



Геннадий Гуревич:

Новые технологии переломили ситуацию с туберкулезом

Директор РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, главный внештатный специалист Минздрава по фтизиатрии Геннадий Гуревич избран членом-корреспондентом НАН Беларуси. Накануне Всемирного дня борьбы с туберкулезом наш журналист побеседовал с ученым о достижениях фтизиатрической службы и его научных интересах.

ПРИХОД В НАУКУ БЫЛ ОСОЗНАНЫМ. Куда еще мог пойти выпускник Минского мединститута с красным дипломом, если наука окружала его с детства? Мама и бабушка были известными учеными-медиками, потому среда эта была близка и понятна. Со второго курса Геннадий занимался в студенческом научном кружке у Вадима Александровича Бандарина, который еще больше подогрел его интерес, помог сформировать навыки исследователя.

Другое дело, что с выбором специализации, как считали многие, студент Гуревич промахнулся. Решил посвятить себя пульмонологии и фтизиатрии, хотя тогда туберкулез под натиском медицины отступал и считалось, что к 2000 году социально обусловленная патология будет ликвидирована. Соответственно, фтизиатрам придется переквалифицироваться, а БелНИИ туберкулеза будет закрыт. В этот институт (ныне РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии), ставший для него единственным местом работы, Геннадий Гуревич распределился в 1976 году. Прошел все ступеньки карьерной лестницы — от младшего научного сотрудника до директора. Туберкулез же, возбудитель которого обладает уникальной способностью к изменчивости, никуда не делся.

— Жизнь показала, что в 2000-е годы произошел всплеск туберкулеза, появились мультирезистентные формы, болезнь приобрела очень опасные черты, — говорит Геннадий Гуревич. — Признаки

того, что решение проблемы легким не будет, были заметны уже в первые годы моей работы в БелНИИ туберкулеза. Полезным оказался опыт, приобретенный в научном кружке мединститута, где я помогал Николаю Манаку, тогда аспиранту, и другим кружковцам оценивать биохимические процессы при различных заболеваниях. Естественно, когда я пришел во фтизиатрию, сразу подумал о том, что эти метаболические процессы при туберкулезе мало изучены и, наверное, интерес будет представлять исследование обмена липидов, его роль при прогрессировании патологии и ее лечении. Я занялся этими вопросами — они стали темой кандидатской диссертации.

НАУЧНЫЙ ДЕБЮТ ОКАЗАЛСЯ УДАЧНЫМ. Изучение и оценка роли отдельных показателей обмена липидов в патогенезе туберкулеза и его прогрессировании дало врачам новый диагностический инструмент, который оперативно был

внедрен в клинику. Это повысило точность диагностики, позволило понять, какие лекарственные средства можно назначить, чтобы улучшить эффективность заживления, уменьшить интоксикацию путем воздействия на метаболические процессы. Были оценены группы и категории пациентов, которым показана коррекция метаболических нарушений, выяснено, какие именно нарушения надо корректировать и как это влияет на эффективность лечения. Неслучайно молодой ученый вместе с коллегами, выполнившими бактериологическую и иммунологическую части комплексного проекта, в 1984 году стали лауреатами премии Ленинского комсомола Беларуси в области науки и техники.

Были и другие масштабные работы. Например, Геннадий Гуревич впервые сформулировал концепцию отрицательного патоморфоза туберкулеза, установил его конкретные формы, клинические и патоморфологические особенности с акцентом на появившуюся в конце прошлого века казеозную пневмонию. Крупным достижением стало выяснение метаболических аспектов патогенеза распространенного и мультирезистентного туберкулеза, разработка основных точек приложения и показаний для целенаправленного корректирующего лечения. Тем не менее туберкулез не отступал. В 2005 году, когда Геннадия Львовича назначили директором, эпидемиологическая ситуация по этой болезни в республике была тяжелой. Заболеваемость и смертность ежегодно возрастали на 10–12 %. Поэтому, напугав нового директора, тогдашний министр здравоохранения Людмила Постоялко поставила перед ним задачу использовать все научные наработки (свои и зарубежные), чтобы локализовать эпидемию.

— Понятно, что не все зависело от науки, нужна была коренная перестройка фтизиатрической службы, — вспоминает Геннадий Гуревич. — И мы начали с того, что взялись обеспечить контролируемое лечение туберкулеза, доказывая пагубность практики выдачи рецептов на руки. Дело в том, что после выписки из стационара пациенты от 4 до 18 месяцев продолжали лечиться амбулаторно, не вполне отдавая себе отчет в том, как важно принимать препараты регулярно, чтобы не спровоцировать появление лекарственно-устойчивой формы. В 2011 году мы провели надзорное исследование по методике ВОЗ, которое позволило установить, что множественную лекарственную устойчивость имеют более 30 % впервые выявленных пациентов с бактериовыделениями и более 70 % — повторно леченных. Увы, это был самый высокий показатель в мире среди стран, которые провели подобные исследования.

ПОД РУКОВОДСТВОМ ГЕННАДИЯ ГУРЕВИЧА УЧЕНЫЕ ТЩАТЕЛЬНО РАЗРАБАТЫВАЛИ МЕРЫ по повышению приверженности пациентов лечению. В 2008–2010 годах в республике вынуждены были направлять на принудительное лечение почти 1,5 тысячи человек в год. Стоимость пребывания на такой койке в 5–6 раз превышает обычную из-за необходимости охранных мероприятий. Сегодня на такое лечение направляются не более 200 пациентов.

В 2015 году по инициативе Геннадия Львовича было принято постановление Минздрава и Минфина о том, что пациенты на амбулаторном лечении, которые ежедневно приходят в медучреждения принимать препараты, за счет бюджетных средств каждые 2 недели получают продуктовые наборы.

Еще одно новшество, внедренное в 2016 году и направленное на улучшение контроля приема препаратов, — видеоконтролируемое лечение. Пациенту дают смартфон, он дома перед камерой принимает лекарство и отправляет снимки в диспансер.

Начало действовать принятое по инициативе Минздрава еще одно постановление — Министерства труда и социальной защиты о целевых доплатах медикам, участвующим в амбулаторном лечении.

НА БАЗЕ РНПЦ ПУЛЬМОНОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ ОРГАНИЗОВАНА НАЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЕРЕНС-ЛАБОРАТОРИЯ по бактериологической диагностике туберкулеза, сертифицированная ВОЗ. Был создан туберкулезный регистр, который имеет уже 5 модулей, в т. ч. по лекарственному менеджменту, фармаконадзору. Кроме того, был предпринят ряд других организационных и медицинских мер, в частности реструктуризация лабораторной службы, модернизация и внедрение молекулярно-генетических методов диагностики. Если раньше результаты диагностики приходилось ждать 2–3 месяца, то сейчас — несколько часов или дней. Причем можно не только выявить патологию, но и узнать методику лечения.

— Однако не все так просто, — поясняет ученый. — Примерно у 20 % пациентов мы не находили возбудитель в мокроте. То ли процесс небольшой, то ли локализация в легочной ткани глубокая и больной не может откашлять. Как в такой ситуации назначать лечение, учитывая ситуацию с лекарственной устойчивостью? Ведь в 50 % случаев мы ошибемся. Поэтому в 2015 году в нашем центре был разработан метод диагностики туберкулеза, в том числе мультирезистентного, с использованием видеоторакоскопии. Тораоскопия — метод известный, но в комплексе с бактериологическим и молекулярно-генетическим исследованием резекционного материала он не применялся. Практика показала, что благодаря такому объединению уровень верификации диагноза повысился до 96–98 %. По нормативу ВОЗ, 70 % считается хорошим показателем. Но мы стремимся к 100 %. Это даст гарантию того, что ошибки при подборе препарата будут исключены.

Одним из новых направлений, которое Гуревич начал развивать с первых дней руководства, стал так называемый инфекционный контроль. Это система мер, направленных на предупреждение распространения туберкулеза в противотуберкулезных учреждениях. Раньше этому не уделялось внимания. Больные с различным профилем устойчивости, бактериовыделители и небактериовыделители могли находиться в одной палате. Поэтому первое, что сделали, — разделили потоки пациентов с различной степенью безопасности. Во-вторых, выделили медперсонал из зоны, где находятся пациенты. Более того, медработники теперь находятся на рабочих местах со средствами индивидуальной защиты — респираторами 2-го класса. Если раньше в стране ежегодно заболело 25–30 сотрудников противотуберкулезных организаций, то за минувший год всего 3.

С 2015 ГОДА НАЧАТО ВНЕДРЕНИЕ СХЕМ ТЕРАПИИ с использованием новых зарубежных противотуберкулезных препаратов, таких как бекламин, деламанид, клофазимин, которые Беларусь, имеющая, по оценке ВОЗ, одну из лучших в мире противотуберкулезных программ, получает бесплатно в качестве бонуса или за счет средств гранта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом, малярией. У некоторых препаратов не было рекомендаций по применению, и белорусские ученые сами их разработали, внося, таким образом, лепту в мировой опыт. В частности, впервые в мире специалисты РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии применили деламанид у детей. И получили впечатляющие результаты. Набрали группу из больных мультирезистентным туберкулезом и всех вылечили. Полученные результаты опубликовали —

и сегодня белорусским опытом пользуются в других странах.

— Мы впервые в мире разработали метод лечения мультирезистентного туберкулеза с использованием аутологичной трансплантации мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток, — отмечает Геннадий Гуревич. — В принципе этот подход не новый, но у пациентов с туберкулезом мы опробовали его впервые. И этот опыт, опубликованный в том числе в медицинском журнале The Lancet, получил хорошие отзывы. Наш метод эффективный, хотя, конечно, дорогостоящий. Поэтому сегодня, когда появились новые препараты, он может быть менее востребован. Но мы будем держать его «про запас», используя в крайних случаях. Ведь возбудитель туберкулеза, как известно, умеет приспосабливаться к новым препаратам, и если он научится противодействовать лекарствам нового поколения, у нас под рукой будет это средство. К слову, сейчас мы начали использовать стволовые клетки и при тяжелой ХОБЛ, идиопатическом легочном фиброзе. Исследования пока не завершены, но первые результаты вселяют надежду.

И все же несмотря на положительную динамику эпидемических показателей, заболеваемость туберкулезом в Беларуси остается выше среднего европейского уровня. А потому ученым приходится решать задачи уже не только лечебные, но и лечебно-экономические. Оказалось, что 70–80 % средств, выделяемых на борьбу с туберкулезом, уходит на стационарное лечение, принудительные койки. И очень мало остается на профилактику, амбулаторную помощь, социальную поддержку. Поэтому был инициирован пилотный проект в Брестской области по централизации фтизиатрической службы. Авторы надеются, что он позволит изменить модель финансирования, даст возможность перебрасывать сэкономленные за счет сокращения коек деньги на амбулаторную помощь и вскоре станет нормой для всего здравоохранения.

ЗА 10 ЛЕТ ПО ИНИЦИАТИВЕ ГЕННАДИЯ ГУРЕВИЧА БЫЛО ПОДГОТОВЛЕНО БОЛЕЕ 50 НОРМАТИВНЫХ АКТОВ — приказов, постановлений Минздрава, которые направлены на улучшение помощи пациентам. И ровно столько же появилось инструкций по применению новых научных методов, повышающих эффективность диагностики и лечения. То есть наука и управленческие подходы используются как равноправные инструменты.

Имея за плечами более 560 опубликованных научных трудов, он в первую очередь называет 8 клинических руководств для врачей. И справедливо считает, что приоритетом для науки в РНПЦ должны быть прикладные работы. Хотя и от участия в проектах фундаментальных исследований, выполняемых в НАН Беларуси, не отказывается. Результаты такого сотрудничества бывают весомыми. Например, в 1990-е годы совместно с Институтом биофизики и клеточной инженерии создана новая лекарственная форма липосомального рифампицина: молекулы рифампицина включили в липидные липосомы и с помощью этих микрокапсул обеспечили избирательную доставку лекарства в легочные структуры.

Совместно с Институтом биофизики и клеточной инженерии разработан метод дифференциальной диагностики туберкулеза с использованием флуоресцентных зондов в крови. Намечаются проекты с Институтом радиобиологии, Институтом физиологии, Институтом генетики и цитологии.

Сегодня РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии открыт для сотрудничества с академическими исследовательскими центрами. Впрочем, как может быть иначе, если руководитель принят академиком в свой круг?

Десять лет новаций, которые вместе с коллегами генерировал и настойчиво продвигал в клинику Геннадий Гуревич, принесли плоды. Если в период с 2006 по 2008 год в стране выявлялось ежегодно более 5 500 новых случаев туберкулеза, то за 2017 год — 2 300. Десять лет назад смертность составляла 12 случаев на 100 тысяч населения, сегодня — 3.

Дмитрий Патыко, «МВ».

Фото Сергея Мицевича, «МВ».