

Виталий Ильич Литвинов, академик Российской академии наук, заслуженный деятель науки России, в течение 15 лет руководивший Московским городским научно-практическим центром борьбы с туберкулезом, сегодня – научный руководитель этого центра.

Результаты исследований Виталия Ильича защищены 20 патентами и авторскими свидетельствами, им опубликовано более 400 научных работ, три руководства и 20 монографий, две из которых – за рубежом.



АКАДЕМИЧЕСКИЙ СТИЛЬ: УБЕЖДАТЬ ЛЮДЕЙ

С академиком Виталием Ильичом Литвиновым беседует врач и журналист Татьяна Мохрякова

– Виталий Ильич, Вы получили премию Правительства Российской Федерации 2011 года в области науки и техники за разработку и внедрение в практику препарата Диаскинтест®. Расскажите подробнее об исследовании, результаты которого признало научное сообщество.

– Премию Правительства Российской Федерации я получил вместе с группой ученых, разработавших и внедривших в ежедневную врачебную практику Диаскинтест® – аллерген туберкулезный рекомбинантный. Журнал «Туберкулез и социально значимые заболевания» уже печатал интервью с одним из главных изобретателей этого препарата – Всеволодом Киселевым (см. № 3, 2014. – Прим. ред.), в котором он подробно рассказал, как все начиналось и каких трудов стоила реализация идеи.

Микробиологи, иммунологи и молекулярные генетики научного отдела в Московском городском научно-практическом центре борьбы с туберкулезом (МНПЦ борьбы с туберкулезом) провели большие исследования *in vitro* и *in vivo* созданного коллегами из Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова¹ белка, доказали его эффективность в эксперименте и провели клинические испытания. От МНПЦ борьбы с туберкулезом лауреатами премии Совета министров России стали Людмила Владимировна Слогодская и я.

От вакцин – к тестам

– Однако споры о Диаскинтесте® не прекращаются и в научных кругах, и среди практикующих врачей.

– Что спорить после того, как сотням тысяч людей провели пробы с Диаскинтестом® и получен результат, помогающий клиницистам в дифференциальной диагностике туберкулеза. Одно из главных преимуществ теста – минимум побочных реакций.

– Бывают случаи, когда проба с Диаскинтестом® дает положительный результат, а диагноз «Туберкулез» не ставят.

– Это может быть латентная инфекция, а кроме того, у любого теста есть ложноположительные реакции как следствие особенностей организма человека. По нашим наблюдениям, при постановке пробы с Диаскинтестом® небольшая гипердиагностика есть. Но это не страшно. Главное, что он реально помогает диагностировать туберкулез.

– На фоне того, что Диаскинтест® набирает силу, уйдет ли из практики проба Манту?

– Пока не уйдет. По крайней мере, у детей в раннем возрасте проба Манту будет использоваться. В целом туберкулинодиагностика хороша в тех странах, где нет вакцинации.

– Сегодня в диагностическую практику фтизиатров внедрен еще так называемый «квантифероновый тест»².

– Это тест *in vitro* для определения высвобождения интерферона-гамма иммунокомпетентными клетками при воздействии специфических туберкулезных антигенов. В некоторых странах ставят только его. По сути, он похож на Диаскинтест®. Разница между ними в том, что в этом тесте используют три антигена, а в Диаскинтесте® – два. По диагностической ценности они совпадают почти на 100%.

– Иногда врачам задают вопрос: что лучше делать – пробу с Диаскинтестом® или квантифероновый тест? Как бы Вы ответили?

– Конечно, пробу с Диаскинтестом®. Для этого надо прийти в обычный противотуберкулезный диспансер, сотрудники которого владеют методикой его постановки и прочтения

¹ Ныне – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.

² Вошедшее в российскую практику сокращенное наименование теста «QuantIFERON® TB Gold In Tube», производство Cellestis, Victoria, Australia.

результатов. Это просто и всем доступно. Для квантиферонов нового теста нужны специализированная лаборатория, оборудование, что дороже и сложнее. А результат, как я сказал, равный.

– Виталий Ильич, уже много лет для профилактики детского туберкулеза используется вакцина БЦЖ. Разрабатывается ли что-нибудь для профилактики туберкулеза у взрослых?

– Разрабатывается. В 1980 году известный американский иммунолог Барри Блум сказал, что «мы сделаем вакцины против туберкулеза, лепры и лейшманиоза в одном пакете». На сегодняшний день разработана вакцина против проказы и лейшманиоза, автор которой – венесуэльский ученый и врач Джасинто Конвит. Вакцина от туберкулеза для взрослых пока не создана.

– О чем это говорит?

– О сложности процесса. Теоретически вакцину сделать можно: для этого нужны средства, хорошие специалисты и, конечно, заказ от государства. А сейчас, когда в мире активно говорят о том, что к 2050 году заболеваемость от туберкулеза максимально снизится, а смертности от туберкулеза не будет (и это подтверждают документы ВОЗ), наше Министерство здравоохранения старается подхватить эту идею. О заказе на разработку вакцины для взрослых речь не идет.

– Вы считаете такой прогноз преждевременным?

– Конечно. Сегодня заболеваемость туберкулезом снижается, а завтра она вновь пойдет вверх. Пока идут войны, существует активная миграция населения, пока растет заболеваемость ВИЧ-инфекцией, туберкулез будет в одном регионе мира затихать, а в другом обостряться.

Чтобы говорить о переходе от политики раннего выявления туберкулеза к предотвращению заболеваемости, уровень жизни в большинстве стран должен быть таким, как в США или Германии. Тогда мы сможем на ранних стадиях диагностировать 100% больных и лечить их.

– Один из создателей Диаскинтеста® Всеволод Киселев в нашей с ним беседе сказал, что «создание вакцин – дело пяти минут». Вы с ним согласны?

– Возможно, для Киселева – это действительно дело пяти минут. Но будет ли эта вакцина защищать от инфекции длительное время?

Возьмем БЦЖ: это живая вакцина, которая персистирует, находится в организме человека долго. А как мы знаем, туберкулез – это инфекция, вакцинируя от которой, необходимо стимулировать иммунитет человека длительно, а может, и постоянно.

– То есть нужно предугадать длительность влияния вакцины на иммунные клетки организма человека?

– Не только. Предугадать как раз можно. Ведь рекомбинантные тесты для диагностики туберкулеза есть. Наверное, практически из тех же антигенов реально сделать рекомбинантную вакцину. Но то, что сделано в лабораторных условиях, не всегда работает в организме человека.

У Барри Блума, скажу я Вам, финансовых и лабораторных возможностей больше, чем у наших ученых. Но и он пока не выпустил вакцину от туберкулеза.

– Что Вы скажете о возможности ошибки дорогостоящих исследований?

– Что значит «ошибки»? Возьмем для примера создание новой вакцины. Вначале ее получают и испытывают на мышах. При хороших результатах оценивают эффективность и риск побочных реакций на добровольцах. И только потом проводят дорогостоящие клинические испытания со сложным протоколом, с информированным согласием пациентов. При этом чтобы показать эффективность вакцины, надо вакцинировать 100 тыс. человек в стране с высокой заболеваемостью (не меньше чем 100 на 100 тыс. населения), одновременно заполняя карты на невакцинированных. Это длительный процесс, потому что эффект от вакцинирования оценивается спустя годы.

Сегодня есть единичные публикации на тему внедрения новых вакцин. В странах Африки ведутся клинические испытания. Но результата – новой вакцины – пока нет.

– Диаскинтест®, однако, внедрили быстро.

– Но Диаскинтест® – это не вакцина. Притом отдаленных результатов мы пока не знаем. Будем наблюдать, ждать.

– БЦЖ сегодня используют во многих странах мира. Ученые каких стран работали над внедрением вакцины в практику педиатров?

– Вакцинацию и туберкулинодиагностику массово делали только отечественные ученые в СССР и англичане в Индии, которая тогда была колонией Англии.

В 1970 году мы с Михаилом Михайловичем Авербахом написали книгу «Иммуноморфология вакцинного процесса БЦЖ», в которой собрали данные, доказывающие эффективность вакцины БЦЖ (она вышла в издательстве «Медицина»). Во многом благодаря БЦЖ и туберкулинодиагностике, а также улучшению уровня жизни заболеваемость туберкулезом у нас в стране снизилась.

От встречи с ученым – к выбору пути

– Виталий Ильич, Вы много сделали в жизни. Какое свое достижение Вы считаете основным?

– Ооо... (ненадолго задумался).



В.И. Литвинов – молодой научный сотрудник отдела иммунологии Центрального НИИ туберкулеза РАМН

Когда я приехал в Москву из Мордовии, где работал после окончания института патологоанатомом, мне предложили несколько вариантов трудоустройства: в отделе электронной микроскопии Онкологического центра, в отделе патоморфологии Института грудной хирургии РАМН, заведовал которым Яков Львович Раппопорт (он был известен как самый молодой фигурант «Дела врачей»). Но мое будущее определила встреча с руководителем отдела иммунологии Центрального НИИ туберкулеза Российской академии медицинских наук, профессором Михаилом Михайловичем Авербахом. Я увидел его усы и сигару, дымившуюся во время нашей беседы, (смеется) ...и понял, что работать буду только у него. И угадал: таких людей, как Михаил Михайлович, я больше не встречал. Свое решение работать под руководством М.М. Авербаха считая главным достижением в жизни. Работая у него, я защитил кандидатскую диссертацию, потом докторскую, стал профессором, а позже сменил его на должности руководителя отдела иммунологии Центрального НИИ туберкулеза РАМН.

– Наверное, М.М. Авербах покорила Вас еще и своими речами, возможными перспективами?

– Нет, он меня не уговаривал. Я был покорен его манерой общения. Работая с ним, я научился многому, главное – его отношению к людям.

– Виталий Ильич, в те времена иммунология как наука только зарождалась. Вы выбрали ее своей специальностью, предполагая научный прорыв в этой области медицины?

– В те времена невозможно было что-то так просто выбрать. В момент моего окончания Саратовского медицинского института будущее его выпускников определяли чиновники, в частности, министр здравоохранения Мордовии. Он рассуждал так: «Ты хочешь быть невропатологом? Хорошо. Будешь окулистом». Я хотел быть психиатром, на что он сказал: «Поедешь в Краснослободский район Мордовии судебно-медицинским экспертом». Так что я успел поработать судмедэкспертом в райцентре, но через два месяца удрал оттуда в Саранск, где полтора года постигал азы патологической анатомии. Своим учителем в патанатомии считаю доктора Данилочкина, специалиста по морфологической диагностике опухолей, который заведовал отделением, где я тогда работал.

– Интересно, что Вы начинали в патологоанатомическом зале, а потом...

– А потом была Москва и встреча с М.М. Авербахом, определившая мой дальнейший путь в медицине.

– Могли бы Вы предположить лет 30 назад, что в Ваших руках будет такая многофункциональная техника, какой оснащена ваша лаборатория в Московском центре борьбы с туберкулезом?

– В лабораториях, где я работал, всегда была современная техника. Когда была модна люминесцентная микроскопия, мы пользовались отличными микроскопами. Когда надо было организовать виварий, такой был организован в Центральном НИИ туберкулеза на Яузе, и заведовал им Александр Петрович Семейкин. Уходя на пенсию, он сказал: «Я привел Иру Бочарову, она будет достойной хозяйкой вивария». Благодаря Ирине Владимировне виварий в Центральном НИИ туберкулеза и сегодня в отличном состоянии.

От случая к большой науке

– Во времена, когда между иммунологами и клиницистами была пропасть, Вы сумели воплотить свои научные идеи в практику.

– Идеи – это слишком громко сказано. Я просто неплохо работал, начав с отделения экспериментальной хирургии и иммуноморфологии под руководством М.М. Авербаха. Мы действительно трудились основательно: много публиковались и благодаря этому получили первый грант во фтизиатрической иммунологии от Всемирной организации здравоохранения. Но одного этого было бы недостаточно. Помог случай.

– «Прихоть случая управляет миром». Интересно узнать, как случай помог Вам.

– Заведующий лабораторией НИИ экспериментальной генетики, где в то время был единственный в стране виварий с линейными мышами¹, во время кризиса по миру сбежал в Америку. Этот случай помог мне получить линейных мышей для своих научных разработок.

– Как такое стало возможным: ведь Вы тогда работали в конкурирующей лаборатории в Центральном НИИ туберкулеза?

– Я был дружен с ребятами из НИИ генетики РАМН (потом все они перешли в иммунологический отдел Центрального НИИ туберкулеза к М.М. Авербаху). С их помощью я проник в виварий НИИ экспериментальной генетики, где поменял линейных мышей на своих лабораторных, пересадив их одну за другой в заготовленные клетки. То есть похитил и перевез в свою лабораторию на Яузу. Был, конечно, небольшой скандал. Часть линейных мышей пришлось отдать обратно, но маточное поголовье мышей из каждой линии мы оставили себе. А начав работу с ними, обнаружили ген сверхчувствительности к туберкулезу. Оттуда и пошла настоящая наука, которой было интересно заниматься.

– Виталий Ильич, что Вы называете настоящей наукой?

– В нашем случае это фундаментальные исследования по поиску и определению гена сверхчувствительности к туберкулезу.

– Фундаментальные исследования в отечественной фтизиатрической иммунологии сегодня проводятся?

– Фундаментальные исследования помогают понять какое-то явление. Фтизиатрические исследования такого рода в эксперименте сегодня в первую очередь проводятся на базе вивария Центрального НИИ туберкулеза РАМН на потомстве мышей, когда-то украденных нами из НИИ экспериментальной генетики. Последнее фундаментальное исследование в отечественной фтизиатрии – это работа с Диаскинтестом®.

– Какие исследования по генетике и микробиологии сейчас ведутся в вашей лаборатории?

– Благодаря современным тест-системам, например, биочипам, в нашей лаборатории изучают гены микобактерий туберкулеза и их мутации, ответственные за устойчивость к лекарствам. Также мы изучаем нетуберкулезные микобактерии.

– Нетуберкулезных микобактериозов, наверное, не так много в стране и интерес к ним больше научный?

– Они есть, и, возможно, часто их просто не могут диагностировать. Нетуберкулезные микобактерии вызывают пато-

логию, часто сходную с туберкулезом. Например, в США, где диагностика нетуберкулезных микобактериозов на хорошем уровне, их больше, чем туберкулеза, то есть больше 5 на 100 тысяч населения.

– В России сегодня заболеваемость туберкулезом в самом благополучном регионе 30 на 100 тысяч человек. Вы предполагаете, что нетуберкулезных микобактериозов также много?

– Столько нетуберкулезных микобактериозов мы, конечно, не наберем. Но выявлять и лечить их надо. В нашей лаборатории этим занимаются. У нас, наверное, самая большая в мире коллекция нетуберкулезных микобактерий: около двух тысяч.

– Какие достижения современной иммунологии и генетики особенно полезны для клиники?

– Расшифрован геном микобактерий, и найдены гены, которые есть у вирулентных микобактерий и отсутствуют у микобактерий штамма БЦЖ и большинства нетуберкулезных микобактерий. На их основе получены антигены и созданы новые диагностические тесты. Сегодня ранняя и ускоренная диагностика туберкулеза (как я уже сказал, это проба с Диаскинтест® и определение интерферона-гамма) особенно нужна в группах риска. Мы активно занимаемся этим вопросом.

– Практика российских и западных ученых в этих вопросах одина?

– В разных странах практика своя. Где-то делают сначала туберкулиновую пробу, потом определяют интерферон-гамма, а где-то сразу определяют интерферон-гамма: особенно у ВИЧ-инфицированных, у пациентов в других группах риска и у лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом. У нас ставят пробу Манту и пробу с Диаскинтестом®.

– Кто, кроме ВИЧ-инфицированных, относится к группам риска по туберкулезу?

– Это ревматологические больные, особенно леченные антителами к фактору некроза опухолей, онкологические больные, пациенты, перенесшие трансплантацию органов, страдающие диабетом, все, принимающие глюкокортикостероиды. И те, кто был в контакте с больным туберкулезом.

От лаборатории – к клинике

– Виталий Ильич, от старта туберкулезного процесса до проявления заболевания проходит время. Некоторые называют этот период латентным туберкулезом. Я знаю, что Вы скептически относитесь к этому определению.

¹ Линейные мыши – так называют мышей после продолжительной последовательности скрещивания близкородственных. Например, берутся две мыши, скрещиваются, их дети, дети детей скрещиваются между собой и т. д. В двадцатом-тридцатом поколении получаются линейные мыши, которые используются в эксперименте животных с максимально близким генотипом (иногда еще и с заданными свойствами).

– Я написал несколько статей на эту тему. С моей точки зрения, то, что принято называть латентным, – это не туберкулез, а какое-то инфицирование, причем с разными стадиями. Сейчас молекулярные генетики нашли несколько дормантных (спящих) локусов в хромосомах микобактерий туберкулеза, которые в латентном состоянии продуцируют определенные антигены, а в активном – нет. Продукты этих дормантных локусов частично получены: выявлено несколько таких антигенов. Конечно, было бы интересно поработать в этом направлении.

– Это возможно сегодня?

– Наши генетики, работающие сегодня во фтизиатрии, занимаются в основном прикладными исследованиями, то есть их наработки направлены на практическое решение проблем. Они, как правило, получают готовые тест-системы и с ними работают.

– Например...

– ...в Институте молекулярной генетики Академии наук России сделали биочипы для выявления устойчивости к лекарствам, в лунках которого – ДНК, гибридизирующаяся с ДНК определенного вида микобактерий туберкулеза или с лекарством.

Изначально мы могли выявить ДНК микобактерии туберкулеза, определить мутации в ее генах, определить чувствительность, например, к рифампицину и изониазиду за 48 часов.

– Несмотря на возможность сокращения сроков получения результатов при использовании тест-систем, плотные среды по-прежнему используют в отечественной фтизиатрической практике. Почему?

– Я бы от плотных сред в диагностике туберкулеза сегодня отказался. От них уже начали отходить, но медленно. Вы спрашиваете почему? Систем ускоренной диагностики с использованием жидких сред закуплено достаточное количество по стране. Но нет реагентов и людей, которые умеют с ними работать.

– Это проявление нашего консерватизма?

– Это не консерватизм. Это деньги. Как и в лечении... Хорошие лекарства почти гарантируют излечение туберкулеза при своевременном выявлении незапущенных случаев заболевания.

– Может ли результат исследования при использовании тест-систем быть «слабоположительным»?

– Для определения разного уровня чувствительности микобактерий туберкулеза к препаратам у нас есть современная микробиологическая тест-система *Sensititr*. В ней – ряд разведений лекарств первого и резервного ряда, при помощи кото-

рых определяется разная степень чувствительности и устойчивости: от сильной до слабой. То есть некоторые мутации в геноме микобактерий туберкулеза обуславливают сильную устойчивость, например, к фторхинолонам, а другие – слабую. Это важно для клиники, но клиницисты этим, к сожалению, пока почти не пользуются.

Как я уже сказал, реагенты для современных тест-систем не везде есть. Определенные тест-системы имеются только в крупных центрах. Например, импортными тест-системами, определяющими нетуберкулезные микобактерии, кроме нас, никто не пользуется. То есть сегодня реально диагностируют нетуберкулезные микобактерии в единственной в стране лаборатории – в МНПЦ борьбы с туберкулезом.

– Думаю, практикующим фтизиатрам будет интересно более подробно узнать о тест-системе *Sensititr*.

– Микробиологическую тест-систему *Sensititr* используют только в лабораторном отделе МНПЦ борьбы с туберкулезом. Она, как и *BACTEC*, работает для микобактерий туберкулеза на жидкой среде Мидлбука, для нетуберкулезных микобактерий – на среде Мюллера-Хинтона. Разница между ними в том, что в тест-системе *Sensititr* – четыре-пять разведений реагента к 12 противотуберкулезным препаратам.

На *BACTEC* сначала определяют устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам I ряда. При устойчивости к ним определяют устойчивость микобактерий туберкулеза к резервным препаратам. На это уходит от одного до полутора месяца.

При работе на такой тест-системе, как *Sensititr*, или любой другой сначала определяют минимальную ингибирующую концентрацию противотуберкулезного препарата, потом – критическую концентрацию. Эта работа проделана в России и еще в нескольких странах, потому что в разных странах циркулируют многообразные штаммы микобактерий и критические концентрации химиопрепаратов разные. Итак, берут, например, 100 штаммов условно-устойчивых микобактерий туберкулеза от больных с неэффективно леченным хроническим туберкулезом и 100 условно-чувствительных от впервые выявленных больных, определяют минимальную ингибирующую концентрацию каждого препарата – ту, которая тормозит рост микобактерий туберкулеза, после чего высчитывают математически критическую концентрацию противотуберкулезного препарата, которая подавляет рост возбудителя.

Результатов в исследовании может быть несколько: микобактерия туберкулеза устойчива, погранично-устойчива, чувствительна, погранично-чувствительна к определенному препарату. В дальнейшем клиницист должен посмотреть результат и, например, при пограничной устойчивости к препарату увеличить его дозу или давать его дольше. А при устойчивости – отменить препарат.

На тест-системе *Sensititr* можно определить четыре степени чувствительности к 12 лекарственным препаратам, в числе которых – два фторхинолона.

– Что Вы скажете о диагностике и лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) возбудителя?

– Микобактерии туберкулеза с МЛУ сейчас широко распространены. Для диагностики МЛУ и ШЛУ, а в дальнейшем для ведения больных с такими микобактериями в клинике лучше всего использовать данные тест-системы *Sensititr*.

– Известно, что сегодня разрабатывают новые противотуберкулезные препараты.

– И это крайне важно в современных условиях. Антибиотики широкого спектра выпускаются каждый год, а узко туберкулезных препаратов создается мало. Жаль. У нас выпускают комбинированные препараты, которые я не люблю: их, на мой взгляд, можно давать только при малых формах туберкулеза на амбулаторном этапе лечения.

– Какие молекулярно-генетические методы Вы считаете устаревшими?

– Те, где определяется один ген, например, ПЦР. Более современно и намного дешевле в итоге, когда на одном планшете определяется 10 генов и больше, то есть использование генно-инженерных методов и тест-систем.

– Назовите основные приоритеты работы руководимого Вами научного отдела.

– Их три, и в каждом важна связь с клиникой. Первый – это определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза: надо сделать так, чтобы клиницисты работали вплотную с иммунологами, бактериологами и молекулярными генетиками. Наша основная задача – внедрить в ежедневную практику фтизиатров результаты исследований на тест-системе *Sensititr* и сочетать эти данные с молекулярно-генетическими исследованиями. Второй – активная работа по выявлению туберкулеза в группах риска, особенно у ВИЧ-инфицированных пациентов. Здесь наиболее важна ранняя диагностика туберкулеза, то есть использование методов иммунологии и молекулярной генетики. И, конечно, проведение исследований, внедрение в практику диагностики нетуберкулезных микобактериозов. Я бы очень хотел, чтобы на основе всех наших наработок делались клинические выводы.

От рок-н-ролла – до премии Галена

– Виталий Ильич, Вы 15 лет руководили Центром борьбы с туберкулезом и были главным фтизиатром Москвы. Что удалось сделать?

– В 2000 году мы начали внедрять в Москве программу борьбы с туберкулезом. Удалось создать современный научный отдел в МНПЦ борьбы с туберкулезом, расширить зону обслуживания противотуберкулезных диспансеров микробиологическими и молекулярно-генетическими исследованиями, оснастить диспансеры Москвы диагностической техникой, отремонтировать центр. Когда я пришел на Стромынку, дом 10, в палатах лежали по восемь человек. Сейчас большинство из них рассчитаны на трех-четыре человека, с душем на каждые одну-две палаты.

И, конечно, очень важно, что удалось сохранить хороший коллектив.

– Как бы Вы определили свой стиль руководства?

– Мой стиль – убеждать людей.

– Почему Вы отказались от директорства центра?

– Я был противником глобального объединения противотуберкулезной службы мегаполиса.

– Виталий Ильич, под Вашим руководством защищены 23 докторские и 52 кандидатские диссертации. Ваши ученики сегодня работают во всем мире.

– Это так. Многие из моих учеников уехали из России в страны, где наука развивается лучше. Они работали и работают во всех странах бывшего СССР, в США, в Израиле, в Германии, в Англии.

Но если говорить о фтизиатрических лабораториях, то подобных нашей в МНПЦ борьбы с туберкулезом в мире единицы. У нас сегодня работают хорошо образованные сотрудники. Они могут освоить и использовать в своей научной работе любой метод, следят за мировой научной литературой. Да и уровень проводимых у нас современных исследований намного выше, чем раньше, когда я начинал работу в иммунологии. К тому же вся аппаратура для исследований у нас есть.

– Виталий Ильич, отдавая столько времени и сил науке, остается ли у Вас время на хобби? Чем Вы любите заниматься вне стен лаборатории?

– Играю в бильярд, в настольный теннис. Раньше в футбол неплохо играл. Люблю путешествовать. Знаю наизусть много рассказов Зощенко, иногда читаю на вечерах. Люблю и знаю наизусть много стихов Пушкина, Маяковского, Есенина.

– А танцевать любите?

– За рок-н-ролл чуть не выгнали когда-то из института. После этого я написал стихотворение «История о том, как история с роком вышла Литвинову с Щацманом боком». Музыку люблю. Пресли, Армстронг, Фицджеральд, «Битлз»...

И, конечно, классику слушаю и смотрю: оперы, оперетты, балет.



Одно из свидетельств об увлечениях В.И. Литвинова в юности (и любопытный документ эпохи!) – «Удостоверение юного водителя автомашин», выданное Бауманским районным Домом пионеров 17 мая 1957 года 16-летнему Виталию Ильичу



– Виталий Ильич, в октябре 2014 года Вы стали лауреатом премии Галена «За лучшее биофармакологическое исследование в России». От имени редакции журнала и всех его читателей поздравляю Вас с этим достижением!

– Спасибо. Но одному сделать это было бы невозможно. От МНПЦ борьбы с туберкулезом лауреатами премии Галена кроме меня стали профессора Валентина Александровна Аксенова, Людмила Владимировна Слогоцкая, Петр Петрович Сельцовский, Сергей Евгеньевич Борисов и Елена Михайловна Богородская. Все мы, как и создатели рекомбинантного белка, рады, что о Диаскинтесте® сегодня не только знают, но и активно используют его в ежедневной практике.

.....

– Виталий Ильич, Ваш путь от рок-н-ролла до премии Галена так многогранен. Что бы Вы посоветовали молодым ученым, приходящим во фтизиатрию?

– Думать, работать с интересом. ... Иногда танцевать... и правильно использовать случай.

¹ Премия Галена учреждена в 1970 году французским фармацевтом Роланом Мелем (Roland Mehl) для популяризации выдающихся достижений в фармакологических исследованиях. Ее часто называют Нобелевской премией в сфере прикладных медицинских исследований. Награда присуждается за разработку и выпуск на рынок продуктов, развивающих мировое здравоохранение, символизирует признание достижений высочайшего уровня среди ученых мира. Изначально премия Галена присуждалась только во Франции. Сегодня она охватывает более 15 стран, в том числе (с 2013 года) Россию. Победителям вручается медаль, а лауреаты двух первых категорий получают возможность участвовать в соискании международной премии Галена, присуждаемой каждые два года.