

Многосекторальный  
подход

– Ирина Анатольевна, я помню хлесткие обвинения 90-х и нулевых годов, дескать, наша страна является источником инфекции, более того: «Россия – рассадник туберкулёза». Что и как меняется со временем?

– Туберкулёз в нашей стране всегда был в числе приоритетов. В новейшей истории борьба с ним получила государственную поддержку конце 90-х – начале 2000-х годов, когда он обозначился в качестве острой медико-социальной проблемы. С того момента, несмотря на наши успехи, этот приоритет сохраняется. Вот почему мы столь существенно продвинулись вперёд в борьбе с ним, и на нас ныне ориентируется весь мир. Мы стали признанными мировыми лидерами по темпам ликвидации туберкулёза и имеем наиболее выраженное снижение показателей: заболеваемости примерно на 10%, смертности – на 12-15%. Таковы данные Глобального отчёта ВОЗ 2019 г. Если сравнить наши темпы с мировыми и европейскими, то там снижение составляет всего 1,5% по смертности и 0,5% по заболеваемости.

Проблема туберкулёза в приоритетах руководства нашего государства, Правительства РФ, Минздрава России. Это подтвердил Президент РФ Владимир Путин на прошедшей в 2017 г. Первой глобальной министерской конференции ВОЗ «Туберкулёз в эпоху реализации Целей устойчивого развития. Многосекторальный подход». Он подчеркнул, что мы можем противодействовать угрозе, которая носит глобальный характер, и многого достигли в борьбе с серьёзной опасностью для здоровья людей во всём мире.

Почему сегодня, в XXI веке, мы говорим о туберкулёзе? Вы напомнили об истории, хоть и недалёкой. Давайте вспомним пройденное. До конца 40-х годов прошлого столетия туберкулёз считался неизлечимым заболеванием. Если люди заболели, был небольшой процент самоизлечения (не больше 5), но вообще-то это была смертельная болезнь.

В 1940-е годы появились первые антибактериальные препараты, поэтому 50-60-е годы характеризовались бурным развитием фтизиатрии во всём мире. Появились схемы лечения, понимание, как лечить людей. Пациенты стали выздоравливать. Туберкулёз стремительно пошёл на убыль. Мировая медицинская элита уже мечтала о полном искоренении заболевания, и к 70-80-м годам все успокоились в этой уверенности.

В нашей стране 1990 г. был наилучшим временем за весь советский период, когда эпидпоказатели были минимальными. Однако в конце века туберкулёз наоборот поднял голову, начал стремительный рост, что было связано с распадом СССР, перебоями финансирования, потерей контроля над инфекцией. Показатели взметнулись аж в три раза: заболеваемости – с 34,2 до 90 случаев на 100 тыс. населения, смертности – с 7,7 до 22,6. Этот процесс совпал с тем, что в отдельных точках планеты (Китай, США) возникли очаги лекарственно-устойчивого туберкулёза. Микобактерия мутировала, возникли очаги инфекции туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В США ширилось распространение ВИЧ-инфекции. Именно у этой категории пациентов были обнаружены штаммы с лекарственной устойчивостью. Хотя заболеваемость прежде всего вызывается инфекционным агентом (микобактерией туберкулёза), её рост связывают с социальными потрясениями, во-

## Из первых уст

Уверенным  
«шагом снижения»

Россия на пути противодействия туберкулёзной инфекции – одной из глобальных угроз человечеству

Туберкулёз по-прежнему являет собой глобальную угрозу человечеству. В мире свыше 10 млн человек сегодня болеют им, это одна из 10 ведущих причин смерти, в год погибают 1,3 млн человек. Болезнь уносит больше жизней, чем любая другая инфекция – гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, грипп и т.д. По оценкам экспертов, палочкой Коха инфицировано 26% людей, то есть память об инфекции в виде латентного туберкулёза имеют более четверти населения всего Земного шара.

Несмотря на то что современная эпидемиологическая обстановка в мире характеризуется сложностью и высокой напряжённостью, в России последние годы отмечены значительными достижениями. Впервые за долгие годы смертность от туберкулёза низведена до «национального минимума». Фтизиатрическая служба традиционно получает поддержку со стороны государства.

А до этого была стагнация. Наша страна находилась среди аутсайдеров, или, как говорят англичане, «заднескамеечников». Показатели словно застыли на одном, достаточно высоком уровне. Снижение, вроде бы шло, но очень и очень медленными темпами. Сформировалось даже некое плато. В результате, в адрес РФ звучали выпады со стороны Организации Объединённых Наций, Всемирной организации здравоохранения, дескать, она недостаточно внимания уделяет туберкулёзной инфекции, служит барьером в борьбе с ней.

енными конфликтами, миграционными процессами и т.д. В начале 2000-х годов у нас было самое тяжёлое положение по туберкулёзу в новом столетии. Ситуацию усугубляли МЛУ-ТБ и туберкулёз у ВИЧ-инфицированных, бороться с чем очень проблематично. Несомненно, предпринимаемые Правительством и Минздравом России меры позволили стабилизировать ситуацию. И такая стагнация с незначительным снижением эпидпоказателей продолжалась десятилетие, вплоть до 2013 г. Поэтому нам предстояло действовать кардинальным образом.

В начале 2000-х годов ВОЗ составила список стран с высоким бременем туберкулёза, включавший вначале 22 государства (теперь 20), с наибольшим числом заболевших. В него вошла Россия.

Но наше положение улучшается. В 2013 г. в двадцатке самых проблемных стран мы занимали 13-е место, однако за последние 5 лет переместились на более благоприятную позицию – 20-е место, находясь тем самым на грани выхода из этого «чёрного» списка. Как только произойдёт очередной его пересмотр, РФ в нём не окажется. Таковы результаты нашей работы. Правда, от выхода из списка стран с высоким распространением МЛУ-ТБ мы пока далеки.

Достижения отечественной фтизиотерапии в мировом масштабе закреплены в Глобальном отчёте ВОЗ 2019 г. У нас охват быстрыми тестами лекарственной чувствительности микобактерии туберкулёза на момент установления диагноза достигает 73%, а в мире – 31%. То есть до начала лечения мы тестируем всех больных с бактериовыделением и затем проводим им таргетное, персонализированное лечение,

что закреплено в наших документах. Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию во всём мире составляет 64%, у нас – 95.

Практически всех пациентов мы тестируем и на множественную лекарственную устойчивость с применением современных молекулярных методов. В мире впервые выявленные тестируются в 46%, у нас в 88, ранее получавшие лечение (соответственно): 83 и 95%. И, конечно, все они получают лечение, в то время как в мире – 69%.

Для подсчёта заболевших ВОЗ использует такой показатель, как расчётное число больных туберкулёзом, численность которых устанавливается с помощью математических моделей. Затем эти цифры сравнивают с количеством зарегистрированных в каждой стране. И в этом мы передовая страна, потому что недоулавливаем только 1% больных, в то время как в мире 31%. А на Земном шаре 4 млн невыявленных людей с активным туберкулёзом! Сказываются традиции и преимущества отечественной фтизиатрической службы. Благодаря скринингу, профилактическим флюорографическим осмотрам мы выявляем пациентов прежде всего на ранних стадиях. Продолжаем это, несмотря на то что многие критикуют проведение флюорографии, но именно с помощью этих осмотров в 50% случаев мы выявляем заболевших с незаразными формами, когда эти люди ещё не представляют опасности для окружающих.

Поскольку с 2013 г. меры по борьбе с туберкулёзом в нашей стране усилены, полностью пересмотрен подход к противотуберкулёзным мероприятиям, результаты не замедлили сказаться, темпы снижения заболеваемости и смертности стали выраженными. Нынешний год не исключение.



Более выраженная позитивная динамика началась с приходом на должность главного фтизиатра Минздрава России Ирины ВАСИЛЬЕВОЙ. И вот уже на протяжении последнего 5-летия показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза идут уверенным «шагом снижения». Вскоре последовало признание международным сообществом, которое по достоинству оценило реальные успехи российской фтизиатрии, провозгласив нашу страну мировым лидером в преодолении фатальной инфекции.

В канун Всемирного дня борьбы с туберкулёзом, который медицинская общественность ежегодно отмечает 24 марта, директор Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президент Российского общества фтизиатров и Ассоциации фтизиатров, доктор медицинских наук, профессор И. Васильева любезно согласилась дать интервью «МГ».

Ирина Анатольевна демонстрирует мне на мониторе слайд за слайдом, где отражены достижения наших фтизиатров. Сегодня климатологи прогнозируют нам комфортное «малиновое лето», я же смотрю на выкрашенную в жизнеутверждающий зелёный цвет надежды диаграмму с ярко выраженными тенденциями снижения эпидпоказателей и испытываю, пожалуй, те же позитивные эмоции, которые не могут не радовать любого специалиста, кто работает во фтизиотерапевтической службе страны. Россия движется по пути прогресса быстрым шагом...

По предварительным данным за 2019 г., заболеваемость – 41 на 100 тыс. населения, смертность – 5,3, что ниже наилучшего исторического показателя 1990 г. Это говорит о том, что смертность по сравнению с пиковым значением 2005 г. уменьшилась практически в 4 раза, заболеваемость – в 3.

## Преодоление

– Что мешает фтизиатрам и какие меры способны помочь улучшить ситуацию?

– На фоне мировых показателей, конечно, мы передовики. Однако, несмотря на улучшение, нам ещё многого нужно достичь, в частности – европейских результатов. В Западной Европе туберкулёза осталось минимум. В РФ только отдельные территории находятся на европейском уровне, в основном, в Центральном и в некоторых регионах Северо-Западного федерального округа. Но вот Сибирь, Дальний Восток, Урал остаются наиболее проблемными, там очень высокие показатели. Нам предстоит выравнять положение дел по всей стране.

Что мешает? Прежде всего значительный резервуар больных с МЛУ-ТБ. Это наша болевая точка. МЛУ-ТБ несёт наибольшую беду и представляет собой кризис общественного здравоохранения. Тройку наиболее неблагополучных стран составляют Индия, Китай и Россия, на которые приходится 50%, то есть половина всех зарегистрированных в мире случаев с МЛУ-ТБ. Доля нашей страны – 9% от всех пациентов мира, и это надо незамедлительно исправлять.

Напомню, что резервуар лекарственно-устойчивого туберкулёза у нас сформировался в тяжёлые 1990-е годы, но поскольку туберкулёз – это инфекция, которая

медленно развивается и так же медленно идёт на спад, мы по сей день ощущаем отголоски того драматического времени. Нам удалось существенно снизить заболеваемость лекарственно-чувствительным туберкулёзом, а вот число больных лекарственно-устойчивым туберкулёзом снижается медленно. Ситуация усугубляется тем, что доля больных с МЛУ-ТБ увеличивается среди всех категорий пациентов, как среди новых, так и ранее леченных. Например, в 2018 г. треть впервые выявленных пациентов была заражена МЛУ-ТБ, в то время как во всём мире этот показатель составляет всего 3%. Более того, среди тех, кто раньше заболел и уже получал лечение, этот показатель доходит до 60%. Таким образом наряду с общим уменьшением числа пациентов происходит замещение структуры больных с самыми тяжёлыми и сложными формами, с которыми очень сложно бороться.

МЛУ-ТБ надлежит срочно брать под жёсткий контроль, дабы в ближайшие годы не получить тотальной устойчивости среди всех пациентов. Если сейчас 30% впервые выявленных заражены МЛУ-ТБ, то их может стать больше, и затраты увеличатся. Поэтому выгоднее заранее приложить все усилия для локализации опасной инфекции и уменьшения количества таких больных.

В 2015 г. по инициативе Правительства РФ и Минздрава России мы разработали Программу снижения смертности, направленную на все составные части проблемы, связанной с туберкулёзом. Она касается в том числе совершенствования профилактики, в частности, мы внедрили программы химиопрофилактики у лиц из групп риска, и особенно – у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Мы постоянно работаем над увеличением охвата

профосмотрами, для чего был принят новый приказ по скрининговым осмотрам взрослого и детского населения. Работаем над улучшением выявления и диагностики туберкулёза, особенно МЛУ-ТБ. С этой целью с помощью федеральных субсидий регионы оснастили бактериологические лаборатории противотуберкулёзных служб современным молекулярно-генетическим оборудованием, на протяжении последних лет осуществляется выделение финансов на закупку дорогостоящих тестовых наборов для быстрой диагностики наиболее проблемных случаев туберкулёза с лекарственной устойчивостью.

Ситуацию усугубляет и то, что у нас много больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (четверть от всех впервые выявленных). А среди ВИЧ-инфицированных больше всего туберкулёза с МЛУ. Такое вот двойное «утяжеление».

По предварительным данным 2019 г., не отмечено увеличения больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, но всё-таки доля их высока. ВИЧ-инфицированные в 40 раз чаще заболевают туберкулёзом, и лечить их бывает сложно ввиду того, что течение заболевания у них совершенно иное, они быстро прогрессируют в отличие от пациентов с ВИЧ-негативным статусом. Развивающиеся у них нетипичные формы сложно диагностировать, поэтому важен скрининг, профосмотры и профилактическое лечение таких больных.

В центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, где хорошо организовали мероприятия по скринингу и превентивному лечению, отмечается положительная динамика. В тех же регионах, где химиопрофилактике туберкулёза уделяют мало внимания, много больных сочетанной инфекцией, и в поле зрения фтизиатров они попадают на последних стадиях, когда помочь бывает очень сложно. Нужно продолжить наступление на ВИЧ-инфекцию вообще. Когда больной находится на антиретровирусной терапии, шансов заболеть туберкулёзом у него гораздо меньше. Необходимо прочное взаимодействие с центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Три года назад совместно с фтизиатрами и инфекционистами разработана инструкция по профилактике туберкулёза у ВИЧ-больных, однако наше сотрудничество пока недостаточно, его следует развивать. Ведь недаром на мировом уровне провозглашён многосекторальный мультидисциплинарный подход к контролю за туберкулёзом.

В клинические рекомендации, которые подлежат регулярному пересмотру, последние изменения были внесены в конце 2019 г. и размещены на сайте Минздрава России. В них включены методики быстрого определения МЛУ-ТБ, позволяющие с первого же дня назначать пациентам таргетную терапию. Работаем над повышением эффективности терапии, приверженностью больных к лечению в рамках программы психосоциальной поддержки. Расширяем возможности стационарозамещающих технологий.

Весьма важной мерой стало внедрение системы электронного регистра по контролю за происходящими в регионах процессами и состоянием здоровья каждого пациента. Регистр полезен и для правильного расчёта потребности в лекарственных препаратах.

Чтобы эффективнее влиять на ситуацию, мы предприняли ряд мер. Но многое ещё требует улучшения. Прежде всего, лекарственное обеспечение. В стране, где широк спектр МЛУ-ТБ и вариантов этой лекарствен-

ной устойчивости, безусловно, нужны новые лекарственные препараты, более действенные в отношении микобактерии, которая устойчива к ныне существующим.

Эффективность лечения больных с МЛУ-ТБ в мире достигает 56%, у нас – 54%. Мы близки к мировым показателям, но это не должно нас успокаивать, потому что для обуздания МЛУ-ТБ нужно достичь 75% эффективности. Мы



В. Тинькова и К. Глебов участвуют в работе врачебной комиссии

пока не достигаем. Необходимо существенно снизить число таких больных.

В последние годы в мире появились новые препараты, однако в российской практике пока только один из них. Проблему усугубляют трудности в закупках так называемых перепрофилированных препаратов (off-label), которые хорошо известны как антибиотики широкого спектра действия, имеющие при этом противотуберкулёзную активность.

Перед нами действительно немало глобальных вызовов. Для их преодоления мы продолжим совершенствовать подходы к обузданию инфекции.

### Больше, чем ребрендинг

– Не так давно Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии получил новый статус Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний. Какие задачи он призван решать, и что нового появилось?

– Новый статус для нас не просто смена вывески, не ребрендинг, как думают некоторые. Это серьёзный, прорывной шаг. За 2 года с момента организации мы значительно увеличили научный, клинический штат, создали новые и укрупнили существующие научные подразделения, лаборатории, клинические отделения. Акцент сделали на все сферы научной деятельности – от фундаментальных до прикладных, клинических и эпидемиологических исследований. Благодаря образованию принципиально нового центра, наполненного современным содержанием, интегрированного в мировое медицинское пространство, мы расширили спектр научных исследований в области туберкулёза, сочетанных с туберкулёзом инфекционных и неинфекционных заболеваний. Появились лаборатории по изучению социально значимых инфекций – ВИЧ-инфекции, гепатитов, микобактериозов и т.д. Мы проводим исследования, направленные на совершенствование методов выявления, диагностики, профилактики, лечения больных как лёгочным, так и внелёгочным туберкулёзом, разрабатываем новые технологии хирургического лечения, ведения пациентов

с ВИЧ и другими сочетанными инфекциями и т.д.

В отношении ВИЧ-инфекции важно вовремя поставить правильный диагноз вторичного заболевания. У таких пациентов широкий спектр болезней, и зачастую диагностика страдает, ведь у них заболевание развивается нетипично. Наш центр занимается диагностикой вторичных заболеваний как инфекционной,

Создан аккредитационно-симуляционный центр, задействованный по 4 специальностям – фтизиатрия, инфекционные болезни, пульмонология, торакальная хирургия. Сейчас, в связи с ситуацией с коронавирусной инфекцией, мы проводим обучающие вебинары, реализуем образовательные программы, предоставляем коллегам возможность отработать навыки на симуляционном оборудовании. У нас сформированы бригады экстренного реагирования на случай чрезвычайных ситуаций.

### Пример РФ – другим наука

– В течение 4 последних лет вы были членом консультативного органа штаб-квартиры ВОЗ по туберкулёзу, активно транслировали опыт России всему миру. На самом ли деле наши наработки востребованы? Много ли публикаций наших исследователей в авторитетных международных изданиях?

– Надо отметить, что наш передовой опыт востребован в мире. Научный потенциал российской фтизиатрической школы очень высок. Мы являемся экспертами буквально во всех рабочих группах ВОЗ. В течение 4 лет я входила в состав STAG-TB (Стратегической консультативной группы при генеральном директоре ВОЗ), которая формируется из экспертов мирового уровня. Небольшая по количеству – в ней не более 15 человек, она формирует политику в отношении туберкулёза, генерирует стратегию и тактику, предлагает механизмы, методики, пути преодоления фатальной инфекции, даёт советы и рекомендации сотрудникам штаб-квартиры ВОЗ и генеральному директору. Подчеркну, что в последние годы под нашим влиянием ВОЗ пересмотрела свою позицию в отношении диагностики и применения

у нас же действительно уникальные данные.

### Нет туберкулёзу!

– Что нужно делать фтизиатрическому сообществу, чтобы не утратить завоеванные позиции и не допустить поворота ситуации вспять?

– Успехи российских фтизиатров очевидны. Надо отметить, что генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус неоднократно в своих выступлениях и докладах отмечал лидирующую роль РФ в элиминации инфекции. В последние 5-6 лет мы действительно совершили настоящий рывок. Ситуацию с палочкой Коха сейчас не сравнить с той, что была 10 лет назад. Ни одна страна мира не добивалась ничего подобного. Но почивать на лаврах, останавливаться на достигнутом недопустимо, потому что, если сейчас ослабим наши действия, тот же МЛУ-ТБ пойдёт дальше, ситуация может повернуться вспять, затормозится положительная тенденция. Сейчас очень опасный момент. Нам нужно усилить влияние на инфекцию.

Туберкулёз – это болезнь, которая развивается у ослабленных людей. Латентная туберкулёзная инфекция может дремать в организме человека в течение всей жизни и проснуться тогда, когда организм ослаблен. Поэтому нам важно работать совместно с врачами всех специальностей, в частности, эндокринологами, онкологами, теми, кто занимается лечением генетических заболеваний, и др. Нужно активнее заниматься профилактикой, расширять превентивные меры, предупреждать развитие болезни.

Наша цель – минимизировать заболеваемость туберкулёзом, чтобы она не превышала 10 случаев на 100 тыс. населения. У нас же пока – 41. Значит, её нужно снизить в 4 раза. А смертности вообще не должно быть ни единого случая, её просто нельзя допускать. Туберкулёз предотвратим. Все люди



Во время заседания отборочной комиссии в телемедицинском центре

Сегодня в стенах центра ведётся большая кропотливая научная работа. К нам пришло много перспективных свежих кадров, в том числе молодых. В борьбе с МЛУ-ТБ нам не достаёт новых эффективных лекарств, ведь к прежним вырабатывается резистентность. Поэтому важно иметь такие инструменты, которые не зависели бы от лекарственной устойчивости. Группа наших учёных в лабораторных условиях ведёт, в частности, перспективное изыскание по разработке лекарств на основе микобактериофагов. Первые опыты в лаборатории обнадеживают. Прогнозируем, что в недалёком будущем, возможно, такое лекарство появится.

Центр решает широкий спектр организационных вопросов. В нём получили развитие современные направления, в частности, информационные технологии, которые с пользой служат фтизиатрии.

коротких схем лечения, внедрила более современные подходы к быстрому выявлению МЛУ-ТБ. Такие рекомендации уже изданы.

Что касается публикаций в авторитетных международных изданиях, могу сказать, что в нашей специальности малая доля учёных, поэтому и публикационная активность невелика. Тем не менее в последнее время наши работы опубликованы в востребованных рейтинговых журналах, имеющих высокий импакт-фактор, таких, например, как журнал Европейского респираторного общества «European Respiratory Journal» и др. Дело в том, что такого богатого опыта, столь широких клинических и фундаментальных исследований, которые жидутся на собственном материале, как у нас, нет практически ни в одной стране. Вся зарубежная наука строится на материале третьих стран мира – Африки, Латинской Америки, Юго-Восточной Азии,

должны излечиваться. Таковы наши задачи.

Сегодня мы очень много знаем о природе туберкулёзной инфекции. Уже реализовали множество энергичных и эффективных мер. Но жизнь преподносит всё новые вызовы, поэтому предстоит приложить ещё больше усилий. Впереди очень и очень много работы. В канун Всемирного дня борьбы с туберкулёзом хочу выразить признательность всем своим коллегам, врачам, учёным, медсёстрам, нянечкам за их поистине самоотверженный труд и служение нашим пациентам. Фтизиатрия – особая область медицины, которой свойственна особая душевность. Для успешного наступления на туберкулёз нам необходима сплочённость фтизиатров мира и всего нашего врачебного сообщества.

Беседу вёл  
Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».