

## End-TB!

– Ирина Анатольевна, казалось бы, совсем недавно одно из партнёрских общественных движений с некоторой осторожностью провозглашало «Stop-TB!», но теперь появился ещё более смелый слоган стратегии «Положить конец эпидемии туберкулёза» – «End-TB». Есть повод для оптимизма?

– Действительно, на недавней очередной сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения всеми государствами-членами (в числе которых и Россия) была принята глобальная стратегия по элиминации туберкулёза. Разработала её ВОЗ на период после 2015 г. Напомню, что общая цель стратегии в том, чтобы положить конец глобальной эпидемии, предусматривая достижение к 2035 г. целевых показателей снижения смертности от туберкулёза на 95% и заболеваемости на 90% (по сравнению с 2015 г.).

Вы спрашиваете, есть ли повод для оптимизма? Выполняя задачу Правительства РФ об улучшении демографической ситуации, повышении качества и доступности медицинской помощи, Минздрав России проводит мониторинг реализации планов субъектов Федерации по снижению смертности от основных причин. Определено 7 нозологий (в том числе туберкулёз), от которых наиболее часто умирают больные, и установлены целевые показатели по сохранённым жизням с внесением своевременных предложений по их корректировке. Прежде всего, это касается активизации работы по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний, повышения эффективности диспансерного наблюдения, повышения приверженности к лечению и т.д. Но и наша патология также под пристальным контролем специалистов при широком спектре мероприятий как сугубо медицинских, так и социальных, организационных и т.д.

Надо отметить, что смертность от туберкулёза у нас постоянно снижалась, нам нужно было только повысить качество этой работы. В 2014 г. умерло 10,1 на 100 тыс. населения, а в 2015 г., по предварительным расчётам, – 9,0. Как видите, снижение показателя смертности составило 10%. Благодаря реализации целого комплекса мер во всех субъектах РФ в прошлом году нам удалось сохранить гораздо больше жизней наших пациентов, чем в предыдущие годы.

Такое пожелание предусмотрено стратегией ВОЗ, которая отмечает слишком медленное снижение эпидпоказателей. Вот если бы в мире ежегодное снижение составляло 10%, мы бы значительно быстрее элиминировали туберкулёз. Наша страна показала, что это возможно, прежде подобных прецедентов не было.

Конечно, нечто подобное случилось в странах Европы в 60-70-е годы XX века при появлении первых противотуберкулёзных препаратов. Тогда это стало революционным событием: в арсенале врачей появилась возможность непосредственно и эффективно воздействовать на палочку Коха. Однако в последние 20-30 лет ничего похожего не отмечалось нигде: мы первыми продемонстрировали миру такое достижение.

## В начале пути

– Думается, уместно напомнить, как ещё в 90-е годы прошлого века болезнь бушевала в нашей стране. Благодаря чему удалось её обуздать?

– Все фтизиатры действительно хорошо помнят, что в 90-е годы у нас был всплеск эпидпоказателей по туберкулёзу, заболеваемости и смертности взметнулись в 3 раза. Однако в конце 90-х – начале 2000-х Правительство РФ, Минздрав России стали предпринимать активные меры по изменению ситуации, были утверждены целевые программы, направленные на то, чтобы повернуть печальную тенденцию вспять.

При нынешнем прогрессе медицинской науки и фармацевтики вполне логично предположить, что ситуация с туберкулёзом в мире из года в год должна улучшаться. Ан нет. Несмотря на усилия специалистов и поддержку со стороны многих государств, тревога в отношении этого заболевания повсеместно не ослабевает. На более «говорящими» здесь оказываются цифры. До сих пор на земном шаре ежегодно туберкулёзом заболевают свыше 9,5 млн человек. Особенно настораживает, что почти полмиллиона случаев – это туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) к препаратам, который с трудом поддаётся лечению. Наряду с ВИЧ-инфекцией туберкулёз является второй по опасности инфекцией. 1,2 млн в год – такова статистика новых случаев туберкулёза в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Как ни прискорбно, однако эта страшная напасть ежегодно продолжает уносить жизни 1,5 млн человек, 400 тыс. из которых – больные сочетанной туберкулёзной и ВИЧ-инфекцией.

В течение нескольких десятилетий доля России в эту печальную статистику была довольно высокой. Наша страна была включена в число 22 стран мира с высоким бременем туберкулёза.

Тем не менее, в последнее время ситуация стала меняться. Всё чаще говорится о снижении эпидпоказателей по туберкулёзу. О современных тенденциях в элиминации туберкулёзной инфекции мы попросили рассказать главного фтизиатра Минздрава России, эксперта ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президента Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России, доктора медицинских наук, профессора Ирину ВАСИЛЬЕВУ.



## Беседы с главными специалистами

# Туберкулёз: полный назад!

## В одолении смертоносной инфекции наконец-то начали сказываться плоды усилий прошлых лет

Напомню, что туберкулёз – это инфекция «медленная». Начиная действовать сегодня, результат мы получаем не сразу, а отсроченно. Такова природа этого особенного заболевания. Поэтому меры, принятые тогда, дали результат лишь к 2010 г., когда мы ощутили заметное снижение эпидпоказателей.

## Усилить профилактическое обследование

– На чём следует сосредоточить внимание, чтобы нанести мощный удар по палочке Коха?

– Необходимо продолжить использовать собственный богатейший опыт противотуберкулёзной работы с привлечением лучших мировых практик. В разных регионах ситуация очень различна – в Центральной России она относительно благоприятная, а на Урале, Дальнем Востоке, в Сибири, Крыму необходимы более усиленные меры.

С этой целью мы разработали план организационных мероприятий, которые, на наш взгляд, позволили бы сконцентрироваться на особо важных проблемах, с тем чтобы ударить по болевым точкам. Мы понимаем, что та же смертность в первую очередь зависит от своевременного выявления заболевания. Если туберкулёз рано выявили, адекватно провели лечение – исход, как правило, благоприятный.

Анализ показывает, что флюорография в стране организуется эффективно, да вот беда – традиционно она хорошо проводится среди организованных контингентов, то есть социально благополучных людей. А неорганизованный контингент, социально дезадаптированный привлеч к обследованию гораздо сложнее. Именно эта категория попадает в группу риска, не обследуется, поэтому у её представителей туберкулёз выявляется зачастую патологоанатомом на секционном столе либо на самых крайних стадиях – терминальных, когда помочь бывает уже крайне проблематично.

Вот почему самая насущная задача – усилить работу именно в таких социальных группах по привлечению их к профосмотру. Это же касается контингентов психиатрической и наркологической

служб, которые также в группе риска. Вне сомнения, задача непростая и одним только фтизиатром она не по плечу. В выявлении и освидетельствовании таких людей нужно шире опираться на межведомственное взаимодействие органов здравоохранения, социальной защиты, Управления внутренних дел регионов и т.д. В субъектах сформированы межведомственные комиссии. Надеясь, в 2016 г. их работа получит развитие.

## В зоне особого внимания

– Туберкулёз, ассоциированный с ВИЧ, зримо утяжеляет ситуацию. Какая работа ведётся по проведению химиопрофилактики туберкулёза и обследованию на это заболевание ВИЧ-инфицированных?

– Профилактика туберкулёза среди лиц, которые наиболее подвержены этому заболеванию, – очень важное направление нашей деятельности. Статистика свидетельствует, что количество таких больных пока нарастает. Во всём мире принята стратегия специфической профилактики с помощью противотуберкулёзных препаратов. Мы этим только начали заниматься. Для этого провели согласование с Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, врачами-инфекционистами, разработали инструкцию по химиопрофилактике. Но, к сожалению, пока химиопрофилактикой охвачен небольшой контингент ВИЧ-инфицированных, а охватить их следует максимально.

Реальное зло всему миру представляет МЛУ-ТБ. В этой связи важно как можно раньше выявлять туберкулёз вообще и МЛУ-ТБ в частности. Чем раньше мы поймём, что у больного устойчивый возбудитель, тем скорее начнём правильное лечение. В этом направлении наши усилия устремлены на улучшение лабораторной диагностики заболевания, внедрение новых ускоренных технологий выявления лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий. Мы способствуем тому, чтобы лаборатории в регионах оснащались современным оборудованием, врачи лабораторной службы прошли соответствующие обучающие

курсы, а фтизиатры были обучены тому, как интерпретировать данные современных методов исследования и по этим данным назначать адекватное лечение.

Для проведения адекватного лечения важно своевременное обеспечение противотуберкулёзными препаратами. Сегодня за это отвечают региональные власти, тем не менее, учитывая, что туберкулёз – это острая медико-социальная проблема, государство не остаётся в стороне и также помогает. На протяжении последних лет все регионы получают так называемые межбюджетные трансферты на покупку дорогостоящих препаратов для лечения МЛУ-ТБ. Совсем недавно мы представили усовершенствованную электронную систему подсчёта потребностей лекарственных препаратов, что позволит территориям оперативно реагировать на изменения эпидемиологической ситуации, обеспечивая непрерывное лечение пациентов. Такие меры помогают не допускать неадекватного планирования лекарственного обеспечения.

– Насколько часто ещё встречаются отказ или отрыв больных от лечения?

– Вы коснулись очень значимой темы повышения приверженности больных к лечению. Общеизвестно, что туберкулёз лечится долго. Самый короткий период – 6 месяцев. В тех случаях, когда больной заразился МЛУ-ТБ, лечение может растягиваться до 2-х и более лет. И все эти годы он обязан принимать большое количество препаратов. Далеко не все выдерживают длительный курс лечения. А это важно, ведь если процесс прервётся и человек не долечится, болезнь возвращается в более тяжёлой форме и с более широким спектром устойчивости, что осложняет терапию и делает её гораздо затратнее.

В мире существует практика контролируемого лечения, то есть обязательный приём противотуберкулёзных препаратов в присутствии медицинского персонала или социальных работников. Поэтому мы предложили регионам разработать программы по приверженности больных к лечению. Опыт пилотных территорий показал, что очень хорошо себя зарекомендовали

меры по социальной поддержке и развитию стационарозамещающих технологий, например, дневных стационаров. Такая практика налажена во многих регионах, и мы стимулируем развитие подобных программ.

## Плюс интенсификация научных изысканий

– Какое направление представляется вам наиболее актуальным сегодня?

– В амбициозных целях ВОЗ по элиминации туберкулёза определены 3 основных столпа, на которых должна основываться стратегия борьбы с туберкулёзом в мире. Одним из таких столпов является интенсификация научных исследований. Поэтому нам нужно незамедлительно пересмотреть свои подходы к проведению научных исследований и консолидировать усилия всех научных центров и институтов страны. Мы должны перестроить свою работу на более эффективную, выбрать те научные направления, которые наиболее перспективны и способны дать конкретный результат.

Кстати сказать, учитывая имеющиеся наработки наших учёных, Россия недавно получила предложение ВОЗ стать центром фтизиатрической науки, чтобы выступать в качестве примера и ориентира другим странам. Теперь мы должны перестроиться, пересмотреть свои подходы в научной сфере и действовать более решительно и эффективно.

В этом мы рассчитываем на потенциал молодёжи, без которой нет достойного развития. Но сначала свежие силы необходимо подготовить, научить работать в правильном направлении. Бесспорно, благотворную роль в этом играет проводимый РОФ/АФР конкурс «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века», который стал уже, можно сказать, традиционным. В последние годы сформировалось ошибочное и нездоровое мнение, дескать, молодым во фтизиатрии неинтересно. На самом деле, с точки зрения научных исследований – это самая интересная модель изучения каких-либо процессов и огромный простор для научных изысканий. Поэтому мы всемерно приветствуем молодёжь.

– Каков вклад возглавляемого вами РОФ/АФР в общую работу?

– Общество фтизиатров существует не одно десятилетие. Основная наша задача и роль – это консолидация всего фтизиатрического сообщества. В 2015 г. состоялся очередной съезд фтизиатров, на котором присутствовали делегаты из всех регионов. Он стал знаковым событием, которое позволило коллегам обменяться мнениями, сплотиться, определить пути дальнейшего развития фтизиатрслужбы.

Хочу подчеркнуть, что фтизиатры – это особая каста. Случайные люди в наших рядах не задерживаются. Работа фтизиатра требует особого внимания и сострадания к наиболее социально незащищённым людям, которых среди наших пациентов большинство, ведь туберкулёз носит выраженный социальный окрас. Безусловно, болезнь налагает свой негативный отпечаток, в том числе и на психологию человека, поэтому фтизиатр должен быть во многом психологом, проявлять внимание и терпение к людям.

Этому учили нас наши учителя, в частности, мой наставник академик РАМН А.Хоменко, создатель научной и организационной школы, которую, к огорчению, мы в последнее время во многом растеряли. В своё время Александр Григорьевич был флагманом фтизиатрической науки, но и сегодня его авторитет высок во всём мире. Он многому научил меня, сформировал моё отношение к фтизиатрии. Поэтому надо возрождать и развивать традиции отечественной фтизиатрической службы, в чём, собственно, я вижу свою миссию.

Беседу вёл Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.