Главный фтизиатр Приволжского федерального округа (ПФО) и Республики Татарстан, профессор Равиль Шамилович ВАЛИЕВ – человек неординарный. Он видит корни многих медицинских проблем, понимает и находит оптимальный путь их решения. Является членом правления Российского общества фтизиатров, заслуженным врачом России и Республики Татарстан.

СТИЛЬ ЕГО ЖИЗНИ – ПОМОГАТЬ ЛЮДЯМ

Диалог ведет врач и журналист Татьяна Мохрякова

Мы встретились на V Ежегодной конференции московских фтизиатров, где у профессора Р.Ш. Валиева было два доклада: «Внутривенная терапия МЛУ/ШЛУ туберкулеза» и «Правовые и финансовые аспекты подготовки и аккредитации врачей в условиях мегаполиса».

– Хотелось бы начать с того, что на сайте вашей кафедры имеется информация: «Профессор Р.Ш. Валиев с учеными из других научных институтов г. Казани создал новое противотуберкулезное средство». Равиль Шамилович, прокомментируйте эту важную новость.

– Из-за роста лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) назрела потребность в новых противотуберкулезных препаратах. Но долгие годы у производителей не было интереса к созданию лекарств, действующих на МБТ: как к синтезу принципиально новых соединений, так и к модификации уже существующих. Фтизиатры Татарстана в результате многолетнего сотрудничества с Казанским институтом органической и физической химии им. А.Е. Арбузова разработали соединение, воздействующее на МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Создали и запатентовали изоцианураты – соединения с высокой противотуберкулезной активностью, видоспецифичностью и низкой токсичностью. Прошли доклинические исследования, показавшие перспективность нового препарата. Однако дальнейшие исследования приостановились, так как требовали значительного финансирования, которое мы не смогли обеспечить. Поэтому все материалы для дальнейшей работы я передал своему давнему коллеге – профессору С.Н. Скорнякову (тогда – директору Уральского НИИ туберкулеза), продолжившему исследования у себя в институте совместно со специалистами института им. А.Е. Арбузова.

НАУКА И ПРАКТИКА

– Какие исследования сегодня актуальны для вашей кафедры?

– Сегодня для нас, как и для фтизиатров всего мира, актуальна тема сочетанных инфекций – туберкулез и ВИЧ – и проблема профилактики формирования и лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя. Уже в 2005–2006 годах на нашей кафедре были защищены кандидатские диссертации и докторская по этой теме. В настоящее время исследования продолжаются. Многое уже сделано, имеются патенты.

На стадии патентования – методика реакции иммуноблотинга, позволяющая, с нашей точки зрения, решить вопрос об активности туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией и без нее. Мы надеемся, что наш метод позволит определить завершение активного туберкулезного процесса и ввести в практику показатели, по которым будет приниматься решение

Равиль Шамилович Валиев и профессор Сергей Николаевич Скорняков ((Всероссийская научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза», г. Москва, ноябрь 2017 г.)

о возможности прекращения лечения и будут делаться выводы о показаниях к проведению химиопрофилактики туберкулеза, в том числе у ВИЧ-инфицированных.

Предлагаемая сегодня методика поголовной неконтролируемой химиопрофилактики больным ВИЧ-инфекцией при снижении числа $CD4^+$-лимфоцитов менее 350 в 1 $мм^3$ не имеет перспектив: она приведет не только к неэффективному расходованию финансов, но и к нарастанию лекарственной устойчивости МБТ. С нашей точки зрения, сразу после выявления ВИЧ, особенно при числе $CD4^+$ клеток менее 350, необходимо проводить антиретровирусную терапию, которая снизит вирусную нагрузку. Вследствие этого вырастет иммунитет и не возникнет туберкулез и другие СПИД-ассоциированные заболевания. Раскрывать суть предлагаемого нами метода пока рано, работа еще не завершена и находится на стадии патентования.

– Известно, что одним из критериев для проведения химиопрофилактики считается положительная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.

– Создание отечественными учеными теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР), известного по запатентованному названию Диаскинтест®, – это определенный прорыв в современной фтизиатрии. И я горжусь тем, что по предложению одного из его создателей, моего коллеги и друга академика РАН В.И. Литвинова, фтизиатры Татарстана одними их первых начали внедрять его в практическую работу. Диаскинтест® в сочетании с компьютерной томографией позволил фтизиатрам Татарстана улучшить диагностику туберкулеза у детей: мы стали выявлять большее количество ранних форм и оптимизировали подходы к химиопрофилактике.

– Вы используете пробу с АТР преимущественно у детей?

– Да. Отмечу, что в отношении взрослых позиция медицинского сообщества относительно современных диагностических тестов на туберкулез пока не однозначная. Даже у пациентов с деструктивным бациллярным туберкулезом без ВИЧ-инфекции IGRA-тесты и проба с АТР могут быть отрицательными, в основном – из-за иммунодефицита. Необходимо оценить современные тесты подобно тому, как многие годы в разных модификациях изучались диагностические возможности туберкулина в установлении активности туберкулеза. Кроме этого, я считаю необходимым поиск новых методов определения активности туберкулезного процесса, основанных не только на оценке клеточного звена иммунитета.

Тем не менее мы считаем, что Диаскинтест® очень хорош. Он позволяет избежать химиопрофилактики туберкулеза там, где нет необходимости ее проведения. Тест с АТР можно и нужно широко использовать в практике. При этом надо понимать, что есть небольшая ниша, где он не работает и где необходимо пользоваться другими методами. Сейчас мы пытаемся запатентовать метод определения активности туберкулеза, который, с нашей точки зрения, позволит занять эту нишу.

Профессор В.А. Аксенова и академик РАН В.И. Литвинов вручают премию Московского общества фтизиатров имени профессора В.Л. Эйниса «За лучшую работу в области диагностики и лечения туберкулеза», которой был удостоен за работу «Возможности современных методов комплексной диагностики в исследовании специфических и неспецифических заболеваний легких и плевры» авторский коллектив в составе: профессора Равиля Шамиловича Валиева, Мунира Габдулфатовича Тухбатуллина (ФГБОУ ВО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России) и Екатерины Сергеевны Шамшуровой (ГАУЗ «Республиканский клинический ПТД» Минздрава Республики Татарстан), г. Москва, 2016 г.

– Ваши ученики не раз защищались по теме ВИЧ и туберкулез. Защита докторской диссертации – это всегда новое открытие в медицине?

– Особенно хочу отметить докторскую диссертацию моей ученицы И.М. Хаертыновой, заведующей кафедрой инфекционных болезней нашей академии, на тему «Совершенствование ранней диагностики туберкулеза и особенности его течения у больных ВИЧ-инфекцией». В ней впервые разработана и использована оригинальная модификация метода ИФА для количественной и качественной оценки противотуберкулезных антител в составе специфических циркулирующих иммунных комплексов, сформирован диагностический иммуноблот-стрип, содержащий полный спектр антигенов *M. tuberculosis*, определена группа антигенных компонентов МБТ, выделенных от больных туберкулезом, дающих максимальную специфичность при диагностике туберкулеза. Также выявлены серологические маркеры – предикторы активности туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Эта работа продолжается.

– В России много лет массовая флюорография используется как метод выявления туберкулеза. В Москве сейчас

Сотрудники кафедры фтизиатрии и пульмонологии Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России: сидят (слева направо) – Фатыхова Рамзия Хамитовна, ассистент, заслуженный врач Республики Татарстан, заместитель главного врача по работе с детьми Республиканского клинического ПТД Минздрава Республики Татарстан; Фаттахова Руфина Магсумовна, ассистент, заслуженный врач Республики Татарстан, кандидат медицинских наук; Валиев Равиль Шамилович, заведующий кафедрой, декан медико-профилактического факультета, доктор медицинских наук, профессор; Цыпленкова Регина Рафаэльевна, ассистент, врач-фтизиатр урогенитального отделения Республиканского клинического ПТД; стоят (слева направо) – Закирова Наиля Рашидовна, доцент кафедры, кандидат медицинских наук; Валиев Наиль Равилевич, доцент кафедры, главный врач филиала Республиканского клинического ПТД Детский противотуберкулезный санаторий, кандидат медицинских наук; Филатова Мария Сергеевна, ассистент, врач урогенитального отделения. врач-фтизиатр урогенитального отделения Республиканского клинического ПТД, кандидат медицинских наук

повсеместно внедрена проба с АТР. Расскажите о ситуации в вашем регионе.

–Это принципиально разные методы. Тест с АТР выявляет иммунный ответ на туберкулез, а флюорография – патологические изменения органов грудной клетки разной этиологии (туберкулез, опухоли, пневмонии и др.). Использование АТР сегодня в полной мере может позволить себе только Москва. Надо отдать должное академику РАН В.И. Литвинову и продолжающей его начинания Е.М. Богородской. Они сумели убедить Департамент здравоохранения и Правительство Москвы в необходимости достойно финансировать фтизиатрические программы. В столице России борьба с туберкулезом сегодня поставлена настолько хорошо, что АТР широко используют уже для выявления латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ), проводится ее химиопрофилактика. К сожалению, во многих субъектах России сегодня недостаточно средств даже для лечения больных туберкулезом, поэтому заниматься ЛТИ фтизиатры в этих регионах смогут не скоро.

– Вы видите причину успеха Москвы только в финансировании противотуберкулезных программ?

– Это немало. Не забывайте, что оно включает и достойную зарплату всем работникам противотуберкулезной службы. В столице решена проблема кадров, создана конкурентная среда среди врачей. А если посмотреть глубже на проблему финансирования регионов, как я уже говорил, в некоторых из них нет препаратов для лечения даже обычного туберкулеза, не говоря о туберкулезе с МЛУ МБТ. Это приводит к увеличению количества таких больных. Только за 2016 год у нас в ПФО среди леченых больных с МЛУ, по неполным данным, 276 новых случаев формирования туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ), что еще более удорожает лечение. Но Москва показала, что при правильной организации и финансировании можно эффективно бороться с туберкулезом, в том числе с МЛУ/ШЛУ МБТ.

– Ваша кафедра – одна из старейших в России.

– В 2021 году кафедре фтизиатрии и пульмонологии Казанской государственной медицинской академии исполнится 90 лет. У фтизиатрии Татарстана – богатая история. Традиционно мы были у истоков многих научных исследований. Кстати, Казанской академии постдипломного образования через

два года исполнится 100 лет. В Советской России в 1920 году были созданы всего три государственных института усовершенствования врачей (ГИДУВа): в Москве, Ленинграде и Казани. Казанскому ГИДУВу с личного разрешения В.И. Ульянова (Ленина) в честь его 50-летия было присвоено его имя. Организаторы здравоохранения того времени понимали важность борьбы с туберкулезом, и поэтому в ГИДУВах были открыты самостоятельные кафедры туберкулеза для переподготовки и усовершенствования не студентов, а врачей. До этого в медицинских университетах были в лучшем случае курсы фтизиатрии. Именно поэтому в годы Советской власти были достигнуты быстрые и значительные успехи в борьбе с туберкулезом. Сейчас, к сожалению, идет обратный процесс: кафедры туберкулеза включают в состав других кафедр.

– Изменилась ли методика обучения врачей на вашей кафедре?

– На кафедре я преподаю уже более 30 лет, из них более 20 лет заведую. Конечно, за это время преподавание изменилось кардинально. С развитием методов диагностики бронхолегочных заболеваний изменились методы и средства предоставления информации врачам. Появилось, например, дистанционное обучение. Вопросы фтизиатрии и ВИЧ-инфекции включены в программу с конца 90-х годов XX века и преподаются для врачей всех специальностей, обучающихся в академии. Это дает свои результаты: врачи чаще направляют пациентов к фтизиатрам «для исключения туберкулеза». А что касается регионов… В бюджете многих субъектов нет денег на обучение врачей в других городах. Министерствам или департаментам здравоохранения экономически выгоднее привезти к себе несколько сотрудников кафедры для обучения врачей. Поэтому только за последнее десятилетие сотрудники нашей кафедры провели циклы по фтизиатрии и пульмонологии для врачей в Татарстане, Чувашии, Бурятии, Калмыкии, Башкортостане, Марий Эл, Мордовии, Пермском, Камчатском и Приморском краях, Кировской и Ульяновской областях. В Астрахани в этом году наша кафедра обучила одновременно 43 фтизиатра. На следующий год кроме Казани запланированы циклы в Бурятии, Кировской и Самарской областях. Я рад, что Казанская школа фтизиатрии интересна врачам России, что они хотят у нас учиться.

ФТИЗИАТРИЯ ТАТАРСТАНА

– В Казани в 2016 году прошла межрегиональная конференция «Актуальные вопросы противотуберкулезной помощи детям и подросткам». Почему помощь детям и подросткам стала ведущей темой?

– Фтизиатры понимают, что, если решается проблема туберкулеза у взрослых, «детский туберкулез» уходит. Ведь дети заражаются от взрослых. В Татарстане заболеваемость детей – одна из самых низких в стране: 7,3 на 100 тыс. населения по итогам 2016 года. В ПФО – 8,3 на 100 тыс., в России – 12,5. Организация противотуберкулезной помощи детям в Казани может послужить примером для других регионов. Увидев наши достижения, профессор В.А. Аксенова, главный детский фтизиатр Минздрава России, предложила нам провести конференцию российского масштаба и с успехом участвовала в ней со своей командой лекторов.

– Какая сегодня заболеваемость туберкулезом в Татарстане?

– Заболеваемость туберкулезом в Татарстане (по ф. № 8) составляет 36,9 на 100 тыс., заболеваемость постоянного населения – 31,2. В отличие от большинства регионов России число бактериовыделителей с МЛУ МБТ снижалось с 2004 до 2012 года, после чего стало увеличиваться. Если мы сравним этот показатель сегодня с данными 2004 года, когда их было 425 человек, то увидим, что сегодня он вырос и составляет почти 500 человек.

– С чем это связано?

– Думаю, с организацией и методикой лечения. В 2004 году исследование нашей кафедры выявило в Татарстане большой процент устойчивости МБТ к изониазиду и рифампицину (МЛУ): 27,2% среди всех бактериовыделителей и 8,7% среди вновь выявленных больных. Поэтому оставлять пациентов на этих двух препаратах (основных по 109-му приказу) в фазе продолжения лечения посчитали нецелесообразным. Министр здравоохранения Татарстана К.Ш. Зыятдинов, выслушав наши аргументы, одобрил лечение больных не строго по 109-му приказу Минздрава России, а с учетом нашей методики. Надо сказать, что с этим не во всем были согласны коллеги-фтизиатры Центрального НИИ туберкулеза и специалисты ВОЗ, требовавшие отмены такого решения.

– Что нового Вы тогда предложили?

– Мы более длительно проводили интенсивную фазу лечения: 6 месяцев четырьмя препаратами при отсутствии бактериовыделения или данных об устойчивости МБТ. При распространенных деструктивных формах туберкулеза интенсивная фаза также была более длительной, чем рекомендовалось (именно рекомендовалось, а не приказывалось приказом № 109). Предложенная методика лечения и опыт ее использования показали результативность: снизилось число неэффективно леченных больных, рецидивов, и, самое главное, не было зарегистрировано хронизации туберкулезного процесса и формирования МЛУ. На эту тему защищены диссертации, одна из которых – кандидатская М.С. Филатовой «Особенности течения и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких» под моим руководством. Мы показали, что

в 2004 году распространенность туберкулеза в Татарстане была на 15% ниже, чем в России, а в 2012 году разница составила уже 85% в нашу пользу.

В 2014 году профессор С.Н. Скорняков на основании определения устойчивости МБТ в операционном материале при небациллярных формах туберкулеза установил: не менее чем в половине случаев имеется не только МЛУ, но даже пре-ШЛУ МБТ. То есть полностью подтвердил наши данные. В настоящее время наши выводы подтвердились в очередной раз. Например, в Нижегородской области среди бактериовыделителей МЛУ МБТ составляет 72,9%, в Ульяновской области МЛУ МБТ среди вновь выявленных больных с бактериовыделением – 43,1%. При такой устойчивости бессмысленным становится фаза продолжения лечения двумя препаратами при III режиме химиотерапии, химиопрофилактика туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных детей... Тем не менее, согласно нормативным документам, она проводится. А в Татарстане даже при росте числа больных с МЛУ за последние 5 лет на 63% среди бактериовыделителей туберкулез с МЛУ МБТ сегодня – 37,5%, у вновь выявленных бациллярных больных – 20,5%. Выводы делайте сами.

– В СМИ прошла информация, что в 2012 году закрыты противотуберкулезные диспансеры (ПТД) в Елабуге и Чистополе. Почему это случилось и как теперь ведется противотуберкулезная работа в этих городах?

– В городах России ПТД нередко расположены в старых зданиях. А районные нередко находятся в зданиях, построенных в стиле «баракко» (прошу не путать этот стиль с барокко). Таким был Чистопольский ПТД, располагавшийся в бывшем купеческом особняке, где прачечная с кубовым чаном из железа на подпорках, отапливаемом дровами, была в подвале, а деревянный туалет находился на улице. И больной, к примеру, с казеозной пневмонией, с температурой под 40 °С, диареей вынужден был даже в 30-градусный мороз выходить на улицу в туалет. В XXI веке. В Чистополь (в 130 км от Казани) долгое время можно было доехать только на пароме. Новый мост сократил расстояние: сейчас можно добраться за 2 часа. Закрыв диспансер, мы решили проблемы пациентов. Стационарные больные переведены в Казань, для амбулаторных в структуре ЦРБ открыт туберкулезный кабинет.

В Елабуге, городе с 1000-летней историей и населением 70 тыс. человек, была иная ситуация. Главный врач ПТД Фаузия Шагисултановна Абдуллина так хорошо организовала работу в городе, что в нем на учете осталось всего 40 больных активным туберкулезом. В 20 км от Елабуги – в Набережных Челнах – построен новый ПТД, и пациенты теперь ездят на лечение и обследование туда.

Всего за последние годы в Татарстане мы закрыли более 1000 коек, так как уменьшилось количество больных. Сегодня койка работает 345 дней в году. За время моей работы директором Республиканского клинического ПТД в 1996–2012 гг. мы закрыли койки, где условия пребывания не соответствовали нормам. Сократив их, мы сэкономили 933 млн рублей. На приеме у министра финансов Татарстана я сказал: «Мы сэкономили республике 933 млн рублей. Повышение зарплаты фтизиатрам на 10 тыс. рублей в месяц, медсестрам – на 5, а санитаркам на 3 тыс. потребует 108 млн рублей в год, и мы сумеем привлечь в службу молодых врачей». То есть мы свои деньги отработали на 10 лет вперед. Министр оценил это и согласился с нашим предложением. С 2012 года в Татарстане выплачивают эти надбавки. И в других регионах ПФО при встречах с руководителями здравоохранения я предлагаю при сокращении коек деньги оставить во фтизиатрии на зарплаты, ремонт, оборудование. Сейчас они, к сожалению, остаются в здравоохранении в лучшем случае.

– Вернемся к кадровому вопросу. Из Вашего выступления я узнала, что диспансеры Татарстана укомплектованы кадрами всего на 50%.

– Это проблема не только Татарстана, но и ПФО, и даже всей России. Сегодня врачи не идут во фтизиатрию. А в 2017 году еще и ординатуру по фтизиатрии вдруг сделали платной: 92 тыс. рублей в год. То есть за два года выпускник должен отдать почти 200 тыс. рублей, чтобы иметь возможность лечить туберкулез у больного БОМЖа с наркоманией, ВИЧ-инфекцией, гепатитом и другими болезнями. На совещании в Москве в июне 2017 года я сказал об этом главному фтизиатру России И.А. Васильевой. Ее авторитет на уровне регионов и Минздрава России высок. Она подняла и решила эту проблему в Минздраве России. Сегодня есть запрос Минздрава о потребности во фтизиатрах на 2018–2020 годы, и мы надеемся, что вернемся к подготовке фтизиатров на бюджетной основе. Но насколько мне известно, многие территории дали заниженную потребность в кадрах, не учитывая, что в системе работает много пенсионеров. Они уйдут, и некоторые диспансеры придется закрыть. Это серьезный вопрос, требующий решения на уровне страны.

ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

– Татарстан – один из успешных регионов Приволжского федерального округа по туберкулезу. Сколько регионов в округе, где Вы – главный фтизиатр, и какова ситуация в них по заболеваемости и смертности от туберкулеза?

– В ПФО – 14 регионов: шесть республик, один край, семь областей. Заболеваемость взрослых (по ф. № 8) в Татарстане – 36,9 на 100 тыс. населения, Пермском крае – 77,2, в Оренбургской области – 74,8, в Самаре – 77,1, в Саратове – 47,4. Однако порой мы сравниваем территории, не сопоставимые по количеству населения, площади, климату, экономике. Небольшую

Российские фтизиатры – участники Первой глобальной министерской конференции ВОЗ по туберкулезу (слева направо): Рауль Ахнафович Шарипов, главный врач ГБУЗ «Республиканский клинический ПТД» Минздрава Республики Башкортостан; Баймурат Мусаевич Асанов, главный врач ГКУЗ «Областной клинический ПТД» (г. Ульяновск), доктор медицинских наук; Александр Михайлович Пантелеев, профессор кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, доктор медицинских наук; профессор Равиль Шамилович Валиев; профессор Сергей Евгеньевич Борисов, заместитель директора ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом»; Гумэр Сыраевич Хасаншин, главный врач ГБУЗ «Пензенская областная туберкулезная больница» (г. Москва, ноябрь 2017 г.)

Чувашию с населением чуть больше миллиона и Марий Эл, где меньше миллиона, Кировскую область с большой территорией, малой плотностью населения, неразвитой структурой здравоохранения и огромный Пермский край. Башкортостан и Татарстан – экономически развитые территории, доноры в федеральный бюджет. Чувашия, Марий Эл, Кировская область – дотационные.

– Однако требования Минздрава России едины для всей страны. Как главный фтизиатр такого разнопланового округа решает вопросы борьбы с туберкулезом в нем?

– Решаю исходя из ситуации. В 2017 году я встречался с министрами здравоохранения Чувашии, Башкортостана, Марий Эл, Самарской, Кировской областей, Мордовии. Обо всех проблемах и принятых мерах информирую Минздрав России, И.А. Васильеву. Когда речь идет о стратегии борьбы с туберкулезом, важен анализ, в том числе учет географического положения территорий. Наиболее высокая заболеваемость коинфекцией ВИЧ/туберкулез в ПФО – в Оренбургской, Самарской, Ульяновской областях, на юго-востоке Татарстана, в Пермском крае. ВИЧ-инфекцией, как вы знаете, чаще болеют наркоманы. Одна из причин высокой заболеваемости на этих территориях – их близость к путям наркотрафика. В частности, к Казахстану, с которым в России сегодня действует безвизовый режим. Казахстан граничит с республиками Средней Азии. Граждане Таджикистана и Афганистана свободно перемещаются внутри региона: в горах нет реальной границы. Поэтому наркотрафик через Таджикистан и Казахстан к нам максимально упрощен. И пока не будут решены вопросы перехода границ, рассчитывать на снижение числа наркопотребителей, а значит, и на заболеваемость ВИЧ и туберкулезом в этих регионах России не приходится. Такая же ситуация в Свердловской, Омской, Новосибирской областях, которые также граничат с Казахстаном.

– Включается геополитический контекст проблемы?

– Да. Раз здесь пути наркотрафика, мы должны понимать: центру СПИД и противотуберкулезной службе, находящимся в составе Минздрава, не по силам решить вопрос. Преграду могут поставить ФСБ и МВД. То есть проблема ВИЧ и туберкулеза, профилактика этих инфекций – транснациональная и требует межведомственного взаимодействия разных стран. Это уровень Правительства России. И в этом плане большие надежды на Первую глобальную министерскую конференцию ВОЗ по туберкулезу[1].

[1] Отчет о Первой глобальной министерской конференции ВОЗ по туберкулезу опубликован в № 1 журнала «Туберкулез и социально значимые заболевания» за 2018 год.

Профессор Р.Ш. Валиев с Ириной Анатольевной Васильевой, профессором, главным фтизиатром Минздрава России, директором Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава и Анастасией Геннадьевной Самойловой, заместителем директора по научной работе, доктором медицинских наук (Всероссийская научно-практическая конференция «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулеза», г. Москва, ноябрь 2017 г.)

– Есть ли отличия в организации противотуберкулезной службы в различных областях региона?

– Они отличаются методикой работы с бациллярными больными. Ведь если убрать бациллярное ядро, они перестанут заражать других людей, в первую очередь – детей. Приведу пример Пензенской областной туберкулезной больницы, главный врач которой Г.С. Хасаншин несколько лет назад пришел ко мне с вопросом: «Что делать?». Я посоветовал укрепить кадровый состав и постараться прооперировать всех туберкулезных больных-хроников в регионе. Вопрос с кадрами был решен благодаря губернатору, одобрившему обращение Г.С. Хасаншина о надбавке к зарплате фтизиатров: сначала на 10, потом на 20 тыс. рублей. Операции большинству пациентов-хроников выполнил профессор Д.Б. Гиллер, которого пригласили в регион. Итог таков: до 2012 года по низкому уровню заболеваемости и распространенности туберкулеза в ПФО лидировали Татарстан и Башкортостан, а сегодня Пенза выходит в лидеры.

Саратов предлагает свои методики раннего выявления туберкулеза. Башкортостан внедрил систему организации лечения проблемных больных, при которой в случае уклонения пациента от химиотерапии собирается сельский сход и убеждает больного лечиться. Идея очень хорошая, но надо обсуждать, в какой юридической форме это может стать правомочным. При таком подходе реализуется право граждан на защиту от туберкулеза.

– Вероятно, многое в регионе зависит от главного фтизиатра.

– Да. Как и от главного фтизиатра России. Меня радует, что Ирина Анатольевна Васильева, главный фтизиатр России, открыта для обсуждения проблем регионов. При необходимости она собирает рабочую группу по решению тех или иных вопросов оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Далее они обсуждаются Российским обществом фтизиатров и внедряются в практику. Российские рекомендации по химиотерапии под ее общей редакцией уже трижды переиздавались с необходимыми изменениями.

– Фтизиатры страны ежегодно проводят региональные и общероссийские конференции. Насколько это важно?

– Думаю, что надо собираться, потому что в XXI веке многое быстро меняется. В частности, ситуация в регионах. Фтизиатрам есть что сказать друг другу. Важны обмен опытом и контроль ситуации.

– Как Вы, главный фтизиатр округа, помогаете коллегам в регионах?

– Во время встречи с Министром здравоохранения Кировской области был решен вопрос о выделении средств на закупку препаратов первого ряда. В Самаре недавно был с коллегами у министра по вопросу сноса ветхих строений, в которых находятся противотуберкулезные учреждения.

Учитывая проблему финансирования строительства новых зданий, мы предложили решать вопрос на условиях государственного и частного партнерства.

– Расскажите об этом подробнее.

– Могу привести пример Казани. В 2007 году премьер-министр республики Р.Г. Минниханов (теперь он президент Татарстана) нашел инвесторов, которые за место в центре, занимаемое тубдиспансером, отремонтировали и перестроили здание бывшей городской больницы. Выиграли все. Диспансер получил современные здания в сосновом лесу, оснащенные современным оборудованием, с 2–3-местными палатами, двумя современными операционными, реанимационным отделением, прекрасным детским отделением. А инвестор – концерн «Транснефть» на полученном месте построил в центре Казани большое красивое здание.

– Легко ли быть главным специалистом?

– Нелегко. Это всегда ответственность. Главный специалист округа требует исполнения документов, регламентирующих деятельность и врачей, и руководителей противотуберкулезной службы. Никакой закон не может заменить совесть врача, но и совесть врача не может заменить закон. Врач осознанно пришел в медицину, а тем более – во фтизиатрию. Его цель – помочь больным. Это необходимо сделать на основании документов, выработанных врачебным сообществом фтизиатров. Если врачи будут это понимать и делать свое дело, главному будет легче. Он будет заниматься не проверками, а продвижением новых технологий, добиваться лучших условий работы.

Я не всегда был главным врачом. Начинал фтизиатром в сельской ЦРБ, после ординатуры был старшим лаборантом, ассистентом, доцентом, заведующим кафедрой, 16 лет был главным врачом республиканского диспансера, главным фтизиатром Казани, сейчас – Татарстана и Приволжского федерального округа. В течение многих лет, как уже говорил, выезжаю в различные города, поэтому достаточно хорошо знаю все проблемы и сельского, и городского здравоохранения не только нашего округа, но и России.

– Как бы Вы назвали стиль своей жизни?

– Раз я пошел в медицину, тем более во фтизиатрию, считаю, что пришел в этот мир, чтобы помочь людям.

Редакционная коллегия желает Равилю Шамиловичу Валиеву здоровья и воплощения в жизнь всех его научных идей и разработанных диагностических и лечебных технологий!