

В преддверии II Международного конгресса им. академика М.И.Перельмана обозреватель «Медицинской газеты» Денис ГЛАЗКОВ встретился с директором НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главным специалистом фтизиатром Минздрава России, президентом РОФ/АФ, доктором медицинских наук, профессором Ириной ВАСИЛЬЕВОЙ. В интервью затронуты такие важные темы, как текущее состояние фтизиатрической службы России, стратегические задачи, научные разработки и организационные вызовы в борьбе с туберкулёзом, в том числе сочетанным с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Кроме того, в беседе обсуждены вопросы резистентности, коморбидности, кадрового обеспечения и то, как уникальная российская система противотуберкулёзной помощи выглядит на глобальном фоне.

– Ирина Анатольевна, давайте начнём с основ. Почему именно туберкулёз, ВИЧ и вирусные гепатиты выделены в группу социально значимых инфекций?

– Это не вопрос нашей национальной специфики, а часть глобального подхода. Всемирная организация здравоохранения выделила четыре группы инфекционных угроз, имеющих первоочередное значение: туберкулёз, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, а также инфекции, передающиеся половым путём. Почему они социально значимы? Во-первых, их можно предотвратить, и с ними можно эффективно бороться. Во-вторых, чаще всего ими болеют люди молодого, трудоспособного возраста. Мы должны сохранять здоровье населения – это имеет прямое социальное-экономическое значение. Кроме того, контроль за такими заболеваниями вызывает нагрузку на здравоохранение и требует специальных государственных программ и финансирования. И у нас такие программы есть – государство уделяет серьёзное внимание вопросам национальной безопасности, к которым, безусловно, относится здоровьесбережение. Существует Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2030 г. и на перспективу до 2036 г., в рамках которого обозначены целевые показатели по борьбе с туберкулёзом и ВИЧ. Кроме того, утверждена государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2030-го, а в 2025 г. запущен федеральный проект «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания», которые находятся в ведении и на контроле Министерства здравоохранения РФ. Если не заниматься этими заболеваниями целенаправленно, будет нанесён серьёзный ущерб и здоровью нации, и экономике. У нас есть возможности для профилактики, для предупреждения. Бездействие же приводит к тяжёлым последствиям.

– То есть это вопрос народосохранения?

– Безусловно. Сохранение здоровья молодых людей напрямую влияет на экономику, на ВВП. Если человек здоров – он работает. Если же он постоянно болеет или, не дай Бог, умирает в молодом возрасте, это становится тяжёлым экономическим и демографическим бременем. А ведь возможности для борьбы есть. Возьмём туберкулёз. Было время, когда он считался неизлечимым заболеванием. Перелом наступил лишь в 40-х годах прошлого века с появлением противотуберкулёзных препаратов. В конце 80-х царила эйфория: казалось, что туберкулёз почти побеждён. Но возбудитель – микобактерия, очень приспособляемая – выработал устойчивость к существующим препаратам, а новых долгие годы не появлялось. В результате мир столкнулся с ситуацией, когда туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ) вновь стал практически неизлечим. Фактически произошло возвращение в доантибиотическую эпоху.

– В России эта проблема усугубилась социальными потрясениями?

– Именно так. Распад СССР привёл к потере на время организационного контроля за туберкулёзом.

Проблемы и решения

Стратегия, организация и контроль

О борьбе с туберкулёзом и социально значимыми инфекциями

Финансирование сократилось, пациенты перестали быть привержены лечению – им приходилось думать о заработке, а не о здоровье. Увеличилась миграция, прошли амнистии заключённых – а в тюрьмах в 90-е заболеваемость была колоссальной. В итоге всего за 10 лет случаи туберкулёза в России выросли в три раза; соответственно, резко увеличилась и смертность. Это был крайне тяжёлый период. Зарубежные СМИ тогда писали, что Россия угрожает миру лекарственно устойчивым туберкулёзом, хотя вспышки были и в США, и в Китае. Но у нас ситуация была напрямую связана с социально-экономическими аспектами. Любые потрясения в любой стране вызывают рост туберкулёза – это первый показатель.

– Почему социальные потрясения так сильно влияют на рост заболеваемости туберкулёзом?

– Это ключевой вопрос. Человечество сосуществует с туберкулёзной палочкой тысячелетиями, и иммунная система в норме умеет с ней бороться. Существует механизм фагоцитоза, когда иммунные клетки поглощают возбудителя. Поэтому из десяти инфицированных заболевает в среднем лишь один. Но любые социально-экономические потрясения – прежде всего сильный психологический стресс. На этом фоне резервы организма ослабевают, защитная система даёт сбой. И палочка, которая могла «спать» 20 лет, получает возможность активироваться. Стресс из-за потери ра-

– Длительный и тесный контакт создаёт наибольшие риски. Но иногда бывает достаточно и короткой встречи. Представьте: больной с открытой формой туберкулёза покашлял в трамвае и вышел. В воздухе остаются капельки аэрозоля с микобактериями. На следующей остановке заходит человек. Он даже не видел этого больного, но вдохнул воздух, насыщенный аэрозолями. Если он ослаблен – после химиотерапии,

более эффективные комбинации – с учётом генотипа возбудителя и пациента. Этому, кстати, была посвящена моя докторская диссертация. В результате если раньше лечение длилось 24 месяца, то теперь часть больных можно вылечить за 6 месяцев. В 90-е это было немыслимо. Сейчас эффективность лечения ЛУ-ТБ растёт, но нам нужно достичь 80-85%. Пока мы немного отстаём. Это касается всех возрастных категорий. Дети,

дыхания – ХОБЛ, астма. Заболевания ЖКТ, психические болезни, ревматические заболевания, онкологические, особенно онкогематологические – лимфогранулематоз и другие лейкозы. У пациентов с лимфомами туберкулёз развивается довольно часто. Представьте: нужно одновременно лечить лейкоз и туберкулёз. Фтизиатр должен понимать особенности основного заболевания и тесно сотрудничать с гематологом, чтобы выработать

на иммуносупрессивной терапии при ревматических заболеваниях, или это студент, который учится днём, а работает ночью, – даже однократная ингаляция может привести к заражению. Конечно, источник должен быть с открытой формой, выделяющей микобактерии при кашле, чихании или громкой речи.

– Как удалось переломить негативную динамику 90-х?

– Благодаря тому, что государство вовремя сориентировалось. С начала 90-х стали реализовываться федеральные программы. Первая называлась «Неотложные меры по борьбе с туберкулёзом». Затем одна программа сменяла другую. Очень важным шагом стало правительственное постановление о централизованной закупке лекарств для лечения МЛУ-ТБ. Это позволило обеспечить регионы жизненно необходимыми препаратами. Параллельно, примерно в 2012-2014 гг., мы разработали и внедрили первые клинические рекомендации по лечению МЛУ-ТБ. Стало понятно, кого, как, чем и сколько лечить. С того времени показатели начали устойчиво снижаться, и мы вновь научились лечить такие сложные случаи.



И. Васильева

к счастью, болеют мало – и заражаются, как правило, от взрослых.

– Расскажите о роли вакцинации БЦЖ.

– Это крайне важно. Детей вакцинируют в роддоме, чтобы предотвратить наиболее тяжёлые, смертельные формы туберкулёза. Вакцинированные дети, даже если заболевают, переносят лёгкие и излечимые формы. А смертельные случаи почти всегда связаны либо с отсутствием вакцинации, либо с тяжёлым иммунодефицитом.

– Правда ли, что большинство взрослых людей старше 40 лет являются носителями туберкулёзной палочки?

– Не большинство, но многие, кто жил в 1990-е и начале 2000-х, действительно могли инфицироваться. Пик заболеваемости пришёлся на 2000 г., больных много, и встретиться с ними можно было где угодно – в транспорте, кино, магазине. Проверить это у всех невозможно, но вероятность высока. Сейчас, спустя 20-25 лет, «спящая» палочка может активизироваться при тяжёлых заболеваниях – онкологических, ревматических или при проведении трансплантации, требующей иммуносупрессии. Иммуносупрессия помогает в лечении основного заболевания, но создаёт условия для туберкулёза. Поэтому мы сегодня уделяем особое внимание именно таким группам риска.

– При каких заболеваниях риск туберкулёза наиболее высок?

– У пациентов с состояниями, сопровождающимися иммунодефицитом. В первую очередь – ВИЧ-инфекция. Далее – сахарный диабет, при котором риск заболеть увеличивается в пять раз. Хронические заболевания органов

персонализированную тактику. Это современная реальность – ведение пациентов с коморбидностью.

– Главная группа риска – ВИЧ-инфицированные?

– Безусловно. По нашим данным, полученным в ходе внутрисекторного исследования, ВИЧ-инфицированные заболевают туберкулёзом в 59 раз чаще. Если человек получает антиретровирусную терапию (АРВТ), имеет неопределяемую вирусную нагрузку и нормальный уровень CD4, то его шансы заболеть сравнимы со здоровым человеком. Но если он не дисциплинирован, не принимает терапию, имеет низкий уровень CD4 и высокую вирусную нагрузку, болезнь развивается быстро. Чаще всего «просыпается» собственная палочка, развиваются тяжёлые генерализованные формы – с поражением лёгких и других органов, включая мозговые оболочки, что при поздней диагностике быстро приводит к летальному исходу.

– Для ВИЧ-инфицированных предусмотрена профилактика?

– Да. Для них разработана и научно обоснована профилактическая схема. Как только выявляется ВИЧ-инфекция, сразу назначаются противотуберкулёзные препараты на 3-6 месяцев. Но проблема – в приверженности. У человека без ВИЧ туберкулёз развивается медленно, микобактерия делится раз в 24 часа, поэтому ежегодного скрининга достаточно. А у ВИЧ-инфицированного, не получающего терапию, этого недостаточно: он может заболеть остро и стремительно в межфлюорографический период – по типу скоротечной чахотки, описанной в литературе ещё сто лет назад. Это генерализованная инфекция, нередко с менингитом, и ситуация крайне тяжёлая.

– Как организована помощь таким пациентам?

– Мы тесно сотрудничаем со службой борьбы с ВИЧ/СПИДом. В центрах СПИДа работают фтизиатры, которые ведут каждого больного. Если пациент дисциплинирован – у него и ВИЧ под контролем, и риск туберкулёза минимален. Если нет – возникают описанные тяжелейшие случаи. Туберкулёз – первая и наиболее частая вторичная инфекция, но не единственная. Часто поступают пациенты с туберкулёзом, цитомегаловирусной инфекцией и пневмоцистной пневмонией одновременно. Мы лечим в условиях мультиморбидной инфекции.

– Некоторые страны отказались от тотального скрининга. Это ошибка?

– На мой взгляд, да. Когда мы рассказываем о нашей системе на международных форумах, многие коллеги выражают восхищение. Они хотели бы работать так, но их государства считают тотальный скрининг экономиче-



Терапевтический корпус НМИЦ ФПИ

боты, переезда, тяжёлых условий жизни – всё это провоцирует развитие заболевания. Для мигрантов смена региона, климата, тяжёлый труд – мощный провоцирующий фактор.

– Вы упомянули, что туберкулёз передаётся воздушно-капельным путём. Насколько близким должен быть контакт, чтобы заразиться?

– Это заслуга правильных схем или появления новых препаратов?

– И того, и другого. Появились 1-2 новых высокоэффективных препарата. Но схемы лечения состоят из 5-6 лекарств. Включение новых мощных бактерицидных препаратов в комбинации со старыми позволило значительно усилить терапию. Мы активно изучали наи-

ски неоправданным. Однако, на примере некоторых стран, в частности Украины, видно, что отказ от специализированной службы и передача диагностики врачу общей практики приводит к тому, что пациенты выявляются уже с открытой, заразной формой. У нас такого нет: наш скрининг позволяет выявлять болезнь на ранней стадии, когда отсутствует бактериовыделение.

– А если говорить о гепатитах – они тоже несут угрозу благополучным людям?

– Конечно. Если мы будем говорить только о социально неблагополучных, остальные решат, что их это не касается. Но гепатит С и ВИЧ могут поразить и социально благополучных людей. Гепатит С передаётся через кровь. В медицинских учреждениях сегодня риск практически исключён – всё одноразовое. А вот в косметических салонах, при маникюре, татуировках, инъекционных процедурах, если нарушены санитарные нормы, риск есть. ВИЧ и гепатит С могут передаваться и от полового партнёра. Поэтому важно быть уверенным в нём и стерильности процедур. С туберкулёзом сложнее: он передаётся воздушно-капельным путём. От ВИЧ и гепатита мож-

мы терапии, включающие новые бактерицидные препараты, благодаря чему эффективность лечения таких больных повышается. Позитивным остаётся то, что практически все препараты для лечения лекарственно-устойчивых форм в нашей стране – отечественного производства, закупаются на федеральном уровне и поставляются во все регионы, в то время как в ряде стран нет доступа даже к препаратам первого ряда, не говоря о резервных. Там статистика просто не формируется – люди остаются без лечения.

– Как выстраивается управление такой сложной системой?

– У нас ведётся несколько федеральных регистров. С 2017 г. мы ведём регистр больных туберкулёзом. Всего в нашем центре три регистра: туберкулёз, ВИЧ и гепатит С. Эти регистры позволяют контролировать эпидемиологию, качество медицинской помощи, назначение терапии и лекарственное обеспечение. На их основе рассчитываются объёмы закупок. Противотуберкулёзные препараты и препараты для АРВТ закупает Минздрав, а средства на лечение гепатита С направляются регионам. Это выстроенная система лекарственного обеспечения.

вильно выстраивать лечение, консультируясь при необходимости с другими специалистами. В свете последних изменений законодательства важно развивать наставничество – чтобы опытные врачи вводили в профессию вчерашних ординаторов.

– Используются ли технологии искусственного интеллекта?

– Да. Мы разработали и скоро подадим на регистрацию систему-помощник для рентгенологов на основе ИИ. Она анализирует флюорограммы, отмечает подозрительные участки и минимизирует человеческий фактор. Пропуски патологии на скрининге, к сожалению, случаются. Бывает, к нам поступают пациенты, у которых полгода назад флюорография была «чистой», а сейчас – распространённый процесс. Поднимаем архив – участок затемнения был, но его не заметили. Именно такие случаи должен минимизировать искусственный интеллект. Для уже заболевших мы используем глубокие методы – КТ, микробиологию, молекулярно-генетические тесты. В центре установлен компьютерный томограф экспертного уровня с низкой лучевой нагрузкой и высоким качеством изображения – это важно для дифференциальной диагностики и при планировании хирургического лечения.

– Какие перспективные научные разработки ведутся в вашем центре?

– Одно из наиболее интересных направлений – разработка литического микобактериофага. Мы проводим доклинические испытания на животных. Это аналог природных бактериофагов, но усовершенствованный для внешнего введения. Его задача – помочь иммунной системе захватывать микобактерии, не позволяя им размножаться. Это мощное дополнение к антибактериальным препаратам. Главный плюс – действие не зависит от лекарственной устойчивости микобактерии. Даже к суперустойчивой палочке он должен быть эффективен. Это может стать прорывом. Антибиотики всегда создают риск резистентности, если схема нарушена. А механизм действия фагов иной.

– Ваш центр является научно-организационным ядром всей системы. Как выстраивается взаимодействие с регионами?

– Да, мы – научно-организационный центр по инфекциям и туберкулёзу. Уникальность в том, что мы курируем медицинскую помощь во всех регионах. Наши рабочие группы при выезде помогают налаживать взаимодействие служб, маршрутизацию пациентов, диагностику, контролируют качество лечения, дают рекомендации, проводят телемедицинские консультации. Очень правильная идея – создавать национальные центры, объединяющие инфекции и туберкулёз, поскольку это смежные службы. В ряде регионов их объединяют юридически, но главное – не форма, а реальное сотрудничество и понимание процессов.

– Каковы главные задачи на будущее?

– Я бы назвала три ключевых направления. Первое – удержать положительный тренд по снижению заболеваемости и смертности. Наши темпы – одни из самых высоких в мире, и важно их сохранить. Второе – повысить эффективность лечения больных с лекарственно устойчивым туберкулёзом. Мы переходим к коротким, мощным схемам, потому что длительные режимы – двухлетние выдерживают не все пациенты – прерывают лечение, что способствует распространению суперустойчивых штаммов. Третье – совершенствовать междисциплинарное взаимодействие при ведении пациентов с сочетанной патологией. Это наша ежедневная реальность и главный вызов ближайших лет.



Фото автора.

Наша коллеги

Молодое пополнение в коллективе детской больницы

Сразу 19 молодых специалистов пришли работать в Омскую детскую городскую больницу № 2 им. В.П.Бисяриной. Как сообщили в областном минздраве, это – участковые педиатры, оториноларинголог, аллерголог-иммунолог, а также специалисты со средним медицинским образованием.

Для молодых врачей, медицинских сестёр и фельдшеров в коллективе организовали торжественное посвящение в профессию. Коллектив с радостью принял молодых коллег в дружную профессиональную команду старшей детской больницы Омска. Со словами доброго напутствия к ним обратился главный врач Ан-

тон Пилипенко, он пожелал всем удачи и рассказал об уникальности лечебного учреждения, где молодым специалистам предстоит трудиться и набираться опыта.

Почётным гостем на мероприятии стал профессор кафедры педиатрии Омского медуниверситета, доктор медицинских наук Николай Васильевич напомнил молодым специалистам, что врач учится всю свою жизнь, так как медицина постоянно развивается.

– Всегда приходите к своим наставникам, чтобы обсудить сложный клинический случай или просто за советом, – напутствовал молодёжь профессор.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.
Омск.

В центре внимания

Более трети – за возврат к системе распределения

Менее половины опрошенных россиян (45%) осведомлены или слышали о введении изменений в законодательство, по которым выпускники медвузов будут обязаны первые три года практиковаться в учреждениях, работающих по системе ОМС, с наставником. Таковы данные исследования, которое провела аналитическая компания MAR CONSUL. В нём приняли участие 1,2 тыс. респондентов, в возрасте 18-65 лет из всех федеральных округов. Опрос проведён в ноябре 2025 г.

Меры, подразумевающие повторную аккредитацию при отказе от прохождения наставничества, поддерживают 40% респондентов, так как считают, что это послужит гарантией качественной подготовки специалистов. Однако треть (29%) россиян хотела бы, чтобы существовала альтернатива. 13% вообще уверены, что политика давления нарушает принципы справедливости и равенства возможностей. И почти пятая часть (18%) респондентов считает, что судьба врача должна зависеть от индивидуальных качеств, а неязанного формата работы.

С другой стороны, подобные условия гарантируют рабочее место молодому специалисту после прохождения наставничества, и это, по мнению 43% людей, способствует стабильности в отрасли, хотя 28% посчитали, что такие гарантии весьма условны и зависят от многих факторов. Пятую часть (19%) людей смущает то, что место обеспечено только в рамках государственного учреждения. И каждый десятый сообщил, что эти меры вообще не дают выпускникам никакой уверенности, так как занятость зависит от спроса на рынке труда.

Отказ от наставничества предполагает, что выпускнику придётся компенсировать стоимость первого года обучения и заплатить штраф в двукратном размере. Эту меру считают справедливой 37% опрошенных, так как бесплатное образование обеспечивается средствами налогоплательщиков. Треть (32%) посчитала эту меру несправедливой, так как приведёт к неравенству, ущемляя права студентов, обучающихся на плат-

ной основе. А 25% считают, что необходимо предусмотреть исключения и гибкую политику в отношении коммерческих студентов.

40% респондентов считают, что введение обязательного наставничества сделает профессию врача более привлекательной среди молодёжи и будет способствовать росту числа желающих поступить в медицинские учебные учреждения. 32% предполагают, что это не окажет заметного влияния на выбор профессии молодыми людьми. 28% уверены, что это создаст демотивирующий эффект, отпугивая потенциальных специалистов.

Тех, кто уверен, что заметного влияния не будет, больше всего в группе 45-54 лет (48%), а меньше всего среди людей 35-44 лет (20%). Тех, кто считает, что наставничество будет создавать демотивирующий эффект, больше всего среди людей 25-34 лет (43%), а меньше всего среди людей в возрасте 45-54 лет (13%) и 55-65 лет (16%).

Принятые законодательные изменения отчасти соотносятся с элементами трудового распределения в советской системе. Более трети респондентов (37%) полностью поддерживают возвращение элементов советской системы распределения в медицине. При этом поддерживающих мужчин больше (44%), чем женщин (31%). Среди людей старше 45 лет поддерживают систему распределения 50%.

Четверть опрошенных (25%) считает, что нужно совмещать плюсы обеих систем. За компромиссные решения чаще выступают женщины (30% против 19% среди мужчин). А реже всего выступают за компромисс люди с доходом от 41 до 70 тыс. руб. на семью (12%).

14% не поддерживают распределение, считая, что система противоречит нынешним реалиям и свободе выбора профессии. 4% уверены, что распределение должно быть избирательным, учитывая ситуацию в конкретном регионе. Больше всего таких среди молодёжи 18-24 лет (10%) и среди людей с доходом до 40 тыс. руб. (11%). 8% незнакомы с советской системой и 12% затруднились ответить.

Дмитрий ДЕНИСОВ.



78-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения ВОЗ

но защититься поведением, от туберкулёза – гораздо сложнее, особенно в условиях транспорта или гипермаркетов.

– Как вы мотивируете к обследованию и лечению социально дезадаптированные группы?

– Используем мобильные флюорографы. Можно приехать в места скопления бездомных и привлечь их, например, горячим обедом – это голландский опыт, и он работает. Хорошо зарекомендовала себя практика поощрения регулярного приёма лекарств продуктовыми наборами. Если пациент не пропускает лечение, в конце недели или месяца ему выдаётся набор. Это эффективно. Лечение таких людей – не только гуманитарная миссия, но и эпидемиологическая необходимость. Если мы не лечим бездомного с мультирезистентным туберкулёзом, мы сохраняем резервуар сверхустойчивой инфекции. Можно говорить о праве отказаться от лечения, если это не угрожает другим. Но если человек – бактериовыделитель, особенно с МЛУ-ТБ, он угрожает обществу. Это уже вопрос общественной безопасности.

– Насколько остра проблема мультирезистентности в России?

– Эта проблема – глобальная. Ещё в 1996 г. ВОЗ объявила лекарственно резистентный туберкулёз мировой проблемой. До настоящего времени его распространённость в мире сохраняется на стабильно высоком уровне. Пациенты с лекарственно устойчивыми формами туберкулёза лечатся дольше, поэтому их доля в структуре остаётся высокой. Однако нами разрабатываются и внедряются новые короткие схе-

– Расскажите, как организовать помощь в труднодоступных регионах, например, в Якутии?

– У каждого региона свои особенности. Мы выезжаем на места, оцениваем маршрутизацию. Где-то система работает отлично, где-то мы даём рекомендации. Бывает, что добраться до пациента можно только на вертолёте – особенно в межсезонье. Это тоже уже отработано. Главное, чтобы на месте был специалист, который знает, как заподозрить туберкулёз и провести минимальный набор обследований. При необходимости организуется доставка пациента вертолётном. Важно также отслеживать процент посмертного выявления туберкулёза. Если диагноз выставлен после смерти – значит, человек не проходил профосмотр. Умереть от туберкулёза, если пациент не ВИЧ-инфицирован, можно лишь после нескольких лет болезни.

– Ирина Анатольевна, как обстоят дела с кадровым обеспечением службы?

– Я с оптимизмом смотрю вперёд. В последние годы всё больше молодых людей приходят к нам на обучение в ординатуру и хотят стать фтизиатрами. Это очень позитивно. Профессию нужно популяризировать – она невероятно интересная. Фтизиатр сегодня – не просто узкий специалист; он и терапевт, и лучевой диагност, немного микробиолог, должен разбираться в эндоскопии и основах торакальной хирургии. Он ведёт пациента долго – шесть месяцев и более – и за это время могут развиваться другие болезни. Фтизиатр должен быть врачом широкого профиля, чтобы пра-