

Более века отделяют нас от триумфа Роберта Коха, открывшего микобактерию туберкулёза. «Я предпринял свои исследования в интересах людей, – напутствовал он коллег 24 марта 1882 г. – Надеюсь, что мои труды помогут врачам повести планомерную борьбу с этим страшным бичом человечества». Столько лет за плечами, но наследникам микробиолога, врачам всё не удаётся окончательно и бесповоротно разделаться с этой бедой. Палочка Коха по-прежнему остаётся своеобразной фатальной меткой. Хотя объективности ради отметим, что благодаря реализации комплекса федеральных и региональных программ, стабильному финансированию из федерального бюджета очевидные успехи налицо. Тем не менее эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в России остаётся достаточно напряжённой.

Именно об особенностях этой ситуации и задачах, которые позволяют снизить бремя туберкулёза в стране, мы беседуем с заместителем директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Терезой КАСАЕВОЙ.

– Тереза Черменовна, не лишним будет, наверное, напомнить, что проблема туберкулёза выдвинута в нашей стране в ранг проблем государственной важности. Конечно, это продиктовано осознанием серьёзности самой ситуации и тем, что Российская Федерация входит в число стран с высоким бременем туберкулёза. А в чём конкретно выражается приоритетность этой проблемы?

– В течение почти 10 лет последовательно реализуются федеральные программы, в частности, с 2007 по 2012 г. – Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» с подпрограммой «Туберкулёз», комплекс мероприятий в рамках Национального проекта «Здоровье». Причём последний продолжает реализовываться в настоящее время, несмотря на непростую экономическую ситуацию. Противотуберкулёзные мероприятия включены в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и, соответственно, во все региональные программы развития.

Важность проблемы обозначена в «майских» указах Президента РФ. Так, в соответствии с Указом Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и госпрограммой «Развитие здравоохранения», поставлена задача к 2018 г. снизить показатель смертности от туберкулёза до 11,8 на 100 тыс. населения. Замечу, эту задачу мы уже выполнили.

Реализация указанных выше программ обеспечивается стабильным финансированием как из федерального, так и из региональных бюджетов. В частности, за счёт средств федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов так называемого второго ряда для лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулёза. А это наиболее затратная статья в лечении пациентов с туберкулёзом. И это бремя федеральный бюджет возложил на свои плечи.

Кроме того, осознавая важность своевременного определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза и назначения с её учётом адекватных схем химиотерапии, федеральный бюджет взял на себя и нагрузку по обеспечению средствами диагностики. Продолжается выделение субсидий регионам на оснащение оборудованием противотуберкулёзных органи-

обследованиям на туберкулёз лиц из социальных групп риска, на внедрении программ по химиопрофилактике туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных, на уменьшении отрывов от лечения больных и обеспечении завершённого курса лечения, на укреплении межведомственного взаимодействия, на внедрении молекулярно-генетических методов для ускоренной диагностики лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза.

На основании этих типовых планов в субъектах разработаны региональные планы по снижению смертности. Их

рамках программ развития здравоохранения, указанных выше, с 2015 г. возрождена система курации регионов федеральными профильными институтами, что позволит оказывать необходимую организационно-методическую помощь субъектам и оперативно реагировать на негативные тенденции в эпидситуации. Рассчитываем на действенность этого инструмента. И конечно, без поддержки противотуберкулёзных мероприятий, в том числе мероприятий по социальной помощи больным, руководством органов государственной власти, особенно в проблемных

своем здравоохранении, найдя своё отражение в порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и протоколах лечения.

– В последнее время во многих СМИ, в том числе в «МГ», ряд фтизиатров выступили за отмену или дополнение недавно вышедшего приказа Минздрава России № 951. Прокомментируйте, пожалуйста.

– Что касается приказа № 951 от 29.12.2014, следует отметить, что он явился очередным этапом во внедрении актуализированных подходов к диагностике и лечению туберкулёза, отражённых в клинических рекомендациях, которые были разработаны и утверждены Российским обществом фтизиатров, согласованы с Минздравом и официально одобрены Всемирной организацией здравоохранения. Приказ разработан в соответствии с Распоряжением Правительства РФ № 267-р от 28.02.2013 «Об утверждении комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с привлечением ведущих специалистов по фтизиатрии. Все необходимые формальности были соблюдены.

Данный приказ является ведомственным актом рекомендательного характера. К слову, указанный выше приказ № 109 имеет аналогичный статус.

Что касается другого обсуждаемого вопроса – включения новых препаратов в перечень закупаемых за счёт средств федерального бюджета антибактериальных и противотуберкулёзных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, отмечу следующее. Прежде всего, они должны попадать под категорию препаратов, отражённых в названии перечня. Препараты должны пройти все этапы надлежащих клинических испытаний, иметь доказанную безопасность, быть зарегистрированы, разрешены к применению, отражены в соответствующих клинических рекомендациях. Кроме того, этот перечень не носит всеобъемлющий характер, и обязательств с субъектов по обеспечению больных туберкулёзом всеми необходимыми препаратами не снимает.

И ещё один важный вопрос хотелось бы затронуть.

Министерство здравоохранения ведёт активный диалог со всеми заинтересованными в проблеме туберкулёза сторонами. Существует ряд специалистов, которые достаточно болезненно воспринимают любые нововведения. Но тем не менее им предоставлена возможность выдвигать свои аргументы, и в случае если они признаются обоснованными, они обязательно учитываются в дальнейшей работе. К сожалению, зачастую не все оппонировать по существу. А сегодня, как никогда, необходима консолидация усилий профессионального сообщества для достижения главного результата – снижения бремени туберкулёза в стране. Во главе должны стоять прежде всего интересы пациента.

Беседу вёл  
Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулёзом

# Вместе против палочки Коха

Только при условии консолидации фтизиатрического сообщества можно надеяться на успех в обуздании смертоносной инфекции



реализация будет отслеживаться практически в онлайн-режиме. В этой связи следует особо отметить огромную работу, проделанную профессиональным сообществом и главным фтизиатром Минздрава России И.Васильевой.

– Отметьте регионы-лидеры и регионы-аутсайдеры в обуздании инфекции. Как предполагаете выравнять ситуацию?

– Обширная география нашей страны, неоднородность территории, в том числе социально-экономическая, климатическая и т.д., не может не отражаться на эпидситуации.

Одно дело – решить проблему туберкулёза в небольшой европейской стране и совсем другое – на наших необъятных просторах. И действительно, эпидситуация по туберкулёзу в разных регионах порой достаточно существенно различается.

Так, в регионах Центрального федерального округа ситуация приближается к европейской. Например, смертность от туберкулёза в Белгородской области составляет 2,1 на 100 тыс. населения, в Орловской – 2,9, в Москве – 2,4. В регионах Сибири и Дальнего Востока показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза, несмотря на положительную динамику, остаются высокими. Предметом нашей постоянной озабоченности в последние годы, в частности, являются Республика Тыва, где смертность достигает 47,1, Еврейская автономная область – 35,8, Курганская область – 26,9.

Как выровнять ситуацию? Наряду с реализацией целого комплекса мероприятий в

регионах, необходимых результатов нам не добиться.

– Сегодня некоторые специалисты выражают недовольство по поводу навязывания привнесённых со стороны, чуждых нам подходов к лечению больных туберкулёзом.

– Вы затронули важный и неоднозначный вопрос. На разных этапах решения проблем туберкулёза их успешность обеспечивалась консолидацией усилий отечественной фтизиатрической школы, применением согласованных, продуманных организационных подходов. Результатом применения именно такого подхода явилась до сих пор не превзойдённая эпидситуация 70-х годов в стране.

Важную роль на определённом этапе сыграл приказ Минздрава России № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации», который более 10 лет являлся «настойной книгой» фтизиатров.

Но время идёт. Меняется эпидемиологическая ситуация, появляются новые знания, новые подходы к диагностике и лечению, и игнорировать мы их не имеем права. Сейчас в проблеме туберкулёза на первый план в нашей стране выходит туберкулёз с множественной, широкой лекарственной устойчивостью возбудителя и ассоциированный с ВИЧ. Схемы лечения, к коррекции которых так ревностно относятся отдельные специалисты, требовали пересмотра. Сколь бы критично мы ни относились к зарубежным исследованиям, но игнорировать их, не брать на вооружение широко используемые во всём мире, доказавшие свою эффективность и рекомендуемые ВОЗ новые подходы к диагностике и лечению было бы неверно. В этой связи новые методы, безусловно после широкого обсуждения с профессиональным сообществом, будут внедряться и уже внедряются в практиче-