

В.А. Аксенова – автор более 400 печатных работ, из них 30 – в зарубежных журналах. Имеет 5 патентов, более 20 монографий, среди которых – «Вакцинопрофилактика туберкулеза» (1998), «Туберкулез у детей и подростков» (2002), «Туберкулез. Национальное руководство» (2007), «Профилактика и раннее выявление туберкулеза у детей и подростков» (2009), «Вакцины и вакцинология» (2011), руководитель 6 научных грантов. Под ее руководством защищены 33 кандидатские и докторские диссертации.

Валентина Александровна Аксенова за время служения фтизиатрии и российской медицине награждена медалью Минздрава России «За заслуги перед отечественным здравоохранением», медалью «В память 850-летия Москвы», знаком «Отличнику здравоохранения» Минздрава России, знаком «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)».

В 1997 году Валентине Александровне Аксеновой объявлена благодарность Минздрава России. Она включена в список лучших женщин года в здравоохранении страны.



ПРАВИЛА УСПЕХА ЛИЧНОСТИ: ОЦЕНИТЬ СИТУАЦИЮ, ОТМЕНИТЬ НЕНУЖНОЕ, ВНЕДРИТЬ ПРАВИЛЬНОЕ

С главным детским фтизиатром России профессором Валентиной Александровной АКСЕНОВОЙ беседует врач и журналист Татьяна МОХРЯКОВА

– Валентина Александровна, уже более 20 лет Вы возглавляете детскую фтизиатрическую службу страны. Что считаете своим главным достижением?

– Главным достижением я считаю обретение самостоятельности и значимости детской фтизиатрической службы. Сегодня любые документы в Минздраве России, касающиеся фтизиатрии, выпускаются только после согласования со мной как с главным детским фтизиатром страны.

Дети – это четверть всего населения страны. И наконец-то все поняли, что фтизиатры могут решить проблемы только совместно с проблемами детства. Как ни странно, это было непросто доказать. Даже на уровне ВОЗ в приоритете долгое время были изоляция и быстрое абациллирование взрослого больного. Детское направление во фтизиатрии раньше отсутствовало: только последние 10 лет в ВОЗ существует рабочая группа по борьбе с туберкулезом у детей.

– Что для этого пришлось сделать?

– Пришлось доказывать, что с детьми надо работать иначе, чем со взрослыми. Важно было убедить фтизиатрическое сообщество и Министерство здравоохранения, что режимы химиотерапии у детей и у взрослых должны отличаться. В советское время, когда представитель ВОЗ Малгожата Гжемска курировала СССР по туберкулезу, мы с ней часто ездили по стране, обсуждая вопросы детской фтизиатрии. Она много

сделала для организации группы ВОЗ по детскому туберкулезу и сегодня ее возглавляет, продолжая помогать нам в решении насущных вопросов.

– Вы уже более 10 лет представляете Россию в рабочей группе ВОЗ по детскому туберкулезу от Восточной Европы. Чем для Вас интересна эта работа?

– Каждое совещание, которое проводится в Женеве, обязательно включает заседание рабочей группы по детскому туберкулезу, в котором я участвую. Мы разрабатываем национальные программы по фтизиопедиатрии, определяем приоритеты в детской фтизиатрии: сегодня это профилактика. При моем участии разработано и выпущено международное руководство по борьбе с туберкулезом у детей.

Сейчас актуален вопрос о детских дозировках противотуберкулезных препаратов. Он активно обсуждается. Вы в курсе, что в России их нет? Их не делают, потому что проще оставить взрослые дозировки. Особенно если это импортный препарат, который не разрешен детям из-за отсутствия клинических исследований: компаниям невыгодно их проводить. Детей с активным туберкулезом всего 5 тысяч на всю страну. И нам приходится подстраиваться под ситуацию: использовать только старые препараты, которые в советские времена не требовали проведения клинических исследований.

БЦЖ – это отдельная история

– *Ребенок рождается. Встает вопрос о вакцинации. Хотелось бы узнать Ваше отношение к БЦЖ.*

– БЦЖ – это отдельная история. Вся моя «фтизиатрическая жизнь» складывается из работ по вакцинации и ревакцинации. Моя докторская диссертация была посвящена отмене ревакцинации. Когда я начинала работать, ревакцинацию проводили людям до 30 лет каждые пять лет. К защите моей диссертации ревакцинацию в СССР проводили только в 7 и 14 лет. Постепенно мы отменяли ревакцинацию 14-летних – по разным регионам, в зависимости от эпидемической ситуации. И сейчас, наконец-то... не прошло и 30 лет... ревакцинация и в 14 лет отменена.

– *Как Вам пришла эта идея: отменить ревакцинацию?*

– Она пришла до меня многим ученым в мире.

– *Но именно Вы активно внедряли идею в России.*

– Пришлось проводить большие полевые испытания, которые никто до этого не смог провести. Ведь как доказать, что не нужна ревакцинация? Надо ее отменить и провести большие исследования на территориях, где она упразднена: посмотреть заболеваемость, формы и осложнения туберкулеза, чувствительность к туберкулину. Нам удалось получить приказ министра здравоохранения, разрешающий сделать это, и в течение пяти лет проработать тему на территории Московской области.

– *Расскажите об этой работе подробнее.*

– Вся Московская область – тогда ее население составляло 10 миллионов человек – была разделена на три группы районов. Группы были такие: в одной ревакцинацию проводили по прежней схеме, дважды, в другой – только в 7 лет, в третьей – только в 14 лет. Это были 1991–1995 годы – время, когда распадался Советский Союз. То есть исследование совпало с ухудшением социальной жизни в обществе и, как следствие, эпидемической ситуации по туберкулезу в стране.

Нам удалось доказать, что отмена ревакцинации оправдана и реальна, что насаивание одной вакцины (введенной при рождении) на другую (введенную при ревакцинации согласно календарю прививок) приводит к изменению чувствительности к туберкулину. Мы провели туберкулинодиагностику у тысяч детей в динамике и сравнили результаты: без ревакцинации не было гиперергической реакции, хотя инфицирование детей было одинаковым. По нашим данным, гиперергической чувствительности в условиях ревакцинации было в восемь раз больше, чем без нее.

Мы подтвердили, что вакцина защищает от болезни, а не от инфицирования микобактериями. Один раз встретившись с туберкулезной палочкой, ребенок инфицируется, и уже лишь

только правильно выбранная медицинскими работниками дальнейшая тактика ведения (при наличии первичной вакцинации) поможет защитить его от заболевания туберкулезом. Была показана значимость раннего выявления инфекции и массовой туберкулинодиагностики, которую проводили и (подчеркну) проводят только в нашей стране. До этого при гиперергии на туберкулин всем детям проводили профилактическое лечение от туберкулеза, хотя оно не всем было показано.

– *Чтобы идею отмены ревакцинации довести до приказа Минздрава России, наверняка требовалась колоссальная работа. Кто ее проводил?*

– Делала работу я. Минздрав прислушивался к моему мнению. Прислушивается и сегодня.

– *Как Вы думаете, в России можно отменить ревакцинацию и в 7 лет?*

– В перспективе – в ближайшие 5–10 лет, думаю, да. У нас не давали отменять ревакцинацию БЦЖ в 14 лет только из-за особенностей фтизиатрии: как наука она ретроградна. Если что-то новое вводится в практику, оно встречает большое сопротивление специалистов. Понять их можно – это, как правило, врачи, проработавшие многие годы во фтизиатрии. Они были у истоков внедрения вакцинации и видели первые результаты. Но времена меняются – должны меняться и мы! Туберкулез сейчас другой, и назрела необходимость пересмотреть подходы к борьбе с ним.

Например, внедряя в практику фтизиатров аллерген туберкулезный рекомбинантный (препарат Диаскинтест®), мы постоянно слышим: «Туберкулин мы изучали 50 лет. Изучайте столько же Диаскинтест®». Так и с ревакцинацией БЦЖ. Правда, в этом вопросе меня поддержала Любовь Александровна Митинская, которая вводила в СССР многократную ревакцинацию. Поддержала и была рецензентом моей докторской диссертации, выступала серьезным оппонентом и Маргарита Викторовна Шилова.

В мире уже было доказано, что однократное введение вакцины БЦЖ создает стерильный иммунитет и защищает организм от заболевания. В России стали отменять ревакцинацию, когда детские фтизиатры приняли данные и выводы проведенного нами большого клинического исследования.

Интересный факт: у нас в 14 лет уже некого было вакцинировать. Только 3% детей этого возраста нуждались в ревакцинации. И ради этих 3% все население данного возраста подвергали туберкулинодиагностике для отбора на ревакцинацию, что было колоссальной нагрузкой для учреждений общей лечебной сети.

– *С ревакцинацией понятно. А к вакцинации новорожденных как Вы относитесь?*

– Вакцинацию новорожденных БЦЖ ни в коем случае нельзя отменять в нашей эпидемиологически неспокойной жизни.

– В России есть центр осложненных БЦЖ, который организован благодаря Вашей инициативе. В чем была идея создания такого центра?

– Эта идея возникла после защиты мною докторской диссертации. Изучая осложнения вакцинации БЦЖ, я увидела, что их не регистрируют в общей лечебной сети, а пациенты бесследно теряются. Проводя работу, мы впервые стали регистрировать осложнения вакцинации БЦЖ в Московской области и взяли детей под наблюдение фтизиатров. Потом уже на российском уровне была создана диспансерная группа, которая активно работала в этом направлении. Сначала осложнений вакцинации БЦЖ было много, потому что стали их регистрировать. И на первых порах даже испугались результата. Потом их становилось все меньше и меньше. Сегодня осложнений БЦЖ – около 250 на всю страну.

– Центр осложненных БЦЖ создан в 1995 году. Он необходим, потому что осложнения БЦЖ бывают разные: одни – за счет нарушения техники введения вакцины, другие связаны с иммунологической настроенностью организма, третьи – с дефектом самого организма. Их обязательно надо отслеживать и впредь не допускать.

– А недавний случай на Дальнем Востоке – это тоже осложнение вакцинации?

– Нет. Там для постановки пробы Манту был использован сухой туберкулин, который сейчас, к счастью, уже снят с производства.

– О туберкулине мы еще поговорим. Хотелось бы узнать подробнее о БЦЖ и БЦЖ-М. В практике фтизиатров России остается БЦЖ? Или сегодня чаще используется БЦЖ-М?

– В основном сегодня в России вакцинируют новорожденных ослабленной вакциной БЦЖ-М с уменьшенным в два раза количеством живых микобактерий, названной БЦЖ-М. Но есть приказ Минздрава России, согласно которому ребенок, находящийся в очаге туберкулезной инфекции, должен быть вакцинирован БЦЖ. Это гарантирует его лучшую защиту от инфекции.

Туберкулин есть туберкулин

– Уже более 50 лет в России используется туберкулинодиагностика. Чем объяснить такую приверженность фтизиатров к реакции Манту?

– Значимостью пробы, которая нужна и должна быть. Туберкулин есть туберкулин. Он используется во всем мире. Но его надо применять строго по показаниям. У нас он много лет очень широко использовался из-за многократной ревакцина-

ции, отбор на которую был возможен только после туберкулинодиагностики. Сегодня реакцию Манту в основном ставят детям для диагностики туберкулезной инфекции.

– В России фтизиатрический опыт – один из передовых. Есть ли страны, где фтизиатрия, как и у нас, – активное направление медицины?

– Хочу отметить, что профессия фтизиатра существует только в России и в ряде стран СНГ. В мире вопросами туберкулеза занимается врач общей практики либо пульмонолог. Хотя фтизиатрический опыт был и есть во многих странах. Просто он ушел, а точнее, у западных врачей во многом изменились принципы работы. Интересен опыт Германии. Когда в конце XX века страна объединилась, первое, что произошло на территории бывшей ГДР – отменены вакцинация и ревакцинация. Роста заболеваемости после этого в стране не было. Есть страны, где трепетно относятся к вакцине БЦЖ: в частности, во Франции – в стране, откуда пришла в мир эта вакцина. А в Китае, например, своя вакцина – пекинский штамм, которым обязательно вакцинируют всех новорожденных.

– Вы за то, чтобы профессия фтизиатра осталась таковой или же за объединение ее с терапией или пульмонологией?

– Сейчас я за свою профессию. В перспективе... Знаете, этот вопрос много обсуждается. Высказывается мнение о переходе взрослой фтизиатрии в пульмонологию или в общую терапевтическую практику, детской фтизиатрии – в детские инфекции. Даже здесь у нас, детских фтизиопедиатров, свой путь. Но сейчас, когда в России туберкулеза еще много, не время отменять в стране профессию фтизиатра.

В момент нашего разговора в кабинет профессора Аксеновой зашла недавно защитившая диссертацию под руководством Валентины Александровны, теперь уже доктор медицинских наук из Якутии, Лариса Петровна Шепелева, чтобы попрощаться с учителем перед отъездом домой.

– Привет Якутии и всем докторам! И чтобы все у тебя было хорошо! ...Жду статью! – пожелала на прощание своей коллеге Валентина Александровна и с радостью поделилась со мной:

– У меня много учеников из Якутии.

– А в Якутии, кстати говоря, много туберкулеза?

– Якутия – это особая российская территория, где в тяжелых условиях жизни организована передовая фтизиатрическая служба. В Дальневосточном и Сибирском регионах лучшие показатели по заболеваемости туберкулезом у детей именно в Якутии.

Кстати, Лариса Шепелева защитила докторскую на тему: «Компьютерная томография во фтизиопедиатрии». Она сделала



В.А. Аксенова с маленьким пациентом во время одной из командировок в Республику Саха (Якутия)

вывод в своей работе, что для постановки диагноза детям не нужны обзорные и линейные томограммы: необходимы томограммы компьютерные. У детей при туберкулезе чаще всего поражается средостение, и обзорный рентгеновский снимок, как и линейная томограмма, как правило, ничего для диагностики не дает.

– Что же, внедрение компьютерной томографии может заменить флюорографию?

– Нет. Флюорография – это массовый метод исследования, такой как туберкулинодиагностика и проба с Диаскинтестом®.

В начале 2000-х годов, в связи с внедрением в практику фтизиатров компьютерной томографии, в России была гипердиагностика туберкулеза. Сейчас за счет применения Диаскинтеста® тоже есть небольшая гипердиагностика: выявляются старые очаги и обнаруживаются малые формы. На мой взгляд, лучше пусть будет такая гипердиагностика, говорящая о совершенствовании медицинской помощи населению, чем мы будем пропускать туберкулез или поздно его выявлять.

– Вы много ездите по регионам России. Наверняка в каждом из них своя специфика и особенность течения туберкулезных процессов.

– Это верно. Специфика есть в каждом регионе. Но как руководитель детской фтизиатрической службы давно заметила: чем дальше от Москвы, тем более серьезное отношение людей к должностям и к своим обязанностям.

Я поддерживаю Диаскинтест®!

– Валентина Александровна, я знаю, что Вы – активный сторонник использования препарата Диаскинтест®.

– С Диаскинтестом®, о котором я ничего не знала до 2009 года, у меня особая история.

Когда закрытые исследования, проводимые в Москве с участием академиков Михаила Израилевича Перельмана, Михаила Александровича Пальцева, Виталия Ильича Литвинова, закончились, для внедрения препарата в практику потребовалось утверждение этического комитета в Государственном НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича. Тогда Николай Васильевич Медуницын, директор института, обратился ко мне как главному детскому фтизиатру России с предложением изучить препарат на практике. С организаторами первых исследований М.И. Перельманом и А.М. Шустером мы обсудили детали и выбрали для больших полевых исследований Рязань и Самару, включив в работу по 500 детей из каждой территории. Сравнивали пробу Манту и пробу с Диаскинтестом® по соответствию диагноза по результатам проб, после чего я сказала: «Да. Я поддерживаю Диаскинтест®!» Спустя год после этого исследования группа экспертов, включая меня, дала добро для применения Диаскинтеста® во фтизиатрической службе. А недавно вышел приказ Минздрава России № 951 о разрешении применения Диаскинтеста® в скрининге туберкулеза.

– Сохраняется ли сегодня сопротивление фтизиопедиатров по поводу применения Диаскинтеста®?

– Что интересно, сохраняется сопротивление фтизиопедиатров, а не фтизиопедиатров. Фтизиопедиатры только первый год применения Диаскинтеста® были категорически против него. Но когда они поработали с ним год, одновременно применяя пробу Манту и пробу с Диаскинтестом® для диагностики туберкулеза у детей, изменили свое мнение: поддержали двумя руками Диаскинтест®.

Мы преодолеваем сопротивление большим количеством новых исследований, выступлениями перед врачебной аудиторией в разных регионах. Диаскинтест® постепенно внедряется в ежедневную практику. Сегодня уже каждый фтизиопедиатр знает: если Диаскинтест® положительный, ищи у ребенка туберкулез.

– Почему квантифероновый тест¹ нечасто используют в России?

– Это связано с особенностями внедрения в практику теста компанией-производителем.

¹ Вошедшее в российскую практику сокращенное наименование теста QuantiFERON® TB Gold In Tube, производство Cellestis, Victoria, Australia.

– *Есть ли у фтизиопедиатров желание уйти от пробы Манту и оставить только пробу с Диаскинтестом®?*

– Пробу Манту и пробу с Диаскинтестом® нельзя сравнивать напрямую. Можно сравнивать пробу с Диаскинтестом® и квантифероновый тест, но не пробу с туберкулином. Задачи тестов разные: Диаскинтест® выявляет болезнь, а туберкулин – первичное инфицирование.

Переход от одной диагностической пробы к другой не зависит только от одного желания врача. Во фтизиатрии подобные замены осуществляются строго после выхода приказа Министерства здравоохранения.

От туберкулинодиагностики уходят там, где она не нужна. Если ребенок инфицирован, что дает туберкулин? Проба Манту у него будет положительной всю жизнь. Какой смысл каждый год ее делать? Инфекцию однажды проба уже выявила. Основная масса детей инфицируется до 7 лет. И в перспективе это будет тест для детей как скрининговое исследование. А выявить болезнь как можно раньше – задача Диаскинтеста®.

На многих территориях сегодня уже ушли от туберкулина. Сначала это было связано с тем, что туберкулин подорожал и стал сравним по цене с Диаскинтестом®. А потом постепенно 29 территорий России полностью перешли на Диаскинтест®: вся Татария, Пермский край, Приморский край и многие другие субъекты Российской Федерации.

– *Диаскинтест® – одно из значимых открытий и внедрений во фтизиатрию. Но мир меняется не только со стороны открытий: появляются новые болезни. Насколько ВИЧ-инфекция внесла изменения в работу фтизиопедиатров?*

– Фтизиопедиатрии ВИЧ-инфекция мало касается. В основном это проблема взрослых фтизиатров. Но тема актуальна для педиатров, потому что невакцинированные дети ВИЧ-инфицированных родителей (как правило, из социально неблагополучной среды) попадают в очаги туберкулезной инфекции.

В НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова сейчас идет большая работа по изучению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей, в которой исследуются особенности вакцинопрофилактики, диагностики, лечения.

– *Валентина Александровна, Вы, конечно, знаете, что в Москве в работу участковых фтизиатров активно внедряется картографический метод в очагах туберкулезной инфекции. Как Вы к нему относитесь?*

– Очень положительно. Этот метод – основной принцип работы в детской фтизиатрии, потому что дети заболевают всегда

от кого-то, как правило, находясь в очагах туберкулезной инфекции. Принцип камня, брошенного в воду, – это, по сути, и есть картографический метод. У фтизиопедиатров всегда было принято: пришел в семью – проверь ее всю. Но было время, когда в нашем обществе вдруг стало считаться, что семья ребенка – это только его мама и папа, а бабушки, дедушки, тети, дяди как тесный круг общения не рассматривались. Сейчас, к счастью, это видение меняется.

Я везде и всегда говорю о том, чтобы фтизиатры перенимали передовой опыт Москвы в применении картографического метода. Считаю, что чем меньше туберкулеза, тем больше надо брать территорию очага для обследования.

– *Люди прислушиваются к слову с трибуны?*

– Ко мне, думаю, прислушиваются: велик опыт.

«Эта девушка должна работать в научном институте»

– *После защиты докторской диссертации Вы стажировались в Уэльсе, в Университете Суонси (Swansea University), по вопросам туберкулеза. Почему Вы выбрали Англию, а не Францию – родину БЦЖ?*

– В Университет Суонси меня направил Минздрав России как молодого специалиста в 1995 году после защиты докторской. Переводчиком со мной ездил Евгений Белиловский. С ним мы писали дипломную работу, статьи. Встречаясь сегодня на фтизиатрических форумах, мы всегда вспоминаем то время. Для него этот случай тоже стал стартом международной карьеры: он долгие годы работал в CDC&P².

– *Можете ли Вы сравнить образование на Западе и в России?*

– Думаю, что западную систему мы плохо знаем. Но тогда меня поражало, что врач, профессор кафедры, в доме у которой мы жили, ездит на работу в университет за 50 км только два раза в неделю. Интернет, Wi-Fi у них уже был в активном пользовании. Теперь я понимаю, как важно в тишине сосредоточиться и при необходимости быть на связи с научными сотрудниками.

– *Что Вы привезли оттуда в плане идей?*

– Понимание того, что нельзя закрывать фтизиатрическую службу. В Великобритании она уже была закрыта, объединена с общей практикой. И они сожалели об этом, как и о закрытии психиатрической службы и туберкулезных санаториев. Для Великобритании тогда это было проблемой.

² Центры по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention) – агентство Министерства здравоохранения США, задачами которого является укрепление национального здоровья и повышение качества жизни путем профилактики и контроля заболеваний, травматизма и инвалидности. В состав CDC входят 11 центров, институтов и отделений, включая Национальный центр профилактики ВИЧ, заболеваний, передающихся половым путем и туберкулеза. Агентство сотрудничает с ВОЗ, участвует в реализации национальных программ борьбы с туберкулезом во многих странах.

У нас, несмотря на сложное время перестройки, фтизиатрию, психиатрию как отдельные службы оставили, хотя угрозы были. Санатории пока тоже работают. На последнем совещании 2014 года в Минздраве России обсуждался вопрос санаторного лечения во фтизиатрии. Решили, что санатории надо перепрофилировать и сделать этапом долечивания. Пока все наши детские санатории работают.

– Валентина Александровна, как Вы пришли во фтизиатрию?

– Я выбрала специальность уже на первом курсе. Руководителем кафедры фтизиатрии Второго Медицинского была Ирина Еремеевна Кочнова – известный врач, профессор, у которой был лучший в стране студенческий кружок. Выступая как-то перед первокурсниками с приглашением заниматься в научном кружке, она сумела так заинтересовать моих однокурсников, что 20 человек пришли к ней на кафедру. Удивительно, что не одна я – практически все остались во фтизиатрии.

Итак, с I курса я занималась у И.Е. Кочновой. Видимо, успешно, потому что на распределении, которое тогда было обязательным, она сказала комиссии: «Эта девушка должна работать в научно-исследовательском институте». И мне дали свободный диплом. Александр Григорьевич Хоменко взял меня ординатором в диспансер. Параллельно в НИИ фтизиопульмонологии мне сразу дали ставку научного сотрудника, что и определило мою дальнейшую судьбу.

– А почему Вы пошли в педиатрию, а не на лечебный факультет?

– Это было решено еще до поступления в медицинский институт. У меня за плечами был фельдшерский факультет 28-го Московского медицинского училища при НИИ им. Н.В. Склифосовского, после которого я несколько лет работала на «скорой». Приезжая на вызов к взрослому и ребенку, я всегда видела и ощущала большую разницу в поведении больного, а главное – в результате лечения. В выборе факультета все определили искренность детей и мое желание помогать тому, кто быстро откликается на помощь врача и не лукавит при изложении жалоб и описании состояния.

– Могли ли Вы тогда представить, что будете главным детским фтизиатром страны?

– Даже в мыслях не было. Карьера выстроилась постепенно, как будто сама собой. Придя в Московский НИИ туберкулеза Минздрава России (ныне – НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова), я росла как ученый и занималась общественной работой. Была председателем Совета молодых ученых, председателем профсоюзной организации института, работала над кандидатской «Осложненные формы туберкулеза у детей», потом над докторской диссертацией «Специфиче-



Начало 1980-х... Младший научный сотрудник Московского НИИ туберкулеза Валентина Аксенова и руководитель детско-подросткового отделения института Лидия Васильевна Лебедева

(интервью с профессором Л.В. Лебедевой – см. «Туберкулез и социально значимые заболевания», 2014 г., № 5, стр. 70-74)

ская профилактика туберкулеза у детей и подростков», стала профессором, главным детским фтизиатром России, а с 1998 по 2011 годы была Генеральным секретарем Российского общества фтизиатров.

– Красивый путь ученого и общественного деятеля! Валентина Александровна, Вам легко принимать решения?

– Если я в нем уверена – да. В любом деле – и в науке, и в организации здравоохранения – важно вовремя оценить ситуацию и отменить ненужное, внедрить правильное.

– Вы различаете женское и мужское руководство?

– По-моему, женщина крупным руководителем, таким как, например, директор института, не должна быть. Возможно, она должна быть заместителем. Как правило, женщина идет на работу – думает о семье, идет домой – думает о работе. Мужчина работает с большей отдачей.

Мне в этом плане повезло. Могу много времени уделить работе. Я семью и ребенка приобрела еще до того, как поступила в институт. Дочь помогала мне печатать и кандидатскую, и докторскую, хотя сама она не пошла в медицину: занимается семьей, воспитывает троих детей. Мой старший внук учится в Сорбонне.

– Что Вам интересно сейчас в жизни?

– Видеть результаты работы моих учеников. Их защита – самое приятное для меня в профессии. Я готова им во всем помогать. Вот (В.А. показывает рукой на открытую внутреннюю дверь кабинета) раньше у меня был большой кабинет, но после ремонта я настояла, чтобы сделали из него два: в комнате поменьше – кровать, стол и душевая. Это комната моих аспирантов. Я запрещаю им снимать квартиру. Приезжая в Москву для защиты, они живут здесь. Пишут, занимаются, всегда могут обсудить со мной трудные вопросы.

– Сегодня во фтизиатрии не так много молодежи. А в Вашем отделении я встретила несколько молодых докторов. Как, на Ваш взгляд, можно привлечь людей во фтизиатрию?

– Увлечь интересной работой. Думаю, что для многих студентов медицинских институтов важно встретить интересного, знающего, опытного руководителя в студенческом кружке

и, как когда-то я, в нем начать свой путь во фтизиатрию или в другую выбранную специальность.

– Мнение кого из специалистов в мировой фтизиопедии значимо для Вас?

– Американского профессора медицины Роберта Старка из Хьюстона. Я была в его клинике в гостях, мы часто встречаемся на заседании рабочей группы по детскому туберкулезу ВОЗ. Обсуждаем многие вопросы детского туберкулеза и находим общие решения.

– Вы часто бываете на фтизиатрических форумах и конгрессах и выездных заседаниях ВОЗ. Какие страны Вас впечатлили больше всего?

– По территории и красоте больше всего меня впечатлила наша страна, самое красивое место которой – это Камчатка. Гейзеры – вот экзотика, которую нельзя описать словами, ее надо увидеть. Кстати, Камчатка сегодня – регион с хорошей ситуацией по детскому туберкулезу. Еще пять лет назад у них не было линейного томографа, а сейчас сделано очень много: стоит компьютерный томограф, служба слаженно работает, планируется открытие санатория.

От имени всех фтизиатров России редакция журнала «Туберкулёз и социально значимые заболевания» желает Валентине Александровне здоровья, интересной работы, талантливых учеников, новых открытий и разработок!