ в Европе. Передача половым путем между мужчинами была наиболее распространена в ЕС/ЕЭЗ, в то время как гетеросексуальная передача и употребление инъекционных наркотиков были основными зарегистрированными режимами передачи на востоке региона. Число людей с впервые поставленным диагнозом ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ увеличилось на 22% за последнее десятилетие, а количество новых диагнозов в странах ЕС/ЕЭС снизилось на 17% с 2009 года.

Частота новых диагнозов ВИЧ у мужчин в регионе в целом росла более быстрыми темпами, чем у женщин, и к концу периода была вдвое выше, чем у женщин. В ЕС/ЕЭС количество новых диагнозов ВИЧ снизилось как у мужчин, так и у женщин, но быстрее у женщин. Частота новых диагнозов в регионе также была выше среди мужчин, чем среди женщин в целом. В 2018 году чуть более половины (53%) людей с диагнозом ВИЧ в Европейском регионе диагностированы на поздней стадии инфекции [27].

Проблема частой коморбидности, сочетаемости расстройств, относящихся к сфере деятельности врачей разного профиля, диктует необходимость объединения усилий для излечения пациента или улучшения состояния его здоровья. Значимое место занимает коморбидность наркологической патологии с другими социально значимыми заболеваниями – ВИЧ/СПИДом и туберкулезом [цитируется по В.Д. Менделевичу, 16].

Распространенность социально значимых заболеваний имеет в России неоднозначные тенденции. Среди обратившихся за наркологической помощью наибольшее число составляют больные с синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы. В 2018 году их число составило 1 376 344, больных наркоманией значительно меньше – 250 634. Среди зарегистрированных потребителей наркотиков 196 854 употребляют их внутривенно. Доля ВИЧ-инфицированных среди потребляющих инъекционные препараты имеет тенденцию к

росту; за последние 10 лет процент ВИЧ-инфицированных увеличился в два раза (13,2 до 26,0%) [13, 17].

Наиболее чувствительным показателем, характеризующим проблему, является первичная обращаемость пациентов в медицинские организации, поскольку он отражает контингент больных, состояние здоровья которых побудило их обратиться за профессиональной помощью. Впервые в 2018 году за наркологической помощью по поводу алкоголизма в стране обратились 17 647 больных, по поводу наркомании – 14 775.

В России в 2018 году под диспансерным наблюдением находились 896 075 лиц с ВИЧ-инфекцией, из них впервые обратились за помощью 85 995. С активными формами туберкулеза состояли под диспансерным наблюдением 149 182 пациента, из них впервые обратились за помощью 65 234. Социально значимые заболевания относятся к болезням, связанным со стигматизацией, и больные нередко скрывают заболевания, что обуславливает наличие у населения скрытого контингента, и коэффициент латентности может значительно варьироваться в зависимости от региона.

Больных **алкоголизмом** относят к контингентам с высоким риском заболевания туберкулезом. Достаточное количество исследований посвящено изучению коморбидности злоупотребления алкоголем и туберкулеза. Так, J. Rhem с соавт. [28] в систематическом обзоре, включавшем 1537 научных публикаций, отметили, что развитие туберкулеза и реинфицирование имеет четкую связь с тяжестью употребления алкоголя.

Сочетание туберкулеза легких и алкоголизма представляет актуальную социально-медицинскую проблему. Лица, страдающие алкоголизмом, составляют наиболее социально и эпидемиологически опасную группу больных, с трудом поддающихся полноценному излечению от туберкулеза. Частота туберкулеза среди больных хроническим алкоголизмом так же, как и алкоголизма среди больных туберкулезом, значительна. Одновременно туберкулезом и хроническим алкоголизмом страдают главным образом мужчины в возрасте 30–60 лет. Туберкулезом заболевают и женщины, злоупотребляющие алкоголем. Чаще туберкулез присоединяется к алкоголизму, реже у больных туберкулезом развивается алкоголизм.

Среди больных туберкулезом органов дыхания психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя встречаются в 60,0% случаев, из них синдром алкогольной зависимости диагностируется в 26,3%; у больных с внелегочными формами туберкулеза психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя выявлены в 25,7%, синдром алкогольной зависимости – в 6,3% ($p = 0,013$) случаев; у больных с заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии синдром алкогольной зависимости диагностирован в 4,5% случаев ($p = 0,022$) [23].

При туберкулезе легких у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическим заболеванием, последнее, как правило, первично, течение болезни неблагоприятное, эффективность терапии низкая [1, 22]. При сочетании наблюдается атипичная картина алкоголизма: быстрее снижается толерантность, возникают амнестические формы опьянения, чаще наблюдаются «психопатизация» больных, а также выраженные нарушения иммунологического статуса, клеточный иммунодефицит [12].

Патогенез туберкулеза у больных алкоголизмом не выяснен полностью. Алкоголь ведет к повреждению различных органов и систем, в том числе иммунной системы. В легких алкоголь разрушает альвеолярный эпителий, вызывает гибель легочных макрофагов, воспалительную инфильтрацию стенок бронхов, сосудов, что приводит к угнетению местных защитных реакций против инфекций. Длительная алкогольная интоксикация приводит к нарушению обменных процессов, дегенеративным и деструктивным изменениям внутренних органов, способствует прогрессированию туберкулеза [2]. Кроме того, больные хроническим алкоголизмом неадекватны в оценке своего здоровья, обычно игнорируют профилактические обследования, в связи с абстинентными состояниями утрачивают контроль за своим здоровьем, поздно обращаются за помощью к врачу. Туберкулез у больных алкоголизмом развивается в результате эндогенной реактивации посттуберкулезных изменений, но, учитывая асоциальное поведение и несоблюдение санитарных норм, существенную роль в развитии туберкулеза играет и экзогенная суперинфекция. У больных алкоголизмом могут выявляться различные по тяжести формы туберкулеза легких. Однако чаще, чем у других больных, обнаруживают фиброзно-кавернозный туберкулез, а у больных алкоголизмом III стадии — поликавернозный процесс, казеозную пневмонию [18].

Лица с сочетанной патологией (туберкулез и алкоголизм) представляют большую эпидемиологическую опасность. В Челябинской области в 2000–2010 годах был проведен анализ 1045 протоколов аутопсий в специализированной фтизиопульмонологической прозектуре. Пациенты с пагубным употреблением алкоголя или алкоголизмом, являясь одним из самых распространенных коморбидных состояний в груп-

пе пациентов противотуберкулезных стационаров, составили 48,8%. В подавляющем большинстве случаев это были мужчины трудоспособного возраста. Возраст дожития в группе исследования был связан с фактом злоупотребления алкоголем и был меньше как у мужчин, так и у женщин. Результаты проведенного исследования впервые выявили несколько иное поражение легких с увеличением частоты регистрации верхней доли правого легкого (88,8%, $p = 0,0001$); склонность к развитию форм, характеризующихся деструкцией и фибротизацией легочных тканей (74,7%, $p = 0,0399$). Туберкулез лиц с алкоголизмом отличался более частой регистрацией бактериовыделения (93,9%, $p = 0,0013$), развитием каверн (76,7%, $p = 0,0000$). Кахексия у таких пациентов чаще являлась причиной летального исхода (27,7%, $p = 0,0043$). Анализ летальности в возрастных подгруппах установил тот факт, что основная доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, погибает в возрасте 36–60 лет [3].

Эта ситуация обусловлена следующими причинами: деградация личности; низкий уровень санитарной грамотности; несоблюдение элементарных правил гигиены; позднее обращение за медицинской помощью; пренебрежение рекомендациями врачей; отказ от радикальной терапии. Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулеза, часто полирезистентные к противотуберкулезным препаратам.

В исследовании, проведенном специалистами Кубанского государственного медицинского университета и Клинического противотуберкулезного диспансера (г. Краснодар, 2012 г.) 382 больных с впервые выявленными формами туберкулеза были разделены на две группы: больные с сопутствующими заболеваниями, не употребляющие алкоголь и наркотики (288 больных), вторая группа – больные, употребляющие алкоголь и наркотики (94 больных, 24,6%). Все пациенты были обследованы по единой методике. Во всех случаях диагноз активного туберкулеза легких был подтвержден клинико-anamnestическими, лабораторными и инструментальными методами. При необходимости выполнялась компьютерная томография, бронхоскопия с биопсией. Туберкулезный процесс у них сопровождался массивным бактериовыделением, что создавало эпидемиологическую угрозу для лиц, находившихся в контакте. Из-за неадекватного поведения, трудностей привлечения к контролируемой противотуберкулезной терапии эффективность лечения этих пациентов оказалась недостаточной [9].

При обследовании 1589 больных туберкулезом легких в Курской области и 627 в Гродненской области (2011–2013 гг.) все пациенты были разделены на две группы. В одной группе были пациенты с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий (МЛУ МБТ), а в другой – с туберкулезом без лекарственной устойчивости МБТ. При углубленном изучении контингента выявлено, что злоупотребляли алкоголем больные

с МЛУ МБТ в 62,9–74,2% случаев, в то время как пациенты без МЛУ МБТ – в 32,1–36,4%, то есть почти в два раза реже ($p < 0,01$). У злоупотребляющих алкоголем больных в два раза чаще наблюдались обострения процесса на фоне проведения основного курса лечения. Было показано, что злоупотребление алкоголем является фактором, способствующим формированию МЛУ МБТ, отягощающим его клинические проявления и течение. Приоритетное влияние на развитие МЛУ ТБ оказывают нарушения режимов антибактериальной терапии, факторы социальной дезадаптации (нетрудоспособность и безработица) и сопутствующие заболевания [6].

Злоупотребляющих алкоголем в 3–5 раз больше среди больных, длительно состоящих на диспансерном учете, чем среди впервые заболевших туберкулезом легких. Причиной этого является «оседание» в диспансере лиц, злоупотребляющих алкоголем, из-за низкой эффективности лечения. Туберкулез легких у подавляющего большинства больных развивается на фоне алкоголизма, реже предшествует ему. Это характеризует большинство лиц с сочетанной патологией как больных алкоголизмом с сопутствующим туберкулезом. Клинические проявления и течение туберкулеза легких при алкоголизме могут быть различными. Процесс в легких у больных алкоголизмом иногда приобретает бурное течение и приводит к летальному исходу. Частым осложнением туберкулеза легких при сочетании его с алкоголизмом являются легочные кровотечения и кровохарканье, которое связывают с пневмосклерозом и повышенной проницаемостью сосудов под влиянием алкоголя.

После излечения туберкулеза у больных алкоголизмом наблюдаются выраженные остаточные изменения в легких, что создает условия для возникновения рецидивов туберкулеза. Главной причиной развития рецидивов является недостаточное лечение больных в период проведения основного курса химиотерапии в стационаре, а также из-за досрочной выписки за нарушение режима. У больных алкоголизмом туберкулезный процесс при его рецидивах протекает тяжелее, чем при первоначальном заболевании.

При возникновении туберкулеза резко ухудшается течение алкоголизма, быстро формируются его тяжелые стадии с выраженной психопатизацией, деградацией личности и социальной запущенностью. Запой принимают упорный характер, более тяжелым становится синдром похмелья. Туберкулезная инфекция является дополнительным отягощающим фактором, способствующим возникновению алкогольных психозов. Основную роль в их развитии играют обострения туберкулезного процесса. Без активной антиалкогольной терапии лечение больных алкоголизмом и туберкулезом не может быть успешным [9].

Одним из самых опасных факторов, способствующих заболеванию туберкулезом, является употребление наркотиков. **Наркомания** – это тяжелое хроническое заболевание,

развившееся вследствие наркотизации и проявляющееся неудержимым влечением к постоянному приему наркотических веществ с потерей контроля за их приемом и сопровождающееся абстинентным синдромом. Важное значение в повышенной заболеваемости туберкулезом лиц, страдающих наркоманией, имеет резкое снижение общей и специфической резистентности организма под влиянием длительной наркотической интоксикации, а также сопутствующие инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, гепатиты, которые ассоциированы с употреблением наркотиков. Тяжелое течение пневмонии регистрируется у наркозависимых пациентов со стажем более 2,5 лет и при позднем обращении за медицинской помощью. Пневмония – главная причина (38%) обращения инъекционных наркоманов с лихорадкой в медицинские учреждения. И.Г. Хамитов и соавт. проанализировали истории болезни 36 наркозависимых больных с пневмониями. У всех имелась сопутствующая патология: ВИЧ – у 28 человек (77,8%), в т.ч. у 18 пациентов в IV стадии заболевания; хронический вирусный гепатит С имел место у 34 человек (95%); сочетание гепатитов В и С – у 6 больных (16,7%); сочетание ВИЧ и гепатита С – в 77,8% случаев; ВИЧ и обе формы гепатита – у 5 больных (13,8%). Авторы сделали заключение о том, что на фоне сочетания ВИЧ и вирусного гепатита пневмонии характеризуются двусторонним поражением. Имеются сведения о том, что деструкция легочной ткани происходит в 62% случаев при наличии ВИЧ-инфекции [20, 21].

Факторами, способствующими развитию туберкулеза у наркоманов, являются застойные явления в легких, поражения альвеолярного эпителия, нарушение питания легочной ткани, снижение иммунитета, нарушение питания, изменения личности и неадекватные реакции. Легочные проявления наркомании вторичны, носят во многом системный характер, зависят от вида употребляемого наркотика и путей его введения. В большинстве случаев развиваются пневмонии, характеризующиеся агрессивным течением, часто осложняющиеся образованием деструктивных полостей, нагноением и эмпиемой плевры, дыхательной недостаточностью. Пневмонии часто являются проявлением сепсиса (в большинстве случаев у инъекционных наркоманов) и сопровождаются другими его синдромами: бактериальным эндокардитом, почечной, печеночной недостаточностью и иными проявлениями полиорганной патологии. Могут развиваться интерстициальные пневмонии с развитием пневмофиброза, буллезной дегенерации легких, гранулематозное воспаление, отек легких [5].

Во многих случаях на аутопсии у потребителей наркотиков отмечаются очаги ателектазов, сочетающиеся с эмфиземой, разрывами межальвеолярных перегородок; в 53,3% случаев регистрируются признаки давних кровоизлияний. Часто отмечается т.н. очаговая пневмония (бронхопневмония), в просвете альвеол и бронхов выявляется экссудат серозного,

а местами серозно-гнойного характера, отмечаются десквамированные клетки эпителия, альвеолярные макрофаги, все слои стенок мелких бронхов инфильтрованы лейкоцитами [10].

Учитывая, что туберкулез передается воздушно-капельным путем, резкий рост заболеваемости им больных с **ВИЧ-инфекцией** становится проблемой всего населения страны. Результаты анализа контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, проведенного на основе карт персонального учета, ставят вопрос о необходимости совершенствования системы противэпидемических мероприятий при организации и оказании противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией, а также нормативного обеспечения этой деятельности.

Высокая распространенность ВИЧ-инфекции в мире значимо обострила проблему туберкулеза, который стал одной из главных причин смерти больных с ВИЧ-инфекцией. Первой предпосылкой для дальнейшего роста заболеваемости туберкулезом больных с ВИЧ-инфекцией является высокая инфицированность микобактериями туберкулеза взрослого населения. Именно такая ситуация складывается в Российской Федерации. Второй предпосылкой служит распространение ВИЧ-инфекции среди населения, относящегося к группе высокого риска заболевания туберкулезом. Одной из основных групп высокого риска заболевания туберкулезом являются больные наркоманией. В Российской Федерации резкий рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией начался с 1996 года именно в связи с распространением вируса среди лиц, употребляющих наркотики [19].

Среди больных ТБ в группе риска по заболеванию ВИЧ-инфекции одним из ведущих факторов риска является употребление наркотиков. Так, согласно О.И. Конончук (2010), в Кемеровской области распространенность сочетанной инфекции среди больных туберкулезом за период 2002–2007 годов увеличилась в 10,8 раза, а среди умерших от туберкулеза – в 14 раз (в том числе от впервые выявленного – в 18,5 раза). В свою очередь, среди больных ВИЧ-инфекцией в области доля пациентов с туберкулезом возросла в 3,5 раза, в структуре умерших – в 10,2 раза (в том числе с впервые установленной ВИЧ-инфекцией – в 7 раз). Основными проявлениями двойного заболевания у больных с первичным выявлением ВИЧ-инфекции или обоих заболеваний одновременно (группы ВИЧ/ТБ и ТБ=ВИЧ) явились: выраженная интоксикация, генерализация туберкулезного процесса при снижении частоты фаз распада и бактериовыделения на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции. Основным отличием этой группы от больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции явилась более частая регистрация фиброзно-кавернозного туберкулеза, бактериовыделения, множественной лекарственной устойчивости МБТ, поликаверноза [14].

С целью оценки проблемы туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных, принимающих наркотики, на основании анализа данных амбулаторных карт и карт стационарных больных в туберкулезной больнице г. Тольятти за период 2012–2013 гг. были сформированы две группы: I группа – больные туберкулезом, ВИЧ-инфицированные, принимающие наркотики (164 чел.), II группа – больные туберкулезом, ВИЧ-инфицированные, не принимающие наркотики (72 чел.). У пациентов, больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ, отмечена социальная отягощенность; основной фактор – это приверженность к наркомании (70%). Ранее находились в заключении 51,2% из группы наркозависимых, без данных о наркомании – 19,4% ($p < 0,05$). У лиц, принимающих наркотики, отмечена низкая приверженность (17%) к антиретровирусной терапии (АРВТ), прерывание лечения и нарушения режима фиксировали в 3 раза чаще.

За период наблюдения в группе больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ, принимающих наркотики, умерло 78%, причем среди данной группы 88% больных продолжали употреблять наркотики в стационаре. У больных этой группы отмечали множественное поражение органов и систем. Непосредственной причиной смерти у больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ, принимающих наркотики, до 79% является отек головного мозга.

Особенно трудную для терапии группу составляют пациенты с «тройным диагнозом» – туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью. По данным Е.А. Бородуллиной и соавт. [3], такие пациенты в 2,5 раза чаще находятся в местах лишения свободы, среди них 79,8% безработных, а 20% – без определенного места жительства. Приверженность АРВТ у них составляет всего 17%, они в 3 раза чаще прерывают лечение. В 3 раза чаще у них диагностируются стадия СПИДа и смертность, чем в группе без наркомании. По данным И.А. Васильевой [4], группами риска по развитию туберкулеза, помимо других, являются ВИЧ-инфицированные, социально уязвимые группы, активные курильщики и лица, злоупотребляющие алкоголем и/или наркотиками. Те же группы пациентов оказываются некомплаентными и вследствие этого склонными к формированию лекарственно-устойчивого туберкулеза [15].

По данным специального опроса врачей-фтизиатров [7], среди причин низкой приверженности к лечению пациентов, страдающих туберкулезом, основное место занимают недисциплинированность и нарушения режима (88,0%), асоциальное поведение, в первую очередь алкоголизация (80,4%), наличие сопутствующей патологии (41,3%), частое побочное действие лекарств (27,2%), отсутствие эффективных лекарств (25,0%).

Заболеваемость туберкулезом и смертность от него у инъекционных наркоманов очень высока, особенно если наркомания сочетается с ВИЧ-инфекцией. Сейчас несравненно

большее значение, чем остальные факторы риска, приобрел СПИД. Им обусловлена новая эпидемия туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных инъекционных наркоманов и имеющих контакт с ними.

Заболеваемость туберкулезом среди инъекционных наркоманов выше, чем среди других ВИЧ-инфицированных, что отчасти объясняется влиянием сопутствующих наркомании социально-экономических факторов. Наркотики резко снижают иммунитет к туберкулезу у любого человека, не говоря о больном ВИЧ-инфекцией. Высокая частота у данного контингента больных обусловлена поздним обращением за медицинской помощью. В силу своей дезадаптации эти больные являются крайне эпидемиологически опасными источниками туберкулезной инфекции. Наркомания способствует формированию хронического течения туберкулеза как в связи с несвоевременным и поздним выявлением туберкулеза, так и неполноценным его лечением из-за уклонения от лечения, непереносимости противотуберкулезных препаратов, нередким возникновением рецидивов заболевания. Поздняя диагностика, распространенные и осложненные формы туберкулеза, нередко внелегочные формы, массивное бактериовыделение, хроническое течение заболевания, высокий уровень множественной лекарственной устойчивости (25%), прерывание лечения (до 82%), хроническая легочная недостаточность, легочные кровотечения, плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, высокая летальность – вот все, что характеризует туберкулез у наркоманов. Вопрос о сочетании туберкулеза и болезней зависимости имеет большое научно-практическое и медико-социальное значение. Проблема туберкулеза может быть решена только в комплексе с решением проблем болезней зависимости. Многие лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией, уклоняются от профилактических флюорографических осмотров. Детальное обследование выявленных при осмотрах больных показало, что у половины из них наблюдались клинические проявления туберкулеза легких, однако и они не обращались за врачебной помощью. Все это является одной из причин того, что в больных туберкулезом, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, обнаруживаются, как правило, распространенные деструктивные процессы, а наличие алкоголизма препятствует проведению эффективного лечения.

Для наиболее полного выявления больных с зависимостью от психоактивных веществ среди контингентов противотуберкулезного диспансера фтизиатрам при первом обследовании больных и в процессе их динамического наблюдения необходимо уметь выявлять среди них таких лиц. Эти данные могут быть получены из анамнеза пациента, результатов объективного исследования (внешний облик больного, его поведение, окраска кожных покровов и т.д.), а также путем бесед с лицами из окружения больного и уточнения данных о больном в лечебных учреждениях (общей сети, туберкулезных стационарах).

Комплексное лечение больных, страдающих одновременно туберкулезом и болезнями зависимости, может осуществляться добровольно или принудительно. Вопрос о добровольном или принудительном лечении таких больных должен решаться на основании данных клинического фтизиатрического и наркологического обследований.

Как правило, комплексное лечение наркологических больных с впервые выявленным туберкулезом или его рецидивом (ранее неизвестных диспансерам) должно начинаться в условиях обычного туберкулезного стационара. Наиболее целесообразно сосредоточить таких больных в стационаре, где осуществляется систематическая консультация нарколога.

Заключение

Туберкулез легких у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью выявляется преимущественно при обращении в лечебные учреждения. У этой категории больных диагностируются тяжелые по течению распространенные формы туберкулеза, что связано в значительной степени с трудностями привлечения их к противотуберкулезной терапии, что обуславливает недостаточно эффективные результаты лечения. Учитывая социальную дезадаптированность этой категории населения, отсутствие в большинстве случаев у них приверженности к лечению как туберкулеза, так алкоголизма и наркомании, создается угроза заражения населения микобактериями туберкулеза с лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий к противотуберкулезным препаратам, прежде всего детей и подростков.

Данные исследований свидетельствуют о необходимости оптимизации стратегии выявления туберкулеза легких у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Основной задачей фтизиатрической и наркологической служб является выстраивание внутриведомственного взаимодействия и совершенствование подходов по раннему выявлению туберкулеза среди больных, страдающих болезнями зависимости. Для этого в наркологических учреждениях города осуществляются следующие мероприятия. Все больные, госпитализированные в наркологические стационары города, проходят флюорографию и при обнаружении каких-либо отклонений направляются в туберкулезный диспансер по месту регистрации, где они проходят обязательное КТ и получают заключение о возможности проходить лечение в стационаре, и лишь после этого больной госпитализируется. При выявлении каких-либо нарушений по результатам КТ пациент направляется во фтизиатрическую службу. Пациенты, находящиеся на диспансерном наблюдении в наркологическом диспансере, проходят плановую диспансеризацию по месту регистрации и приносят в наркологический диспансер справку о результатах прохождения флюорографии.

Такая форма внутриведомственного взаимодействия расширяет возможности пациентов по раннему выявлению

проблем, связанным с употреблением психоактивных веществ, и получению своевременной квалифицированной как фтизиатрической, так и наркологической помощи.

Литература

1. Балтабай Б.Ж. СРС: Алкоголизм и туберкулез. – Астана, 2017. Презентация.
[Электронный ресурс] URL: <https://ppt-online.org/328236> (Дата обращения 01.08.2020).
2. Белосохов М.В., Казачков Е.Л. Туберкулез у пациентов с хронической алкогольной интоксикацией в возрастном аспекте по материалам аутопсий // Наркология. – 2017. – Т. 16. – № 11. – С. 74-80.
3. Бородулина Е.А., Цыганков И.Л., Бородулин Б.И. и др. Наркомания, ВИЧ, туберкулез. Особенности мультиморбидности в современных условиях // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – № 4. – С. 18-21.
4. Васильева И.А. Проблема туберкулеза в РФ. – 2015. Презентация.
[Электронный ресурс] URL: <http://r-n-l.ru/soveshhanie-glavnykh-narkologov-organov-upravlenija-zdravookhraneniem-subektov-rf/prezentat-sii/> (Дата обращения 01.08.2020).
5. Войцеховский В.В., Коржова Н.В., Гоборов Н.Д. и др. Поражение легких у больных с наркотической зависимостью // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2018. – № 68. – С. 79-91. doi.org/10.12737/article_5b19d77f5e9a60.82681424.
6. Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексю Е.Н., Авласенко В.С., Коломиец В.М., Коноркина Е.А. Факторы риска развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. – 2015. – № 1. – С. 17-22.
7. Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С. Оказание психологической и психотерапевтической помощи больным туберкулезом легких (по данным социологического исследования) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18).
[Электронный ресурс] URL: <http://medpsy.ru> (Дата обращения 01.08.2020).
8. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год (E/INCB/2019/1)
[Электронный ресурс] URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Russian_ebook_AR2019.pdf (Дата обращения 01.08.2020).
9. Дробот Н.Н., Шевченко Н.П., Кондратьева Е.Г. и др. Туберкулез легких у больных с алкогольной и наркотической аддикцией // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 8. – С. 20–21.
[Электронный ресурс] URL: <https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=30832> (Дата обращения 01.08.2020).
10. Изаровский Б.В., Патрушева В.Б. Условно-специфические признаки множественного поражения органов у потребителей инъекционных наркотиков // Вестник ЮУрГУ. – 2009. – № 20. – С. 106-110.
11. Информационный бюллетень – Глобальная статистика по ВИЧ. – ЮНЭЙДС, 2019.
[Электронный ресурс] URL: <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>. (Дата обращения 01.08.2020).
12. Имамов А.Х. Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающего на фоне туберкулеза легких // Журнал неврол. и психиатр. – 1987. – № 3. – С. 422-424.
13. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017-2018 годах: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 188 с.
14. Конончук О.Н. Оптимизация выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и прогнозирование распространенности сочетанной патологии на примере Кемеровской области: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 23 с.
15. Лукина А.М. Организация диспансерного наблюдения и лечения социально дезадаптированных больных туберкулезом органов дыхания: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
16. Менделевич В.Д. Проблема коморбидности туберкулеза и алкогольной зависимости: от клинических корреляций к организации интегративной помощи // Неврологический Вестник (Казань). – 2015. – № 4. – С. 71-77.
17. Социально значимые заболевания населения России в 2019 г. Статистические материалы. – М., 2020. – 76 с.
18. Суркова Л.К., Дюсмикева И.М., Артюшкевич С.В. и др. Туберкулез на фоне хронической алкогольной интоксикации: структура летальности, причины смерти и морфологические особенности // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 10. – С. 38-42.
19. Фролова О.П., Полесский В.А., Новоселова О.А. и др. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией как национальная проблема // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 10. – С. 9-12.
20. Хамитов Р.Ф., Мустафин И.Г., Чернова О.Л. Клинико-иммунологические параллели у больных с наркотической зависимостью // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – № 5. – С. 796–799.
21. Хамитов Р.Ф., Мустафин И.Г., Чернова О.Л. Клинико-диагностические особенности пневмоний у наркозависимых пациентов в зависимости от сопутствующей патологии // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6. – № 3. – С. 16–20.
22. Шереметьева И.И., Плотников А.В. Клинико-динамические особенности экзогенно-органических заболеваний головного мозга у больных туберкулезом легких // Соц. и клин. психиатр. – 2012. – № 4. – С. 37–40.
23. Янов С.А. Распространенность, клиническая динамика и терапия алкоголизма у больных туберкулезом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2012. – 24 с.

24. Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation (2019) [Электронный ресурс] URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/alcohol-policy-impact-case-study-the-effects-of-alcohol-control-measures-on-mortality-and-life-expectancy-in-the-russian-federation-2019>. (Дата обращения 01.08.2020).
25. European drug report 2019. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании], 2019. – 98 p. [Электронный ресурс] URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf (Дата обращения 01.08.2020).
26. Global tuberculosis report 2019. – WHO, 2019. [Электронный ресурс] URL: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (Дата обращения 01.08.2020).
27. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data. – European Centre for Disease Prevention and Control, 2019. [Электронный ресурс] URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2019-2018-data> (Дата обращения 01.08.2020).
28. Rehm J., Samokhvalov A.V., Neuman M.G. et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review // BMC Public Health. – 2009. – Vol. 9. – P. 450. [35]
29. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. [Электронный ресурс] URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>. (Дата обращения 01.08.2020).

Сведения об авторах

Копоров Сергей Георгиевич – директор ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Тел: + 7 (499) 179 2244

e-mail: mnrcsn@mail.ru

Брюн Евгений Алексеевич – президент ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Тел: + 7 (499) 178 3505

e-mail: mnrcsn@mail.ru

Кошкина Евгения Анатольевна – главный научный сотрудник ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Тел: + 7 (499) 178 1769

e-mail: epid@list.ru

Смирновская Маргарита Сергеевна – научный сотрудник ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Тел: + 7 (499) 178 1769

e-mail: msmirnovskaya@mail.ru

Егоров Владимир Федорович – старший научный сотрудник ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Тел: + 7 (499) 317 2045

e-mail: evf17@yandex.ru