

ПОЛЕМИКА С АКЦЕНТ ТУБЕРКУЛОЗА

В момента епидемиологията на туберкулозата за света е тревожна: 10,5 млн. са болни от туберкулоза, а $\frac{1}{4}$ от човечеството е инфектирана (2017 г.). През 2016 г. болните в света бяха 9,6 млн., а през 2000-2005 г. са се задържали около 8 млн. души годишно. Причините са комплексни: глобализация, бежанци и др. По света има много недоказана и нелекувана туберкулоза. През 2017 г. СЗО обяви край на Програмата си до 2025 г. и се прости с надеждата, че стратегията ще ликвидира заразната болест. През 2018 г. „ликвидирането“ се отложи с 10 години и започна усилена работа за профилактика. През 2017 г. е обявен „световен рекорд заболели от туберкулоза“ (Pneumo Update Europe: 2016, 2017, 2018 г. [1]).

Икономически обоснован израз за 2% увеличение на туберкулоза в САЩ преди години: непроизведена продукция + смъртност + разходи за лечение + нетрудоспособност = 7 млрд. щ.д. Подобрен контрол върху заболяването увеличава brutния вътрешен продукт с 24 млрд. годишно [2, 3]. И така честотата на болестта в САЩ се свежда до около 3,2 на 100 хиляди от 2-3 години.

Честотата на туберкулозата в Германия нараства от 15-20/100 хил. на 37/100 хил. Страната с най-много бежанци – около 1 милион – изследва всеки и най-често с туберкулоза са сомалийци – 1871 души на 100 хил.; етиопци – 1037/100

хил.; еритрейци – 822/100 хил.; пакистанци – 616/100 хил. и др. (Lange, 2018). Изчисленията показват, че трябва да се изследват:

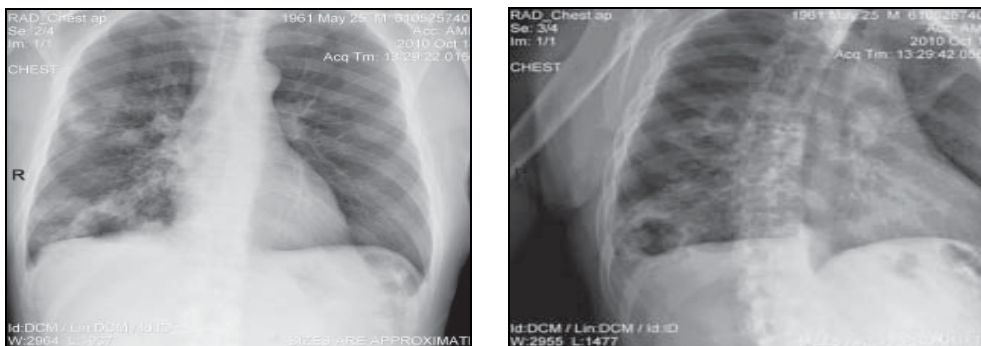
- 146 сомалийци, за да се открие 1 туберкулозно болен
- 216 еритрейци, за да се открие 1 туберкулозно болен
- 729 пакистанци, за да се открие 1 туберкулозно болен
- 3434 сирийци, за да се открие 1 туберкулозно болен, и т.н.

(Впечатляващо е как се работи в Германия с бежанците!)

Ако се предприеме скрининг в София, вече са известни квартал и улица, откъдето да се започне. За съжаление, у нас скоро не е имало профилактични изследвания.

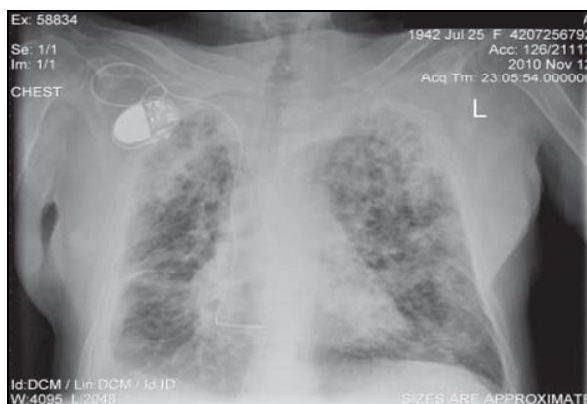
Идващи обратно в страната неуспешни гастербайтери често са заразители от напреднала туберкулоза, както и идващите за работа от Украйна и Молдова 100 хил. българи може да са носители на резистентни щамове, защото в тези страни ги има по-често, отколкото у нас.

Диференциалната диагноза и лечението на туберкулозата са много трудни. Липсата на опит и информация са причина актуална белодробна туберкулоза да бъде интерпретирана като „стари огнища вдясно”, а с многоосево изследване да се види каверната (фиг. 1 А и Б).

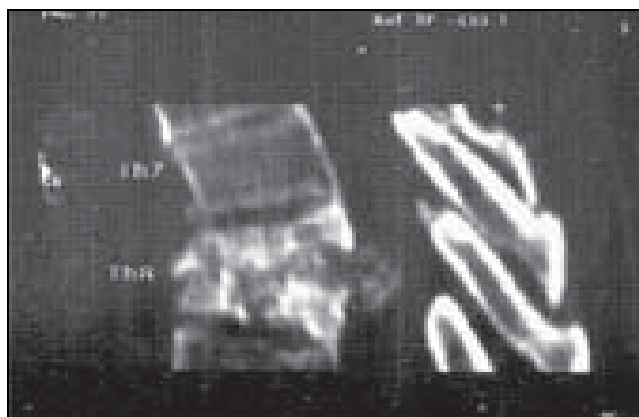


Фиг. 1А. „Стари огнища вдясно”. **1Б.** Каверна в дясна основа

Болна със сърдечна недостатъчност и хронично протичаща туберкулоза не е разпозната в 3 столични болници. Рентгенът на бял дроб е интерпретиран като „застой”. *Коментар:* При сърдечна слабост измененията са в основите, а тук са върхови, както е при ТБК (фиг. 2). Изследване ante mortem на спутум за бактерии на Кох доказва директно положително заразноносителство. Причина за смъртта при аутопсия: туберкулоза.



Фиг. 2



Фиг. 3. Туберкулозен спондилит, доказан хистологично: оперативно лечение с премахване на част от прешлен. Следва четворна туберкулостатична терапия; после химиопрофилактика. След гръдна травма – масивен плеврален излив; поява на епизодична интоксикация. Плевралният излив е неподатлив за евакуация и на болния е направена видео-асистирана торакоскопия, за да се отхвърли рецидив. Проследява се 10 години.

България прави и финансира Националната си програма по туберкулоза от 1950 г., когато в страната е изградена цялостна мрежа от лечебни заведения: болници, диспансери, санаториуми, които финансово са обезпечени и контролирани от държавата. Заболяването е редуцирано десетократно: от честота 400/100 хил. до около 40/100 хил. през 80-те год. на ХХ в. Профилактичните прегледи обхващат ритмично рисковите групи от населението. Дейността е много успешна – овладява се епидемията от туберкулоза. Създадена е отлична база за обучение на студенти и специализанти по фтизиатрия. По-късно се оформя и обща специалност – пневмология и фтизиатрия.

През 2003 г. по Програма за превенция и контрол на HIV/СПИН страната ни получава безвъзмездно финансиране от Глобалния фонд (ГФ) на СЗО за лечение на съчетаващи се СПИН и туберкулоза. После усвояваме средства по програмата СПИН, малария и туберкулоза. Следват още програми с финансова подкрепа на ГФ през 2008 и 2010 г.: „Подобряване на контрола на туберкулозата в България (2008-2012)“; „Укрепване на Националната програма по туберкулоза в България (2010-2015)“ и пр. *Интересен факт*: С отлични резултати чрез държавно финансирана и организирана борба с туберкулозата се налага финансово „укрепване на националната програма“. Това финансиране постигат специалисти, които впоследствие се оказват водещи организатори и изпълнители на Националната програма за туберкулоза в България. А директорът на ГФ за България е вирусолог. Той ръководи (?!) дейност, свързана с епидемиология, резистентност, комбинирана безплатна диагностика, терапия и др. на туберкулозата у нас. На кворуми докладите се изнасят от личност без нужната квалификация (виж вкл. програмата на последния Конгрес от 2018 г. [4]). Това би подходило за страна с кадрови дефицит, а у нас поне 10-ина хабилитирани специалисти по пневмология и фтизиатрия са компетентни да се справят отлично. За всички съдбовни въпроси, свързани с туберкулозата в страната, са „отговорни“ един вирусолог и един действащ фтизиатър.

Далеч в миналото остават организационно-методичните отдели, изчезват много от лечебните заведения (диспансери, болници, санаториуми). Вероятно за по-голямо удобство на „отговорните специалисти”, свързани с ГФ/СЗО.

Директно наблюдаваната кратка терапия (Directly observed treatment, short-course – DOTS) е препоръчана от ГФ (СЗО) като Национална стратегия за туберкулоза за страни по-назад с фтизиатричната помощ и с висока честота на болестта! ДОТС е за страни с бедно и неграмотно население, с основна цел бърза редукция на големи източници на зараза. Но за да се получи финансиране, тази програма се приложи и у нас. А през 2003 г., когато се въведе DOTS, у нас имаше утвърдена диспансеризация и директно наблюдение на болните (DOT – Directly observed treatment). Наблюдението бе според активността на заболяването – по диспансерни групи: активна фаза на болестта; след преодоляване на бацилоносителството и напреднала резорбция – съответно в ремисия. Това напълно покрива понятията от DOTS интензивна фаза и фаза на продължение. (Българските специалисти, дългогодишни консултанти на ГФ, никога не са работили в диспансер). Лечебният подход се определяше в диспансерните групи, като се спазваше стриктно комбинирано лечение. По-доброто, което предоставя диспансеризацията, е ранното откриване на рецидивы, поради системно проследяване и добър контрол на контактните. За да не са в риск здравноосигурени и неосигурени, в продължение на 28 години преди DOTS етиологичната диагноза на туберкулоза е достъпна за всеки. Дефицит на лекарствата от комбинираната терапия никога не е имало. България сама произвеждаше туберкулостатици. Болните ги получаваха безплатно в диспансера. Активно се издирваха новозаболели. В диспансерите нямаше закупени от ГФ автомобили. Отчитаме билетите от обществен транспорт, които ни се възстановяваха след домашни посещения при болните.

S-то (от DOTS), т.е. „кратка“, не е по правилата на персонализираната медицина! С кратки курсове по-често виждаме големи остатъчни изменения, рецидивы, резистентност. Без

да докосваме темата за коморбидност, например за диабет с туберкулоза кратък срок е безумие!

Заболяванията и терапиите, които се съчетават с латентна туберкулозна инфекция [4], са: захарен диабет; бронхиална астма или ХОББ, лекувани с инхалаторни кортикостероиди; системни заболявания на съединителната тъкан и биологична терапия; биологична терапия за различна патология; болни на хемодиализа; HIV/СПИН; друга имunosупресия; лимфопролиферативни заболявания; неоплазии, цитостатици, белодробна хипертония при някои форми на туберкулоза; недохранване – като социален проблем или патология; трансплантации; алкохолизъм; наркозависимост и др.

От 2003 г. насам се закриват болници (тази на Кудоглу), диспансери и дейността вече не обхваща активно търсене и ранна диагноза (преди стадий на бацилоносителство). Туберкулозата се открива чрез обращаемост. Комбинирана терапия се осигурява трудно и по-често се заплаща; профилактиката и активното търсене на болните са забравени. Почти всички изследвания за туберкулоза се заплащат, много рядко са безплатни (особено в София). Лечението е проблем, особено с четворна комбинация. Болните търсят лекарствата, включително и в чужбина. По тези комплексни причини неизвестната туберкулоза е много и има опасност да расте резистентността.

За 7 години (2011–2018 г.) в общинската Първа МБАЛ – София, от ТБК се разболяха 3-ма: лекар, рентгенов лаборант и медицинска сестра. За 28 години (1975-2003) в УМБАЛ по белодробни болести "Св. София" с Клиника по туберкулоза се разболяха 2-ма, т.е. нараства епидемичният риск. На фона на неизвестната туберкулоза работна позиция в здравно заведение е високорискова.

Преди месеци наш колега от I МБАЛ загуби брат си (под 50-годишна възраст), защото никъде не може да му осигури кислород и венозно вливания туберкулозостатици. Хоспитализация на такъв туберкулозно болен е проблем. Но се събира опит по нова платена програма „Извънболнично лечение на

туберкулоза”. Правили сме го и ще се прави, но с покриване на критерии. Подходящите болни се определят от рутиниран специалист. Защото иначе болни, нуждаещи се от венозни туберкулостатици и реанимация, ще бъдат отклонявани от лечебните заведения. Извънболнично лечение на туберкулозата се прилага при липса на бацилоносителство в обществото. У нас има около 1 милион здравно неосигурени, предстои да идват работници от страни с висока честота на резистентна туберкулоза. А изследванията на проф. Раданов доказаха, че у нас за 1 година 1 неоткрит бацилоносител заразява поне 10 здрави лица. Това е преди десетки години, а как е сега?

За болния продължителното приемане на много лекарства, липсата на социални контакти и работа е тежко изпитание. Мотивират се образованите – изследват се и се лекуват. Но беден, неосигурен или този, който не осъзнава сериозната болест, често разчита на заболяването, за да получава пари, но без да приема лекарства! Накрая умира, оставяйки след себе си големи огнища на зараза. Очакването „да се открива туберкулоза чрез обратна обръщаемост” с такъв болен е неуспех. Активно издирване и принудително лечение – подход, непонятен за ГФ, но отработван десетилетия у нас. Имаше и времена, когато специалист, държава, болни работеха в синхрон за ограничаване на туберкулозната епидемия в България. Защото болестта може да е за цял живот, нетрудоспособността е продължителна, лечението е трудно и бавно, болестта обхваща контактните...

Професионалните сътресения от т.нар. „реформи” бяха с фатални лични последици за потърпевшите и семействата им... Особено мъчително бе закриването на Белодробната болница в Пловдив, дарение от Кудоглу. Туберкулозата погубва част от близките на известния българин и той дарява: болница за болни от туберкулоза заедно с около 20 дка земя за парк; сграда за диспансер и др. Болницата се закри, въпреки упоритата съпротива от страна на специалистите, които се разпръснаха извън града, а 3-ма от тях – извън страната. Където и да работи български пневмофтизиатър,

той е успешен. Трудната, но интересна специалност (съчетаваща познания по клиника, функционална и ендоскопска диагноза, микробиология, образна диагностика, морфология, биохимия и т.н.) беше изграждана от добра школа и добра база за специализация. Скромният състав на ГФ за България не защити важна база – дарение, и дефицитни специалисти. А беше достижимо, защото когато през 2018 г. Белодробната болница във Велинград щеше да бъде приватизирана, белодробни специалисти от страната я подкрепиха и засега тя остава за белодробно болните. Активната гражданска позиция свърши работа.

Специалността пневмология и фтизиатрия се сви само до пулмология. 15 години „преподаване”, обвързано с ГФ, не предвиди студенти и специализанти да опознаят нашата добре структурирана система, макар и „окастрена”. Не се направиха усилия да бъдат мотивирани млади хора да работят по проблема. Напротив – и малкото кандидати за работа в Клиника по туберкулоза – упорито ги отклоняваха или ги стимулираха да напуснат. Лекарите не се занимават и не знаят фтизиатрия. В МУ – Пловдив, програмата за студенти в раздел „Туберкулоза” е подробна и добра за разлика от тази в МУ – София. Защото „уникално” незаменим преподавател по туберкулоза, „уникално” съчетаващ дългосрочен консултант на ГФ/СЗО, Началник клиника по туберкулоза, републикански консултант, преподавател, не успя да обучи за страната български кадри, по български правила и учебници ...

ГФ/СЗО завърши своите програми у нас, от 2019 г. няма да има финансиране. Краен резултат: отчитана честота – около 20/100 хиляди, но само при здравноосигурени. Няма активно търсене в рискови групи от населението; няма профилактично направление в специализирани заведения. Има много здравно неосигурени, при които от десетилетия не е изследвана честота на туберкулозата. Малко лекари разпознават заболяването и не са подготвени да се занимават с проблема. Няма лекарства за четворна комбинация дори срещу заплащане. Диагнозата струва пари, които трудно се

отделят от нуждаещите се... Поводи за песимизъм: неточна епидемиология, липса на специалисти, липса на достъп до диагноза на потенциално болни, липса на лекарства.

Основно постижение за страната от ГФ е Референтна лаборатория по туберкулоза и снабдяване на специализираните заведения с апарати за експресна PCR – диагноза, отчитаща резистентност към рифампицин. За съжаление, изследването се заплаща от болните и струва скъпо. Като мислещи хора да потърсим отговор на въпроса: Какво ни дадоха и какво ни отнеха DOTS и ГФ?

Ако има защо – да възстановим бавно и мъчително старите начини, опазвайки полезното, което е [4]:

- Възстановяване истинската дейност на Експертен съвет по туберкулоза (може в разширен състав) и системно обсъждане на предлаганите програми от СЗО.
- Да се предвиди 2-месечно обучение в пневмофтизиатричен диспансер на специализанти по белодробни болести, а за студенти > 3 упражнения.
- Да се възстановят безплатната диагностика и лечение на туберкулозата за всички здравноосигурени, както и ритмичното снабдяване с медикаментите за четворната комбинация.
- Неосигурените да се скринират за туберкулоза не само при доказан фамилен контакт, както е сега. Да се търсят начини за финансиране на диагноза, лечение и профилактика при неплатежоспособните.
- Възстановяване дейността на поне един от бившите санаториуми за туберкулозно болни.
- Съвместно с рутинирани епидемиолози да се прави етапно, по общини, пилотно изследване на рискови групи за намиране на неизвестната туберкулоза и да се изчисли риск от заболяване в България.

- Възстановяване ежегодните доклади за епидемиологията на туберкулозата у нас, които да се публикуват системно.
- В момента усилено се разработват 22 нови комбинирани кандидат-ваксини, за да се замести старата ваксина. С най-голям шанс е съчетаната с CMV (цитомегаловирус) ваксина. Необходими са доказателства дали нашата ваксина остава актуална.
- Акцентът върху профилактиката задължава кандидатите за работа в хранителни и детски заведения да получат от лекарите реални медицински свидетелства, че е изключена туберкулоза и това да бъде под строг контрол на държавата.

С колеги преподаватели издадохме „Туберкулоза в клиничната практика”, където описахме автентични форми на извънбелодробна туберкулоза от нашата практика. Книгата дарихме и на ромски отговорници по проблема туберкулоза, и на всеки участник в Конгрес по белодробни болести. За наше удовлетворение специалистите в страната все още я имат и четат. Знаеш ли достатъчно, е невъзможно да печелиш (по който и да е начин) от туберкулоза. Кой и как контролира използването на средства от ГФ/СЗО, предназначени за туберкулоза?

Преди години се опитахме да запазим функцията на полезно лечебно заведение – Диспансерното отделение към УМБАЛ ”Св. София”, съчетаващо: диагноза, лечение, наблюдение и профилактика. Ако имаше добра воля да се съхрани постигнатото в страната, би следвало този диспансер да се запази. Но „затварянето” започна от него, а диспансерите в София бяха б! Явно редукция се налагаше, но защо започна от Университетска болница? „Реформаторите” ни убеждаваха, че не може да се съчетава доболнична и болнична помощ, даже в звена с преподаване. Така загубихме и работа, която харесвахме, и отделението. Е, 15 години по-късно Градският пневмофтизиатричен диспансер бе преместен във II МБАЛ, т.е. има начин да съчетаят двете дейности.

След 15 години с DOTS диспансери (но с друго име) все още има. Различни български министри разбираха важността на проблема, например проф. Гайдарски. През 2018 г. надвисна опасност от закриване при местене на Градския пневмофтизиатричен диспансер в София. Вероятно помогна специалист по белодробни болести – заместник-министър. Дано това не е последната добра новина...

Библиография

1. Pneumo Update Europe: 2016, 2017, 2018.
2. Center for Diseases Control and Prevention: Screening for Tuberculosis and Tuberculosis Infection in High-risk Population...
3. Туберкулоза в клиничната практика. Под ред. на Зл. Янкова, Международен институт по здравеопазване и здравно осигуряване. 2012, 162 с.
4. Седми конгрес на Българското дружество по белодробни болести, Варна, 18-21 окт., 2018 г.

*Доц. д-р Зл. Янкова,
Началник на Вътрешна клиника I МБАЛ – София,
бивш член на Експертен съвет по туберкулоза,
бивш Завеждащ диспансерно отделение*