

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ИТАЛИИ В НАЧАЛЕ 3-ГО МИЛЛЕНИУМА

Франко де Роза

И Римский медицинский университет Ла Сапиенза, Италия

Infectious diseases in Italy in the beginning of the third Millennium

Franco de Rosa

I Roman medical university La Sapienza, Italy

Проблема инфекционных заболеваний изучает динамические связи между человеком и инфекциями. Эти отношения возникли одновременно с появлением человека на земле, проявляются уже во время беременности и заканчиваются с уходом человека из жизни. Инфекционные болезни способствовали возникновению эпидемий и воздействовали на развитие различных популяций в мире. Можно привести в качестве примера оспу, которая была импортирована случайно или завезена умышленно с целью уничтожения целых популяций на юге и севере Америки. Численность населения в мире быстро увеличивалась, когда инфекции были под контролем прививок и лекарств. Инфекционные заболевания сказали свое слово и во время военных действий. Всем известно, что возникновение эпидемий в военных лагерях воюющих сторон часто было причиной поражения. Для возникновения этих эпидемий на территорию противника часто забрасывали трупы или одежду инфицированных.

Хочу вспомнить один пример из нашей истории инфекционных болезней. В Крымской войне в 1854 г. принимало участие королевство Пьемонт, в сражении на Черной речке погибли 14 солдат, в то время как от холеры умерло около 2000 военных. Все также знают, что большинство солдат Наполеона умерло в России от брюшного тифа, дизентерии и амебиаза.

С клинической точки зрения большинство возбудителей инфекционных болезней могут нанести удар по разным органам человека. Поэтому говоря о дисциплине «Инфекционные заболевания», мы не говорим об инфекционных болезнях какого-то отдельного органа или аппарата. Из этого следует, что инфекционист должен иметь широкие семиологические и физиопатологические знания, чтобы обладать возможностью поставить точно разные диагнозы: сепсис; инфекции мозга, аппарата дыхания или кардио-сосудистой системы, печени, желчных протоков, пищеварительного аппарата, кожи и мягких тканей, опорно-двигательного и репродуктивного аппарата; сыпные и паразитарные

болезни; болезни путешественников и иммигрантов и т.д.

Опытный врач может легко поставить диагноз эндемического заболевания в своем регионе. Врачу сложно поставить диагноз, если он встречается с новой клинической картиной и не может быстро уточнить все симптомы. (Со мной это случилось, когда я впервые встретил больного с инвазией *Strongiloides stercoralis*.) Существуют такие болезни, как малярия, которые показывают разную клиническую картину, что тоже может ввести в заблуждение опытного врача: я могу сказать, что хороший клиницист распознает редкие симптомы часто встречающихся в регионе болезней или распознает редкую болезнь в обычной клинической картине. Очень легко перечислить эти принципы, но сложно соблюдать в практике. Поэтому мы говорим, что хороший клиницист тот, кто ошибается меньше других.

Особенно характерна для инфекционных заболеваний мутация некоторых возбудителей, как, например, вируса гриппа, поскольку меняются условия окружающей среды в каждой стране.

Я начал свою деятельность инфекциониста в 1960-х гг. В это время отделение было переполнено заболевшими брюшным тифом. И мы, молодые врачи, быстро распознавали типичную клиническую картину, ставили диагноз, назначали анализы и лечение. В 1970-х гг. отделения были полны больными с вирусными гепатитами, что было связано с ухудшением социального положения, употреблением наркотиков внутривенно и ростом сексуальной свободы среди населения, особенно среди молодежи. Иными словами, мы рассматриваем возникновение и распространение болезней в связи с социальным поведением. В 1980-х гг. был всплеск заболеваемости ВИЧ-инфекцией, что являлось типичным примером связи образа жизни и распространения инфекции.

Наряду с перечисленными инфекциями, наблюдались и другие инфекционные болезни: менингит, пневмония, сепсис, сальмонеллез, корь и т.д. Конечно, следует принять во внимание влия-

ние различных прививок на население в целом и на такие ограниченные популяции, как военноразрушающие, которым делаются прививки против менингококков и других возбудителей.

С изменением эпидемиологической ситуации в стране было связано и изменение числа коек для инфекционных больных в университетском госпитале, где я работал. В начале 1950-х гг. было 400 коек, сейчас — 50. Исчезли многие нозологические формы: брюшной тиф и бруцеллез, снизились — гепатит В, корь и т.д. Возрастали другие, привезенные инфекции, такие как амебиаз, который я встретил впервые 30 лет назад, и появлялись новые проблемы — инфекции после трансплантации, хирургических операций, химиотерапии, госпитальные инфекции и т.д.

Можно подумать, что снижение количества коек уменьшило работу инфекциониста. Но это не так. Раньше у нас работа была довольно однообразна, к примеру, осматривали десять и более больных с брюшным тифом, а сегодня каждый больной, например со СПИД или инфекцией после трансплантации костного мозга, представляет большую проблему для диагностики и лечения.

Сегодня, как и раньше, инфекционные болезни имеют характерные связи с возбудителями. Поэтому мы можем установить этиологию болезни, правильно используя бактериологический, вирусологический, паразитологический и иммунологический анализы. Установить этиологию означает правильно выбрать этиотропную терапию.

Предшествующее поколение было свидетелем чуда терапии антибиотиками. Мне удалось говорить с коллегой, который впервые использовал пенициллин в 1944 г., полученный от американских военных врачей, для лечения менингококкового менингита у ребенка. Этот коллега вместе с другим оставался всю ночь рядом с больным ребенком и по прошествии многих лет со слезами на глазах говорил мне: «Мы видели чудо. Жизненная энергия вернулась в маленькое страдающее тело. На следующее утро ребенок попросил молока. Мать смотрела на нас с волнением и недоверием, казалось, что она не верила своим глазам».

Использование пенициллина немедленно вызвало резистентность к антибиотикам. И после каждой победы химиоантибиотикотерапии при обнаружении новых молекул возникали проблемы резистентности и мы иногда испытывали горькие поражения.

Наше поколение пережило горький опыт пандемии ВИЧ-инфекции. Когда человек покорил космос и в медицине мы гордились новыми успехами в диагностике и терапии многих патологий, новая инфекция подчеркнула ограниченность наших сил и средств медицины.

Мы, инфекционисты, принимали в наших клиниках и больницах больных СПИДом, помогали им

с любовью, дали им ту поддержку и сострадание, в которых им отказало общество. Очевидно, это было вызвано предрассудками, чувством страха, тревоги, обиды и даже осуждением. Мы дали больным уверенность, что они не одиноки, что не остались без помощи и что мы вместе с ними переживали их тяжелое положение. Наше поколение видело противоретровирусные лекарства. Благодаря капиталовложениям крупных фирм мы сейчас используем новые лекарства, с новыми проблемами и осложнениями и, одновременно, с большими преимуществами. Сегодня больные потеряли большинство отличительных признаков болезни и ведут нормальную жизнь на протяжении многих лет. Уместно подчеркнуть, что на съездах мы часто слышим постоянную ошибку, когда докладчики говорят о резистентности вместо нечувствительности к противоретровирусным препаратам. На самом деле надо точно понимать, что нечувствительные мутации вируса могут возникать как до, во время, так и после специфической терапии. Это значит, что деятельность репликации внутри клетки увеличивает нечувствительную мутацию, вот почему репликация не чувствует наличие лекарства и не выполняет никакой резистентности в собственном смысле слова.

Аналогичная ситуация наблюдалась с гепатитами В и С.

Следует подчеркнуть и учесть, что ВИЧ-инфекция и другие инфекции имеют равное социальное значение и должны лечиться в инфекционных клиниках, где больным будут произведены правильная диагностика и они получат этиотропные лекарства.

Инфекционисты должны иметь широкое образование, т.к. клинические картины для разных органов и аппаратов могут отличаться. Клиницист-инфекционист использует точную методологию, применяя:

- внимательное эпидемиологическое исследование,
- аккуратный анамнез,
- тщательное медицинское обследование,
- продуманный выбор анализов,
- продуманное использование инструментальных исследований,
- критическую оценку анализов и инструментальных исследований,
- откровенную консультацию со специалистами по другим дисциплинам,
- точную индивидуализацию этиотропной терапии.

Уже в 1976 г. я установил некоторые основные принципы терапии инфекционных заболеваний:

- выбор этиотропного лечения: одно лекарство или ассоциация,
- уточнение доз и продолжительности лечения,
- точная оценка результатов,
- предупреждение побочных эффектов,

— предупреждение резистентности к антибиотикам.

Эти принципы актуальны и сегодня. Их надо расширить и адаптировать к современным лекарствам против вирусов, грибов и паразитов, поскольку инфекционист компетентен выписывать разные этиотропные препараты. В Италии инфекционисты имеют монополию прописывать все лекарства против инфекций, включая средства, не включенные в списки Министерства здравоохранения, т.к. врач-инфекционист может затребовать иностранные лекарства. Для этих целей инфекционисты часто используют аптеку Ватикана, которая может быстро получить лекарство из любой страны мира. В Италии инфекционисты принимают участие в работе комитетов по контролю за чувствительностью и резистентностью к этиотропным лекарствам и по контролю госпитальных инфекций. Необходимо изучать современные важные аспекты эпидемиологии и терапии, поскольку через клиники, поликлиники, амбулатории резистентные штаммы могут распространяться среди населения.

Все это вместе показывает, как важно дать молодым специалистам оптимальное образование. Специализация в Европе продолжается 5 лет. Первые два года выпускник проходит специализацию в различных областях медицины: общая медицина, кардиология, ревматология, гастроэнтерология и т. д. Затем три года специализируется в инфекционных заболеваниях в отделениях поликлиник, амбулаторий и со старшими коллегами принимает участие в консультациях в других отделениях. Одновременно выпускник слушает лекции, принимает участие в научных семинарах по разным дисциплинам.

Большой ошибкой будет, если молодой врач работает только в одной структуре, копируя каждый день трансаминазы или число лимфоцитов, или осматривая одну патологию (например, половые инфекции).

Улучшение окружающей среды и социального положения в Италии изменили эпидемиологию разных болезней. Надо отметить плодотворное влияние обязательных прививок против полиомиелита, столбняка, дифтерии, коклюша, гепатита В и рекомендованных прививок против пневмококков, менингококков, кори, паротита, краснухи, гемофильной палочки, ветряной оспы. В Италии работают разные региональные календари прививок.

Помощь инфекционным больным предоставляется на всей территории Италии. У нас насчитывается 30 университетских клиник и более 100 больниц. Каждая структура имеет отделения, поликли-

ники и амбулатории, количество которых зависит от местных патологий. Только сифилисом традиционно занимаются дерматологи.

Один пример: только одна кафедра инфекционных болезней, работающая в структуре, которая насчитывает 1500 коек, имеет отделение на 30 коек, поликлинику, амбулатории для ВИЧ, вирусных гепатитов, половых инфекций, инфекций иммигрантов и разных других инфекций. Очень важным является подразделение для оказания консультативной помощи, его работу координирует профессор, заместитель начальника кафедры инфекционных болезней. Каждый год проводится около 1500 официальных консультаций и тысячи консультаций по телефону и т.д.

Ситуация с инфекционными болезнями в Италии отличается от других стран, современное эпидемиологическое положение в которых напоминает Италию 50 лет назад. Следует отметить, что в этих странах организованы современные хирургические, онкологические, онкогематологические, трансплантационные и другие структуры, а поэтому существуют и современные проблемы инфекционных заболеваний. Если консультацию оказывает традиционный инфекционист без современной компетенции, неизбежно, что другие специалисты сами вынуждены заниматься проблемами инфекций по своей специализации. Некоторые инфекционисты поощряют эту ситуацию, т.к. у них достаточно работы и с традиционными болезнями, и для занятий эпидемиологией. Это снижает полноту и важность инфекционных заболеваний как дисциплины. Каждый инфекционист должен заниматься всеми проблемами инфекционных болезней, поскольку он должен сохранить и расширить дисциплину и сохранить место работы для молодых врачей.

Мы видели в Италии похожие проблемы. Эпидемия ВИЧ-инфекции в некоторых городах вызвала ситуацию, когда в больницах и клиниках размещали только больных СПИДом. А когда современные лекарства снизили число больных в стационарах, эти структуры захотели принимать больных от других специалистов, которые им отказали (кардиолог хотел лечить эндокардит, пульмонолог — пневмонии, гастроэнтеролог — гепатиты и т.д.).

В заключении хочу еще раз повторить то, что было сказано в начале: инфекционные болезни как дисциплина занимаются изучением динамических связей между человеком и инфекцией на протяжении всей его жизни и инфекционист отвечает за постановку диагноза, лечение и предупреждение всех инфекций каждого органа и системы.

Автор:

Франко де Роза — заведующий кафедрой инфекционных болезней 1-го Римского медицинского университета Ла Сапиенза (Италия), действительный иностранный член РАМН, профессор.