

В Москве в конце 2025 г. состоялся II Международный конгресс им. М.И.Перельмана «Социально значимые инфекции: комплексный подход и инновационные решения». Обзор Пленарной сессии и Симпозиума по торакальной хирургии ранее выходил в «МГ» № 1 от 14 января 2026 г. После мероприятия мы пообщались с участниками и расспросили их о конгрессе.

Фтизиатр – это специалист высочайшего класса

Главный фтизиатр Минздрава РФ по Приволжскому федеральному округу, декан медико-профилактического факультета, заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии, доктор медицинских наук, профессор **Равиль ВАЛИЕВ** рассказал о том, почему фтизиатрия – это мультидисциплинарная специальность и почему будущее за доставкой лекарств к пациенту на дом.

– **Равиль Шамилович, фтизиатрия – это ведь не просто узкая специальность. Здесь нужен системный подход?**

– Абсолютно верно. Я начинал работать ещё в советских туберкулезных диспансерах, врачом в сельской местности, в ЦРБ. Основа организации помощи, заложенная тогда, остаётся. Но, как я всегда говорю, «фтизиатр – это много разных специальностей». Фтизиатр сегодня должен быть специалистом широкого профиля. Ему необходимо отлично знать не только туберкулез, но и пульмонологию – для дифференциальной диагностики, и онкологию, поскольку он часто первым сталкивается с раком лёгкого. Туберкулез сочетается с ВИЧ-инфекцией – значит, нужно разбираться и в инфектологии. Приходится работать с сопутствующей патологией, например, с сахарным диабетом. Хороший фтизиатр – это специалист высочайшего класса, который знает и организацию: как наладить работу по выявлению, лечению, профилактике в общей лечебной сети, во взаимодействии с педиатрами и инфекционистами. Требуется именно мультидисциплинарный подход.

– **Как это реализуется на местах, особенно в регионах с кадровым дефицитом?**

– Организационная вертикаль у нас выстроена хорошо, начиная с федерального уровня – есть отдельный закон о туберкулезе. Кадровую проблему на муниципальном уровне стараемся решать через региональные центры, потому что вертикаль работает. У нас ситуация иная: заболеваемость хоть и снижается, но нагрузка остаётся. Кроме того, фтизиатр сегодня решает и вопросы профилактики. Мы диагностируем не только туберкулез, но и нетуберкулезные микобактериозы, которые распространяются на фоне ВИЧ-инфекции и иммуносупрессивной

терапии. Эту патологию никто не знает лучше фтизиатров. Да и с учётом распространения мультилекарственно-устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ) действующая специализированная служба эффективно работает.

– **Одна из ключевых проблем – приверженность длительному лечению, особенно при МЛУ-ТБ. Как её решать?**

– Да, даже короткий курс сегодня – это 6 месяцев, что для пациента много. Нужна комплексная поддержка. Я одним из первых в стране начал заниматься психологией лечебного процесса при туберкулезе. Сейчас в штате противотуберкулезных учрежде-

Сложный и уникальный регион

Наша страна – одна из крупнейших в мире. Разные регионы, климатические зоны, часовые пояса, и в каждом из них – свои уникальные, присущие только этому региону, особенности. Один из них – Камчатский. Мы пообщались с заместителем губернатора, начальником департамента здравоохранения Чукотского автономного округа **Павлом ФАДЕЕВЫМ**.

– **Павел Александрович, Чукотка – исторически сложный регион с точки зрения эпидемических показателей по**

карственных препаратов для лечения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью по рекомендованным схемам химиотерапии.

– **Как сотрудничество с НМИЦ ФПИ помогает в достижении результатов работы противотуберкулезной службы?**

– Благодаря координационной и практической помощи НМИЦ ФПИ мы реализуем комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности противотуберкулезной помощи. Все впервые выявленные больные туберкулезом отправляются на телемедицинские консультации в национальный медицинс-

специалистами НМИЦ ФПИ: кого-то направлять на оперативное лечение, кого-то – на клапанную бронхоблокацию. Мы ожидаем, что это даст хороший эффект и позволит остановить распространение туберкулеза. Если проект покажет высокие результаты, этот опыт будет перенесён на другие регионы страны.

– **Чукотка – малонаселённый и сложный с климато-географической точки зрения регион. Как в этих условиях развивается здравоохранение и что помогает врачу «дойти» до каждого пациента?**

– За счёт хорошего оснащения и внедрения передовых технологий

Продолжаем разговор

По итогам конгресса

ний есть психологи и социальные работники. Но среди пациентов, особенно с ВИЧ, много тех, кто зависит от психоактивных веществ. Закон предусматривает принудительное лечение, но механизм его реализации сложен. Есть позитивный опыт Новосибирска, где в решении суда чётко прописывают срок лечения.

– **Какие ещё современные подходы могут повысить приверженность?**

– Эффективный механизм – доставка лекарств к пациенту на дом. Это моя давняя идея, которую, например, частично реализовали в Тюмени. Медработник приезжает сам. Что это даёт? Пациент не ездит в общественном транспорте, снижая риск заражения для окружающих. Создаются комфортные психологические условия. Лекарство принимается под контролем. Попутно можно провести химио-профилактику контактными лицами. Это кардинально меняет принцип организации, экономит средства (содержание коечного фонда дорого) и предотвращает распространение устойчивых форм, защищая в первую очередь детей, которые заражаются от взрослых. Мы подсчитали – экономический эффект очень большой.

– **Значит, главное – это персонифицированный, пациенто-ориентированный подход?**

– Именно. Больной должен лечиться там, где ему удобно. Ещё в 1989 г. моя кандидатская диссертация была посвящена лечению с учётом особенностей личности пациента. Сейчас об этом говорят все. Важно не забывать и о психологической поддержке медперсонала, чтобы не было профессионального выгорания. Это направление, благодаря в том числе работе коллег в Москве, сейчас развивается. Лучше поздно, чем никогда.



Пленарное заседание

туберкулезу. Можем ли мы сегодня говорить об устойчивой положительной динамике?

– Минздрав России неоднократно подчёркивал хорошие результаты региона в борьбе с туберкулезом по всем возрастным группам. В 2025 г. на 27% снизилась заболеваемость туберкулезом, на 75% – смертность от этого заболевания, а охват профилактическими мероприятиями увеличился на 12%. Говоря об этих положительных трендах, стоит подчеркнуть важную роль НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, – с ним мы взаимодействуем неразрывно, а также правительство округа, которое ежегодно увеличивает финансирование противотуберкулезных мероприятий, – в этом году на 30% больше средств направлено на приобретение современных ле-

кий исследовательский центр. В сложных случаях по показаниям мы направляем пациентов на оперативное лечение в федеральный центр, где им оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь. Регион для этого делает всё возможное. В частности, мы полностью компенсируем затраты, связанные с проездом и проживанием, если необходимо. Несмотря на дорогостоящие перелёты, никому не отказываем – всё это предусмотрено бюджетом округа.

Хочу выразить благодарность сотрудникам НМИЦ ФПИ, которые 24/7 находятся на связи и всегда готовы помочь, в том числе в принятии решения о срочной госпитализации или организации телемедицинской консультации. Оперативно отвечают на запросы не только по профилю «фтизиатрия», но и «торакальная хирургия», для нас это тоже очень актуально и важно.

– **Реализуются ли регионом и НМИЦ ФПИ совместные проекты, направленные на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу?**

– Совместно с экспертами центра и под руководством главного фтизиатра Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Ирины Васильевой мы запланировали реализацию проекта создания на Чукотке «территории, свободной от туберкулеза». Его суть состоит в усилении диагностики на туберкулезную инфекцию всех групп риска в районах, где бремя заболевания остаётся высоким среди коренных жителей. При выявлении изменений пациентам будет проводиться курс профилактического лечения. С группой хронических пациентов мы будем работать совместно со

в регионе значительно улучшилась диагностика. Мы активно работаем со Сбером в сфере применения искусственного интеллекта, в этом году разработчик получил регистрационное удостоверение на портативный рентген размером с фотоаппарат, и мы уже два таких портативных комплекса приобрели. Это существенно расширяет возможности диагностики. С помощью техники высокой проходимости и на вертолётах мы можем выезжать в труднодоступные населённые пункты, в оленеводческие бригады и на месте проводить диагностические обследования в полевых условиях.

С каждым годом в регионе улучшается покрытие высокоскоростным интернетом, что позволяет нам активно работать с передачей данных в системе «МосМед ИИ», «Третье мнение».

– **Как решается вопрос с кадрами?**

– В 2025 г. Чукотский автономный округ выполнил целевой показатель по программе стажёров: к нам приехало 30 ординаторов из вузов Хабаровска, Санкт-Петербурга, Красноярского края, Приморского края, в том числе по профилю «фтизиатрия». Учитывая климато-географические особенности региона, они нам отлично помогают в наиболее проблемных районах.

Отрадно, что молодые специалисты приезжают, втягиваются в работу, хорошо понимают свои задачи. В этом году 65 врачей прибыло на постоянную работу в Чукотский автономный округ – это рекордно высокий показатель последних 7 лет, благодаря чему повысилась удовлетворённость населения оказанием медицинской помощи. В целом это говорит



Участники научных поездок

о том, что мы движемся в правильном направлении.

– **Здоровьесбережение населения – комплексная, многофакторная задача. Какие в регионе реализуются меры борьбы с другими социально значимыми заболеваниями?**

– Что касается ВИЧ-инфекции, мы планируем проводить исследования на типирование штаммов, в перспективе планируем ввести дополнительное тестирование для граждан, прибывающих на вахтовые работы, это позволит пресечь случаи распространения, оперативно отреагировать и своевременно провести курсы химиотерапии этим пациентам.

В этом году мы начали большой комплекс мер, направленный на снижение алкоголизации населения. Проводится системная работа на уровне межведомственного взаимодействия, вводятся ограничительные мероприятия, появились «трезвые сёла», и количество таких населённых пунктов, где полностью запрещена продажа алкоголя, увеличивается. Эти меры играют значимую роль в том числе в повышении приверженности пациентов к лечению, будь то туберкулёз или другие социально значимые инфекции. Будем надеяться, что такой комплекс мероприятий даст нам хороший эффект.

Экономика Чукотки развивается, увеличиваются инвестиции, округ становится более привлекательным для туризма, в этой связи мы видим первоочередной задачей – справиться с социально значимыми заболеваниями, чтобы сделать регион более экономически привлекательным. Большая благодарность министру здравоохранения РФ Михаилу Мурашко за особое внимание к вопросам здравоохранения Чукотского автономного округа. Он поддержал нас по нескольким проектам, в том числе по строительству новых объектов в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». А Министерство РФ по развитию Дальнего Востока и Арктики поддержало проект строительства современного психоневрологического диспансера с наркологическими койко-местами в Анадыре.

Уроки прошлого и современные вызовы

Заведующий кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии им. М.И.Перельмана в ПМГМУ им. И.М.Сеченова, фтизиатр, доктор медицинских наук, профессор **Дмитрий ГИЛЛЕР**.

– **В эпоху новых препаратов какова роль хирурга?**

– Решающая для многих пациентов. Когда появились новые схемы, некоторые думали, что хирурги не нужны. Оказалось – нужны как никогда. Патологии, требующие операции, никуда не делись. Своевременное хирургическое вмешательство позволяет достичь эффективности лечения до 98%. Но, к сожалению, не всех вовремя направляю.

– **Главный бич сегодня – резистентность. Откуда она берётся?**

– В первую очередь – из-за прерванного лечения. Пациент с деструктивной формой, который бросил терапию или не был прооперирован, годами выделяет микобактерии. Они мутируют. Теперь каждый третий новый случай заражения в России – это уже лекарственно-устойчивый туберкулёз. А среди давно болеющих с открытыми формами доля резистентных штаммов достигает 80%.

– **Сейчас курсы лечения сокращают. Это помогает?**

– Сокращение курсов с двух лет до нескольких месяцев повышает приверженность лечению. Но ключевой вопрос – контроль.

Если терапия неэффективна из-за устойчивости, человек, даже получая таблетки, остаётся источником заражения. Нужна не одна таблетка для всех, а точная диагностика, своевременная хирургия и неусыпное сопровождение каждого случая. Система должна быть прочной и непрерывной. Это и есть главный урок, который мы вынесли из прошлого.

Дорогу молодым

В рамках конгресса прошли IV Академические научные поединки среди молодых докторов. Заместитель министра здравоохранения Ставропольского края **Татьяна ПАВЛОВА** поделилась мнением о мероприятии.

– **Татьяна Витальевна, вы удостоили нас честью выступить в качестве жюри на мероприятии нового для научной среды формата. Расскажите о ваших впечатлениях?**

– Я очень рада принять участие в мероприятии нового формата, для меня это большая честь, я всегда поддерживаю молодых врачей, студентов!

– **Как вы считаете, есть ли в обществе запрос на синергию науки и креатива? Есть ли будущее у такого пока ещё непривычного сочетания и что оно может дать обществу?**

– Безусловно, новые форматы работы всегда привлекательны. Молодые врачи легко воспринимают нововведения, когда наука и креатив соединяются вместе. Это очень важный и интересный момент как для тех, кто создаёт эту синергию, так и для тех, кто наслаждается результатом, именно наслаждается, так как равнодушно наблюдать просто невозможно. Мы привыкли к традиционному формату проведения научных поединков, сегодня мы стали участниками зарождения новой истории, нового этапа. Я уверена, что это исторический момент как в образовательной отрасли, так и в креативной отрасли.

– **Два участника от вашего региона в разных поединках одержали победу. В чём секрет их успеха в этом соревновании?**

– Я очень рада за наших ребят! Они талантливые, харизматичные, неравнодушные к пациентам. Приняли решение участвовать в конкурсе мгновенно. Участники тщательно готовились, репетировали, исправляли, дорабатывали, волновались. Всё медицинское сообщество Ставропольского края поддерживало наших конкурсантов. Сила в единстве!

– **В этом году поединки приняли международный формат, на ваш взгляд, это «неравный бой» для тех, у кого русский язык не родной или полезный обмен опытом?**

– Международный формат придаёт изюминку мероприятию. Честно, я загорелась желанием изучать английский язык, они своей смелостью, уверенностью, старанием покорили меня. Ребята – герои! Я желаю им только побед на жизненном и профессиональном пути. Биал и Йоср влились в конкурсную команду с первых минут, поддержка и восхищение конкурсантов, говорящих на русском языке, сопровождала их на всём пути.

– **Какое напутствие вы можете дать участникам следующих поединков в будущем году?**

– Ребята, дерзайте, заявляйте о себе, ничего не бойтесь, прославляйте свою alma mater, своё учреждение, в котором вы работаете, свой регион. Будущее зависит от вас. Своими победами, неравнодушием, стремлением к лучшему сегодня вы формируете светлое завтра.

Денис ГЛАЗКОВ, обозреватель «МГ».

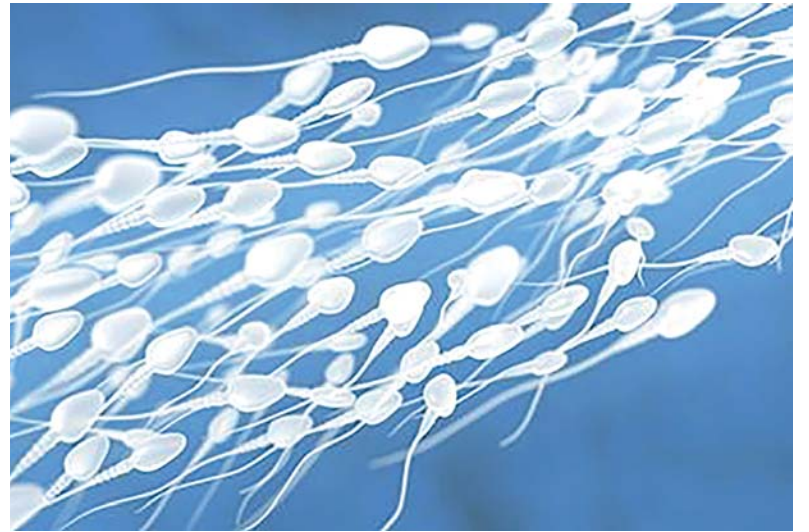
Клинический случай

Мутации, лишаящие отцовства

Бесплодие у мужчин – распространённая проблема, при этом во многих случаях его причина остаётся неизвестной. Российские исследователи описали новый вариант нуклеотидной последовательности в гене ACTRT1, связанный с тяжёлым нарушением мужской фертильности.

В данном клиническом случае диагностический поиск долгое время не давал результатов. Найти объяснение бесплодию смогли в лаборатории генетики нарушенной репродукции Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова. Пациенту в возрасте 33 лет провели комплексное обследование и выявили олигоастенотератозооспермию (ОАТ-синдром). Это комплексное нарушение фертильности, при котором у мужчин крайне низкое общее количество сперматозоидов, а также снижено количество их прогрессивно подвижных и нормальных по своему строению форм.

Методом трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ) генетики обнаружили уникальную ультраструктурную аномалию головки у 49% сперматозоидов – отслоение акросомы от ядерной оболочки. Акросома – это часть головки сперматозоида, которая содержит ферменты, позволяющие ему проникнуть в яйцеклетку. Также 54% сперматозоидов пациента содержали незрелый хроматин, важный не только для успешного зачатия, но и для нормального развития эмбриона.



Затем для поиска генетической причины бесплодия у пациента специалисты МГНЦ провели полногеномное секвенирование. Анализ выявил у мужчины не описанный ранее в мировых базах данных вариант нуклеотидной последовательности в гене ACTRT1, расположенном на X-хромосоме. Этот ген кодирует белок, который входит в состав комплекса, прикрепляющего акросому к ядру сперматозоида в процессе её созревания. Генетические варианты приводят к нарушению архитектуры белка. Секвенирование по Сенгеру подтвердило X-сцепленный рецессивный тип наследования: пациент унаследовал патогенный вариант гена от здоровой матери.

– Данный случай наглядно показывает, каким должен быть

правильный диагностический алгоритм при сложных формах мужского бесплодия. Когда рутинные методы, такие как анализ кариотипа и исследование микроделеций локуса AZF Y-хромосомы, не выявляют причину, необходимо проводить углублённый поиск. Проведя диагностику, которая представляла собой комбинацию полногеномного секвенирования и электронной микроскопии, мы смогли установить молекулярный диагноз. Это крайне важно для прогноза рисков и планирования семейной тактики вспомогательных репродуктивных технологий, – пояснила научный сотрудник лаборатории генетики нарушенной репродукции МГНЦ Ольга Соловова.

Елена ЮРИНА.

Приглашаем к дискуссии

Вполне обоснованно, но...

В «МГ» № 2 от 21.01.2025 опубликована статья «Как сообщить о негативе?». В ней сообщается, что коллективом кафедры общей и клинической психологии Приволжского исследовательского медицинского университета разработан первый отечественный алгоритм сообщения плохих новостей «ВНИМАНИЕ».

Публикуем отклик заведующего кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИвГМУ, доктора медицинских наук, профессора Алексея ХУДЯКОВА:

– На протяжении многих столетий в большинстве стран существовало неписанное правило скрывать фатальный прогноз болезни от больного. Полагаю, что эта тактика осуществлялась не только (а может быть, и не только) для облегчения психологических страданий пациента, но и для душевного комфорта лечащего врача. Доказательством этому служат результаты проведённого нами 20 лет назад опроса врачей, посвящённого тактике поведения медицинского работника при информировании больного о неблагоприятном (смертельном) прогнозе болезни. В те годы уже существовала узаконенная практика сообщения такого диагноза. Однако опрос выявил, что значительная часть врачей предпочла бы, чтобы такой диагноз сообщал кто-то другой (например, родственники), а не они. В одном из пособий по врачебной этике,

изданном ещё в советское время, рассматривалась ситуация с тяжёлым медицинским работником. Ему давался совет делать вид, что он верит в правдивость сообщённых ему ложных сведений. При этом авторы указывали на то, что такой больной «хочет, чтобы его обманули». Возможно, в некоторой части случаев это действительно так. Однако мне известен случай, когда врач поставила сама себе диагноз онкологического заболевания ещё до операции, а когда ей принесли фиктивную историю болезни, в знак протеста отказалась от химиотерапии, вынудив предъявить ей подлинник. Свой поступок она объяснила так: «Я не хочу бороться с ветряными мельницами!»

Около 10 лет назад меня попросили проконсультировать чиновника, умиравшего в больнице от онкологического заболевания. Помочь ему врачи уже ничем не могли, и стоял вопрос о его выписке, но сам он и его родственники были против. Зайдя в палату, я увидел пациента в полусидячем положении и сидящую рядом на стуле его жену, у которой текли слёзы и она тихо «поскуливала». Лицо больного выражало глубокую скорбь. Я пригласил жену пациента в отдельный кабинет и в мягкой форме предложил ей изменить своё поведение, на что она ответила, что больному «так легче». Затем я попытался донести своё мнение до лечащего врача, но и здесь не нашёл взаимопонимания. Мне было высказано мнение, что такое вмешательство

может привести к выраженному неудовольствию родственников, а учитывая высокий социальный статус больного, у врачей могут возникнуть определённые проблемы. Чем закончилась эта история, мне неизвестно.

Опубликованные предложения о методике сообщения диагноза больному мне представляются вполне обоснованными. Однако они должны быть дополнены соответствующей программой обучения врачей. Работа с таким контингентом больных требует высокой стрессоустойчивости от медицинского работника и при её отсутствии может привести к быстрому эмоциональному выгоранию.

Мать одного молодого врача рассказывала мне о его тяжёлом подавленном состоянии, когда он должен был сообщить молодой женщине, что она сама не выживет и беременность выносить не сможет. Следует продумать систему профилактики эмоционального выгорания врача, в основу которой можно было бы положить балитовские группы. Тот факт, что проблема тактики при сообщении больному диагноза смертельной болезни до сих пор остаётся остро актуальной, свидетельствует о недостаточной проработанности этого вопроса. Имея возможность в течение ряда лет общаться с зарубежными коллегами и людьми, столкнувшимися с этой ситуацией, замечу, что аналогичные проблемы возникают и в других странах.

Подготовил Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.