

Н. В. Рудаков – о природно-очаговых и зоонозных инфекциях, их специфической и неспецифической профилактике, прививках и работе с антиваксерами

Спикер: Николай Викторович Рудаков, директор омского НИИ природно-очаговых инфекций Роспотребнадзора, д. м. н., профессор

– Какие направления научно-исследовательской работы охвачены в вашем институте? Где вообще готовят специалистов для работы вашего профиля?

– Наш институт является единственным профилированным полностью по проблеме природно-очаговых инфекций. На нашей базе функционируют три федеральных референс-центра – по риккетсиозам, боррелиозам и бешенству. Кроме этого, большое направление работ по природно-очаговым арбовирусным инфекциям. Далее это блок зоонозных инфекций: бруцеллез, лихорадка Ку, листериоз и некоторые другие. Затем блок паразитарных болезней. Мы один из немногих научно-исследовательских институтов, которые занимаются этой проблемой. У нас в стране специалистов-паразитологов, к сожалению, не очень много.

Следующее направление – это ВИЧ-инфекция. На нашей базе работает Сибирский федеральный окружной центр по борьбе с ВИЧ.

И, естественно, коронавирусная инфекция. Мы один из первых 14 референс-центров, которые в соответствии с указанием Анны Юрьевны Поповой были созданы для диагностики и мониторинга этой инфекции.

Что касается подготовки, то в основном это специалисты эпидемиологического, микробиологического профиля, и их готовят медицинские вузы, в частности, базовым является наш Омский государственный медицинский университет. И по биологическому направлению, конечно, это в большинстве своем представители различных классических университетов, специалисты-биологи.

– Насколько, на ваш взгляд, важна именно научная работа в структурах Роспотребнадзора?

– Прежде всего в самих названиях специальности – эпидемиология, микробиология, эпидемиолог, микробиолог – звучит слово «наука». По сути дела, то, чем занимаются все специалисты Роспотребнадзора, центров эпидемиологии и гигиены, управлений и научно-исследовательских

институтов, – в единой цепи все мы занимаемся научно-исследовательской работой. Я бы сказал, что это слаженный коллектив единомышленников. И очень много во всех заведениях нашей системы кандидатов, докторов наук, профессоров. Это неразрывная научно-практическая работа по эпидемиологии, микробиологии, инфекционным, паразитарным заболеваниям и другим направлениям.

– Что относят к природно-очаговым инфекциям? Есть ли какая-то статистика по регионам России? Где и какие именно инфекции наиболее распространены? Как обстоят дела в вашем регионе?

– Если глубоко не вдаваться в детали, есть целое учение о природной очаговости болезней, которое в 1939 году впервые оформил академик Е. Н. Павловский. Природно-очаговые инфекции в самом широком смысле – это те инфекции, возбудители которых существуют в природе неопределенно длительное время без участия человека. Есть человек, нет человека – эти очаги существуют.

Очаги имеют свое распространение, то есть так называемый нозоареал. Для одних инфекций он более широкий. К наиболее широко распространенным в нашей стране инфекциям относится клещевой энцефалит. Еще большее распространение имеют очаги иксодовых клещевых боррелиозов. В Сибири и на Дальнем Востоке одной из трех важнейших нозологических форм являются риккетсиозы, прежде всего сибирский клещевой тиф. Широкий ареал имеет геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, ГЛПС. Это в основном Поволжье в европейской части, Уральский регион и Дальний Восток.

Часть природно-очаговых инфекций имеет более локальные ареалы. Например, астраханская пятнистая лихорадка, которая распространена в Астраханской области и ближайших территориях России, Казахстана. Или марсельская лихорадка, встречающаяся только в Крыму. То есть у каждой нозологической формы есть свой более или менее широкий ареал.

Что касается регионов Сибири, Дальнего Востока, то здесь три основные клещевые формы – это клещевой энцефалит, клещевые боррелиозы и клещевые риккетсиозы. Если брать статистику, то всего в соответствии с формой № 1 «Сведений об инфекционных и паразитарных заболеваниях» больше 20 нозологических форм природно-очаговых, особо опасных и зоонозных инфекций. В структуре примерно 60% – это те инфекции, которые

передаются клещами, менее 1% – передаваемых комарами, и 34–35% – нетрансмиссивные инфекции, которые не передаются клещами и комарами.

Но там есть и чисто зоонозные формы, не связанные с грызунами, например бруцеллез. Всего около 20 нозологических форм, из них 11 нетрансмиссивных, не передающихся комарами, восемь клещевых и две комариные.

А из клещевых примерно 65% процентов – это иксодовые клещевые боррелиозы. На втором месте – вирусный клещевой энцефалит, около 17%. И дальше риккетсиозы, они практически на том же уровне, что и клещевой энцефалит. Но территориально доля этих инфекций в разных регионах отличается.

– Скажите, пожалуйста, учитывая достаточно северную локацию, лесистость и преимущественно резко континентальный климат, такая природная очаговость характерна для всех стран, которые находятся примерно в этих же параллелях, или это именно российская природно-очаговая особенность?

– Нет, природные очаги различных инфекций встречаются везде в других странах, на разных континентах, но у каждой инфекции есть свой нозоареал, то есть своя зона распространения. Это связано с биоценологической структурой, то есть так называемой паразитарной системой, которая включает наряду с возбудителем переносчиков инфекций и теплокровных хозяев. Есть понятия тропических болезней, например, и так далее. То есть для каждой нозологической формы есть свои особенности. Это изучает ландшафтная эпидемиология. То есть связь ландшафта с определенными регионами – это все очень закономерно.

– Хотелось бы подробнее остановиться на риккетсиозе – тот самый сыпной тиф, который также передается при укусе клеща. По каким симптомам можно его определить?

– На самом деле есть целая группа клещевых риккетсиозов. Известно около 10 видов риккетсий, патогенных для человека. Я в данном случае говорю про Россию. В мировом масштабе их десятки. Наиболее распространенная нозологическая форма – это сибирский клещевой тиф. Он распространен в южных регионах Сибири, Дальнего Востока. Примерно в 16–17 регионах регулярно встречается.

Так же, как и клещевой энцефалит, иксодовые боррелиозы, передается иксодовыми клещами. Но в основном это другие виды клещей, не те таежные, с которыми связаны те две нозологические формы. Это степные и лесостепные клещи. Именно в этих ландшафтах, в горностепных, степных и лесостепных, преобладает заболевание риккетсиозами.

Клиника у многих клещевых инфекций схожа. Обязательно нужна лабораторная диагностика. Но риккетсиоз имеет свои особенности. В частности, первичный аффект – на месте присасывания клеща, часто его называют реакцией на укус клеща. Слышали, наверное, в околонаучной литературе используется такой термин. Такая язвочка с корочкой, вокруг места укуса зона гиперемии. Характерны высокая температура, региональный лимфаденит, лимфангиты. Достаточно часто – пятнистая папулезная, иногда геморрагическая сыпь по телу. И поражение эндотелия сосудов, в основном периферических, оно оставляет после себя довольно серьезные последствия. Хотя летальность крайне низкая, но это тоже распространенная инфекция. Причем в регионах Сибири и Дальнего Востока она преобладает над другими клещевыми инфекциями. То есть там заболеваемость риккетсиозами значительно выше, чем клещевым энцефалитом и боррелиозом.

– Но вакцины нет, соответственно, только неспецифическая профилактика возможна?

– Антибиотики и превентивная иммуноглобулинопрофилактика. В свое время был отработан алгоритм. Это разработки нашего института еще 1970-х годов: применительно сначала к клещевому энцефалиту, то, что сейчас ни у кого не вызывает сомнения. Исследование снятого переносчика при положительном результате – введение иммуноглобулина.

В дальнейшем эта же технология была перенесена и на другие, передаваемые клещами инфекции. Сейчас обследуют снятых переносчиков и в зависимости от того, что в них выявляется, это могут быть и боррелии, это могут быть вирус клещевого энцефалита, эрлихии, анаплазмы и ряд других клещевых агентов – проводится или введение иммуноглобулина (клещевой энцефалит), или соответствующая превентивная антибиотикотерапия (бактериальные клещевые инфекции).

– Сейчас много говорят про нарастающую антибиотикорезистентность, но в основном это касается вирусов. Как себя ведут те же самые риккетсии и боррелии: они чувствительны к антибиотикам?

– Дело в том, что человек для большинства возбудителей природно-очаговых инфекций является тупиком. Поэтому никакой роли в эволюции антибиотикорезистентности этих микроорганизмов лечение клещевых инфекций не оказывает. И данных о том, что формируется антибиотикорезистентность при профилактическом применении, нет. Это маловероятно.

– Мы много говорили о боррелиозе и болезни Лайма с вашими коллегами. Лабораторные исследования клеща на анализ, аккуратно отсоединяем либо клещедером, который в аптеке продается, либо пинцетом. А если, например, человек переболел, не получая антибиотикотерапию, обязательно ли будут последствия для здоровья?

– Я хотел бы несколько слов сказать прежде всего про лабораторную диагностику. Двухраундовый алгоритм существует. То есть первично исследуют снятых переносчиков и при положительных результатах проводят превентивную антибиотикотерапию. И второй вариант, если человек не обследовался, у него есть подозрение уже на возникновение иксодового клещевого боррелиоза, в данном случае пациента исследуют в ранние сроки, обычно в первую неделю, с помощью ПЦР, а в более поздние сроки – с помощью иммуноферментного анализа для выявления антител. Лабораторное подтверждение идет с помощью иммуноферментного анализа.

Что касается последствий, то они очень серьезные, разнообразные и в значительной степени зависят от того, проводилось ли лечение и насколько ранней была профилактика. То есть у человека еще нет заболевания, но есть положительные результаты снятого переносчика, здесь надо начинать антибиотикопрофилактику, и мы получим максимальный эффект. При лечении, когда не проводили своевременную профилактику, эффект уже снижается.

И хуже всего эффект при так называемых безэритемных формах, поскольку при наличии эритемы у пациентов диагноз ставят довольно быстро. То есть видят эритему и говорят: «Это боррелиоз, давайте еще лабораторно подтвердим».

Последствия, как правило, бывают часто, они могут быть разные и достаточно серьезные. Самое сложное – это формирование хронических форм боррелиозов при несвоевременном лечении или отсутствии лечения. Это может быть и поражение кожных покровов, суставов, сердца. Есть и нейроборрелиоз. Поэтому относиться к этой инфекции нужно очень серьезно. Иногда лечение затягивается на месяцы. То есть не всегда эффективна даже антибиотикотерапия.

– Тогда перейдем к еще одним кровососущим – комарам, которые также могут быть переносчиками болезней, хотя и с меньшей вероятностью. Но применительно к России обычно вспоминают либо про завозную случайную малярию, либо про так называемую «трехдневную» малярию, которая в основном встречается в южных регионах России, крымскую геморрагическую лихорадку и так далее. Расскажите о них, пожалуйста.

– Да, для России характерны все-таки преимущественно клещевые инфекции. Комариные составляют очень небольшой процент. Реально это лихорадка Западного Нила, которая характерна для определенных регионов нашей страны, в основном европейской части, южных регионов. И среди завозных – это лихорадка денге. Это две наиболее распространенные формы.

Но денге сейчас очень мало, поскольку сократился поток за рубеж. В южных странах эта инфекция есть. А лихорадка Западного Нила... Осуществляются достаточно эффективные противокомариные истребительные мероприятия в регионах, где она распространена, поэтому там в последние годы тоже идет тенденция на снижение заболеваемости.

Другой вопрос, что есть целый ряд арбовирусов, передаваемых комарами, которые могут быть завезены из экзотических стран. Дело в том, что в южных регионах есть очень много арбовирусных инфекций, и чтобы их выявить, нужно проводить достаточно тщательную лабораторную диагностику. Их несколько десятков с очень экзотическими названиями. Я все перечислять не буду.

Если у человека после поездки возникает лихорадка, проявления со стороны нервной системы, головная боль, еще какие-то проявления и прочее, нужно сразу обращаться к врачу, определяться с кругом инфекций, исходя из того региона, откуда он приезжает, поскольку комариные инфекции тоже

природно-очаговые, и каждый возбудитель имеет свой ареал. Поэтому четко можем сказать, из каких стран какие инфекции можно привезти.

– А если обобщать и говорить о неких общих основных мерах профилактики природно-очаговых инфекций, какие можно буквально «на раз, два, три» перечислить? Если излагать это доступно для обычных людей, неспециалистов. Что делать, чего не делать?

– На самом деле мер защиты от природно-очаговых инфекций существует очень много, и они в определенной степени зависят от того, что это за инфекция. Если это клещевая инфекция – комплекс противоклещевых мероприятий. Комары – значит, это будут прежде всего антикомариные мероприятия. Если связано с грызунами – такие, допустим, как туляремия, листериоз и ряд других нозологических форм, псевдотуберкулез, там будут свои особенности. При пищевых зоонозах будет свой комплекс.

Если говорить в самом обобщенном виде, то эти меры делятся на специфические – вакцинация – и неспецифические – это различные защитные мероприятия, использование средств защиты в природных очагах. Кроме этого, они делятся на коллективные и индивидуальные методы. Понимаем, что, если человек выезжает в очаг, он прежде всего должен принимать индивидуальные меры профилактики.

– Что касается кишечных инфекций, то здесь скорее даже санитарно-гигиенические в основном?

– Да, что касается кишечных инфекций, конечно, в значительной степени проще и понятнее, поскольку понятно, от каких факторов что зависит. Если от качества воды, то нельзя употреблять воду из неизвестных источников. В первую очередь должна быть кипяченая вода. То же самое касается пищи, термически недостаточно обработанной. Меры индивидуальной защиты против кишечных инфекций: нельзя где попало, что попало есть, не обрабатывать руки и так далее. То есть это то, что нам, наверное, в большей степени удалось привить населению.

– Мы уже говорили о зоонозах – инфекционных заболеваниях, которые передаются человеку от животных. То есть от млекопитающих, тех же самых грызунов, домашних питомцев. Какие из них самые распространенные? Каким образом происходит заражение? И каковы меры предосторожности, профилактики?

– Группа зоонозных инфекций на самом деле очень интересна. Дело в том, что мы с домашними животными сосуществуем давно, можем с ними иметь различные формы контакта, прямые и опосредованные. Среди инфекций наиболее значимых, наиболее известных на первом месте у нас в стране всегда был бруцеллез. Кроме бруцеллеза лептоспироз, листериоз, бешенство, лихорадка Ку, сибирская язва и целый ряд других.

Там, где есть меры специфической защиты, конечно, вакцины. Применительно ко всем зоонозам самое главное, что на первом месте не противоэпидемические и не гигиенические меры, хотя они и очень важны, а меры санитарно-ветеринарные. То есть основной комплекс мероприятий касается мероприятий по борьбе с инфекциями животных. И этим занимается ветеринарная служба. В том числе обследование и выявление больных животных, вакцинация в очагах, на неблагополучных территориях. Это и есть основной комплекс мер, который призван сдерживать такие заболевания. И санмедэкспертиза, естественно.

– То есть мы здесь имеем в виду и крупный рогатый скот, и мелкий, и домашних питомцев – кошек, собак?

– Весь комплекс, начиная от бруцеллеза и заканчивая бешенством. То есть в любом случае это мероприятия, связанные прежде всего с борьбой с инфекциями самих животных. Что касается человека, это, конечно, тоже имеет место. Например, вакцинация на неблагополучных территориях, в очагах от того же бруцеллеза мелкого рогатого скота, лихорадки Ку, лептоспироза и некоторых других инфекций. Обязательно профилактические осмотры, диспансеризация, другие мероприятия. Но это прежде всего по эпидпоказаниям в очагах. А меры – это санитарно-ветеринарный надзор.

– В истории конкретно с бруцеллезом, насколько я понимаю, основная мера профилактики для человека – неупотребление необработанных молочных продуктов?

– Здесь пути передачи разные. Это зависит от того, с чем мы имеем дело. То есть или это бруцеллез мелкого рогатого скота, или бруцеллез крупного рогатого скота, есть свои особенности. Что касается бруцеллеза крупного рогатого скота – это профилактика прежде заражения через молоко и молочные продукты от больных бруцеллезом животных. Ни в коем случае не употреблять некипяченое молоко и молочные продукты из такого молока, естественно.

Что касается бруцеллеза мелкого рогатого скота – здесь намного сложнее, потому что и аэрогенная передача возбудителя возможна, и при уходе за животными, и через пищевые продукты. Неπροжаренное мясо, шашлыки и прочее. Это характерно и закономерно в тех странах, где широко распространен бруцеллез. У нас, к счастью, этого практически нет, но неблагополучны по бруцеллезу Казахстан и соседние наши республики Средней Азии.

Изменились традиции. То есть ранее местные жители не ели шашлык, не пили некипяченые молочные продукты, а сейчас все это изменилось. И это изменение бытовых и поведенческих условий населения очень существенно сказывается, особенно в южных регионах Казахстана. У нас в основном это регионы Северного Кавказа, там тоже есть эти нюансы в меньшей или большей степени.

– Существуют ли прививки от туляремии и лептоспироза? Как часто делаются, кому показаны, какие противопоказания?

– Здесь ситуация разная по отношению к этим двум нозологическим формам. При лептоспирозах есть хозяйственные очаги и природные. И вакцинацию осуществляют только в выявленных очагах, там, где эпидемическое неблагополучие, где вспышки возникают. То есть вакцина применяется чисто по эпидемиологическим показаниям.

Что касается туляремии, ситуация абсолютно другая. У нас очень широко распространены природные очаги туляремии в разных ландшафтах и разных зонах. Это одна из самых, если не самая распространенная природно-очаговая инфекция. Очень разные особенности в разных ландшафтных типах очагов. Где-то клещи могут способствовать заражению, где-то грызуны, где-то вода. Везде по-разному. Но инфекция очень распространенная. И от нее очень эффективная вакцина. Живая вакцина дает защиту минимум на пять лет, чаще дольше. По завершении этого периода нужно проверять иммунитет, при наличии иммунитета повторно не прививают.

Вакцинированных очень много, но все еще недостаточно. Эти цифры должны достигать нескольких миллионов для того, чтобы полностью предупреждать заболевания. До применения вакцины была очень высокая заболеваемость в России. Последние десятилетия заболеваемость крайне низкая и сдерживается именно применением этой вакцины.

– Теперь немного о домашних животных. Существует ли механика обратной передачи вируса от человека домашним питомцам? Потому что все знают, что есть кошачий коронавирус. Или это в ту сторону не работает?

– Я бы сказал так, что передача от животных тех или иных инфекционных агентов человеку – вещь достаточно закономерная при зоонозных инфекциях. Что касается обратной передачи, это скорее казуистика, то есть она практически не работает.

Есть группа микобактерий – туберкулез и микобактериозы. Это большая группа, не только *Mycobacterium tuberculosis*, но и *Mycobacterium bovis*, *avium*-комплекс.

– А псевдотуберкулез, иерсиниоз не передается?

– Фактически это нереально. Теоретически это можно себе представить при гриппе, в частности H1N1. Это тоже казуистические случаи, когда чувствительным животным, в основном собакам, может передаваться. Но это очень маловероятно. Что касается нового коронавируса, вначале были публикации о том, что этот коронавирус может иметь значение для домашних питомцев. В дальнейшем такие результаты не подтверждались. Более того, у наших домашних питомцев есть свои коронавирусы, которые человеку не передаются. Они имеют другие пути передачи и другие проявления.

– Если мы говорим о традиционном гриппе, ОРВИ не применительно к коронавирусу (хотя он уже у нас переходит в категорию сезонных заболеваний), какие меры профилактики вы считаете наиболее эффективными в сезон гриппа, ОРВИ?

– Что касается гриппа, то, конечно же, специфическая профилактика. От этого никуда не уйти. Многократно доказано, что это очень эффективное мероприятие и сильно влияет на ту заболеваемость, которую мы ежегодно отмечаем.

Второе – это, несомненно, и тоже научно доказано, неспецифическая профилактика. Все то же ношение масок, режим проветривания, социальная дистанция и прочее. Неслучайно в первый период коронавирусной инфекции вообще не было гриппа. Ждали сезонного подъема гриппа, его не было. И только когда начали ослаблять внимание к профилактике, когда население

ослабило внимание к индивидуальной защите, в частности к ношению масок, тогда начали поднимать голову все эти респираторные инфекции, в том числе грипп.

– **Что поможет именно укрепить иммунитет?**

– В широком смысле здоровый образ жизни. То есть люди, которые придерживаются всех гигиенических требований и поддерживают состояние здоровья – где-то витаминами подкрепляются, где-то фруктами, овощами и так далее, постоянно сбалансированно питаются, – как правило, очень мало болеют респираторными инфекциями. Еще закаливание тоже очень хорошо влияет, нахождение на свежем воздухе.

– **Сейчас многие говорят: «Что там? БАДы. Мы пойдем, купим сейчас кучу всяких иммуномодулирующих препаратов». Ни в коем случае без консультации со специалистом не стоит этого делать, верно?**

– Это малоэффективно с позиции иммунитета. Дело в том, что иммуностропные препараты в основном являются иммуномодулирующими. И один и тот же препарат может оказать совершенно разный эффект в зависимости от дозы и с учетом индивидуальных особенностей организма. Поэтому эти препараты далеко не безвредны, и применять их однозначно не стоит.

– **Если у человека, например, хронические заболевания верхних дыхательных путей и бронхов, астма бронхиальная, что выбрать при многообразии прививок (грипп, ковид, пневмококк)? Или надо вакцинироваться от всего, соблюдая график?**

– Здесь все должно быть индивидуально. Это определяется лечащим врачом. Но в целом стратегия все равно на вакцинацию.

– **Как можно было бы снизить влияние пресловутых антиваксеров на людей, которые колеблются, сомневаются в целесообразности вакцинации?**

– В любом случае с аудиторией должны работать профессионалы. И в первую очередь это касается такой широкой категории, как медицинские работники. Это задача не для администрации, не для федеральной службы Роспотребнадзора, это широкая задача для всех категорий медицинских работников, потому что именно они имеют максимальный контакт с населением, им доверяют, они занимаются лечением пациентов в городах и

селах, поэтому от их профессионализма, их убежденности, от их понимания этих ситуаций очень многое зависит. Поэтому, с моей точки зрения, прежде всего нужно профессионально готовить медицинских сотрудников по вопросам санитарно-просветительной работы.

2. Опросник.

– Считаете ли вы тему повышения санитарной грамотности населения достаточно значимой, актуальной сейчас? Может быть, даже стоит вопрос о формировании новой санитарной культуры населения в России?

– Это действительно так. Почему? Потому что тот опыт борьбы с коронавирусной инфекцией убедил, что наше население оказалось слабо подготовленным по вопросам санпросветработы. И они готовы слушать кого угодно, любые фейковые заявления. Чем оно нелепее, тем легче воспринимается неподготовленной головой. И очень сложно их переубедить. То какой-то зарубежный специалист, то какой-то профессор выступит, который никакого отношения к этим вопросам не имеет, но население этого не понимает. Это одна из проблем, которую я вижу здесь.

Что касается антиваксеров – прежде всего не предоставлять им эфир. Ограничить доступ населения к такой информации, потому что это информация, которая наносит ущерб общественному здоровью. Не закрывая каналы для антиваксеров и прочих злопыхателей в области профилактики заболеваний, мы создаем прецедент, возможность выбора между профессиональной, но часто сложной для восприятия информацией и доступной, понятной, абсолютно неграмотной информацией, которую распространяют антиваксеры.

– Может быть, тогда это вопрос донесения правильной информации, что она должна стать более наглядной, более доступной, а те, кто являются проводниками этой информации, должны вызывать больше доверия?

– Нужна наглядная информация во всех формах, конечно, нужна. Но с моей точки зрения, важно и личное общение врача с пациентом. Причем это чаще происходит по инициативе самого пациента, у него есть вопросы, он их задает. И от того, насколько грамотно он получит ответ, насколько сам врач в это верит или средний медработник... Пришли к нему, а он сказал:

«Извините, я сам не прививаюсь». И весь этот эффект будет на ноль сведен со всеми другими формами информации.

И второе. Категория «я не верю» очень широкая. У нас очень много негативной информации идет, к сожалению, и про Роспотребнадзор, и про прививки, и про деятельность нашей службы. Причем этот негатив идет в средства массовой информации. И я даже не понимаю, как эта информация вообще туда попадает и почему нет никакого фильтра. С моей точки зрения, фильтр должен быть один – это вредит общественному здоровью или не вредит.

Если это вредит, должен стоять соответствующий фильтр. Если мы этот фильтр не сделаем, все будет продолжаться, и мы будем получать совершенно непонятные вещи. Сейчас тиражировали про ситуацию с водой и с холерой. Она же прокатилась по всей стране. И ко мне с вопросами обращались, как к последней инстанции: «А правда ли это?» Я им всем отвечаю, что это очередной фейк. И таких фейков сколько угодно. А простые люди, которые этого не знают, верят.

– Тогда получается, что должна быть система опровержения этой информации и должны быть какие-то источники, которые, во-первых, у людей ассоциируются с тем, что это официальная информация и, соответственно, там не может быть фейков.

– Я возвращаюсь к тому же, с чего начинал. Медицинские работники. То есть это должны быть профессионально подготовленные медицинские работники. Это их основная функция. И все-таки, возвращаясь к интернет-изданиям. Дело в том, что у нас интернет-издания идут широко и с неизвестными первоисточниками информации. Мне это напоминает ситуацию с телефонными мошенниками. Звонят телефонные мошенники то ли с Украины, то ли еще откуда-то, то ли из мест лишения свободы и представляются тем-то, вторым, третьим, пятым, банком, еще кем-то.

Здесь то же самое происходит. Аналогично, такие же мошенники, только в области информации о здоровье человека. Цель такая же – обмануть, заставить неправильно действовать население. Все то же самое. Только в одном случае – извлекать деньги, а в другом – нанести ущерб общественному здоровью населения России. Поэтому надо к ним относиться как к мошенникам.

Мошенников вылавливают и наказывают. Здесь должно быть то же самое. Должны быть соответствующие законы, люди должны понимать, что это такое, что это дискредитация всего полезного, что у нас в стране делается. Надо эту дискредитацию останавливать, и я неоднократно наблюдал эти вещи и говорил, как это идет. В том числе от уважаемых организаций иногда исходит такая информация, от наших медицинских вузов ведущих, да со ссылками на профессоров, которые вообще близко к этому отношения не имеют. Они и есть эти антиваксеры, и с ними надо бороться. А рот им не заткнешь и не переубедишь, потому что это люди идейные в плане того, чтобы нанести вред.

– Скажите, после пандемии ковида можно ли утверждать, что расширился спектр того, что люди должны знать в плане профилактических и гигиенических мер? Может быть, появились дополнительные приемы, которые люди должны освоить для того, чтобы обеспечить себе безопасность в случае неблагоприятного эпидемического периода?

– Люди, с моей точки зрения, стали лучше понимать, как защищаться, потому что было трудно представить себе пять лет назад, чтобы люди вообще ходили в масках. А в Китае, допустим, они ходили или во Вьетнаме и пять, и десять лет назад. И для них это норма. Не будем говорить почему. Там и частицы пыли на дорогах, и прочее. То есть у них разные причины, почему они маски носят.

В любом случае это не от хорошей жизни. А мы привыкли к хорошей жизни, чистому воздуху, хорошей пище и всему прочему, привыкли, что у нас все в порядке, мы ничем не заболеем. К сожалению, ковид показал очень много негативного в плане того, что будет, если не соблюдать профилактические меры. Сейчас, конечно, мы знаем, как различными средствами, дезинфектантами пользоваться и прочими вещами в индивидуальном порядке. В метро, где угодно. Эта культура начинает внедряться в широкие массы.

– Какими должны быть форматы санитарно-просветительской работы с населением? Ролики, листовки, может быть, билборды на улицах? Как лучше работать с людьми?

– Я боюсь, что однозначного ответа на этот вопрос нет. То есть тут должна работать наука, социология, проводить какие-то формы анкетирования среди

разных аудиторий, подыскивать те варианты общения с ними, которые подходят. Потому что одно дело – маленькие дети или подростки со своим нигилизмом, а другое дело – взрослая аудитория, понимающая. Или пенсионеры, которым можно много чего сказать, и они будут следовать этим вещам.

Поэтому здесь, мне кажется, надо проводить широкие социологические опросы, и на базе этих научных данных, полученных в результате опросов, более дифференцированно подходить к тем материалам, которые мы хотим донести населению. Здесь наука должна очень серьезно поработать. Нельзя традиционными штампами работать. Общество уже пережило все это, и сейчас надо пытаться как-то удивить, заинтересовать людей.

Мы много нигилизма слышали в своей жизни. Я в свое время слышал, что ВИЧ не существует, что это придумали ученые. Причем в медицинской аудитории это все было сказано. Я ответил очень коротко: «Во-первых, я электронограмму вируса видел. Во-вторых, из тех, кто говорят, что ВИЧ нет, никто не попробовал себя инфицированной кровью заразить, чтобы доказать, что вируса нет». Значит, обманывают сами себя, раз говорят, что вируса нет.

Как в свое время наши великие ученые делали опыты самозаражения, доказывали, есть или нет, играет роль или не играет инфекционный агент в какой-то определенной патологии. Такие вещи, наверное, имеют место и применительно к коронавирусу тоже. На самом деле очень много непонятного с этим вирусом.

– Да, или, может быть, какие-то мероприятия, связанные с последствиями ковида, с тем, что называется постковидом, тоже станут некой нормой. Условно говоря, люди чаще будут проходить диспансеризацию, обращать внимание на какие-то вещи, когда начнут понимать, что это последствия перенесенного заболевания.

– В любом случае много программ, и, кстати, особенно старшее поколение в итоге очень хорошо отреагировало на все это. Сейчас виден интерес к занятиям спортом и другим профилактическим вещам. То есть люди немножко изменились. Сейчас социологические срезы показывают очень существенный прогресс той работы по профилактике, которая в последние годы проводилась, особенно последние три года.

– **Насколько, как вам кажется, у людей в нашей стране находит отклик тема личной ответственности? То есть ответственности за обеспечение собственной безопасности в период подъёмов эпидемии.**

– Применительно к той же самой коронавирусной инфекции очень много зависит от руководителей. Дело в том, что, если руководитель заставляет работать, «подумаешь, у тебя легкий насморк» и прочее, – это одна ситуация. А когда руководитель говорит: «Чтобы тут с насморком никто не появлялся!» – и сразу же вызывают врача, делают мазок – это другая ситуация.

Нас, тех, кто работает в системе Роспотребнадзора, жизнь научила даже большему. То есть мы в тех случаях, если у кого-то даже легкий насморк возникает, тут же берем мазок и обследуем на весь спектр респираторных инфекций. И человека в любом случае переводим на дистанционную работу, заставляем, чтобы он не появлялся, не заражал никого.

Потому что сознательность у всех разная. И от того, как это в коллективе организовано, как руководство к этому относится, очень многое зависит. То есть это прежде всего вопрос для администраторов, для организаторов. От них напрямую зависит эта часть. А что касается пенсионеров, домохозяек и прочих, тут в основном пропаганда. И на самом деле они лучше всех себя вели. Пенсионеры дольше всех сидели на изоляции и так далее.

– **Да, они оказались самыми восприимчивыми именно к правильным мерам. Они и прививались более активно, чем другие.**

– Понимали, что есть индивидуальный риск и летальные исходы намного выше, поэтому.

– **Тут еще вопрос некоторой дисциплины, мне кажется. А если теперь противоположную сторону брать, нужно ли показывать людям ответственность государства за их здоровье, ту работу, которую ведет Роспотребнадзор?**

– Обязательно. Это нужно пропагандировать, потому что часто не понимают, насколько серьезную работу многочисленная армия специалистов ведет в очень тяжелых условиях. Когда ковид начинался, были условия достаточно сложные. И организовать всю эту работу, и работать с вирусом. Это сейчас уже все привыкли, все работают, диагностикой занимаются. А в начальный период все боялись работать. И все это было очень сложно. И это все нужно

было сделать. И до сих пор героически работают люди в нашей системе, в Роспотребнадзоре.

– А что касается развития российской эпидемиологической науки, нужен ли здесь момент популяризации? Должны ли ученые или кто-то еще рассказывать о том, какие достижения в российской науке в этом плане есть, что мы, может, не впереди планеты всей, но вполне себе на достойных позициях по противодействию различным инфекциям, заболеваниям.

– Работа нужна. И она должна вестись в первую очередь при проведении крупных научных форумов, когда собираются самые передовые ученые, те же самые эпидемиологи, микробиологи, вирусологи. И у нас тоже есть региональный опыт проведения больших конференций и привлечения средств массовой информации, когда приезжают разные высокие специалисты параллельно, не только местные, но и с мировым именем. Им задают вопросы и получают ответы на тот блок вопросов, которые волнуют население.

Я наблюдал такую реакцию, что журналисты приходят задавать вопросы, допустим, о биологических лабораториях в зарубежных странах по применению биологического оружия, и часть профессоров сразу же уходят в сторону: «Нет, мы на это отвечать не будем». А некоторые спокойно и обстоятельно рассказывают, как обстоят дела и как с этим можно бороться. Поэтому здесь, наверное, должен быть отбор тех специалистов, которые не боятся выступать на аудиторию.

Нам ковид дал очень много, потому что меня часто просили в омских и федеральных СМИ выступать по проблеме ковида. Кроме тех вопросов, которые касаются чисто здравоохранения, там, конечно, должны все-таки отвечать и отдуваться именно практикующие, лечащие его врачи. Потому что есть блок вопросов, которыми они должны заниматься. А что касается вопросов, связанных с диагностикой, эпидемиологией, с проявлениями этой инфекции, с происхождением тех или иных инфекций, с мерами профилактики, – это наш комплекс вопросов. Мы должны активно заниматься и отвечать. Понятно, что это отнимает время, которого и так часто не хватает, но тем не менее осознаешь, что этим надо заниматься, что СМИ нельзя игнорировать.

– Вы уже поднимали тему о странных представлениях людей о ВИЧ. Как вам кажется, насколько активная и полноценная просветительская кампания способна снизить заболеваемость ВИЧ? И какие должны быть основные акценты этой кампании? О чем людям нужно рассказать? Кто мог бы быть спикерами по этой теме?

– Начну со спикеров. В наших регионах остались окружные центры СПИД. Это достаточно крупные подразделения, в каждом округе есть окружной центр СПИД, где специалисты работают, можно сказать, с начала организации этой службы и хорошо знают все целевые аудитории и как с ними общаться. Они занимаются работой по профилактике, диагностике, прочим аспектам, включая молекулярное изучение этого вируса, и знают свою целевую аудиторию, как с ней работать.

Что главное? Наверное, надо доносить информацию о том, какие есть изменения в эпидемиологии ВИЧ-инфекции, какие нужны меры профилактики, в том числе при общении с ВИЧ-инфицированными. Вопросы остаются, и целевая аудитория остается. Сам ВИЧ и его аудитория изменились существенно. То есть это сейчас уже в первую очередь не наркоманы, не другие категории, которые первоначально были. Это общее взрослое население.

Особенно актуальна эта информация молодым, которые плохо знают правила профилактики инфекций, передаваемых половым путем. Надо в общем плане, включая в том числе вопросы ВИЧ, давать полностью всю информацию. Это могут еще давать, конечно, кожнодиспансеры, то есть это тоже их профиль. И они тоже должны по этому направлению работать. Диспансеры везде есть.

– Есть ли такие цифры, на примере которых можно показать, что, когда люди лучше осведомлены, подготовлены к информации о ВИЧ-инфекции, снижается уровень заболеваемости? Или такой явной нет независимости?

– При ВИЧ зависимость есть очень конкретная. Более того, у ВИЧ-инфицированных беременных проводится большая работа по профилактике передачи перинатальной ВИЧ-инфекции. И здесь есть большие достижения. То есть если раньше процент передачи был 20–30%, то сейчас это доли процентов. Это тоже система мероприятий, которая дает эффект. Несмотря на то что есть ВИЧ-инфицированные беременные, сейчас у них в основном

рождаются здоровые дети. Вот что важно. То есть это все можно показывать, все можно рассказывать, что это комплекс тех мер профилактики при ведении беременности и родов и антиретровирусная терапия дают этот эффект.

Если даже у ВИЧ-инфицированных рождается здоровое следующее поколение – это очень важный факт. С этими фактами надо работать, это очень интересные данные.

В окружных центрах, в том числе у нас, проводится довольно много исследований по разным параметрам ВИЧ-инфекций, эпидемиологии и профилактике. Поэтому материалов очень много. Мы периодически делаем бюллетени и распространяем их. Понятно, что там не все предназначено по уровню восприятия для населения. Для населения нужны более простые формы.

– Нам важно, чтобы в этом была весомая роль именно санпросветработы, что существуют статистические данные о том, что чем больше люди осведомлены, тем правильнее они себя ведут и тем значительнее снижаются те или иные заболевания.

– Надо проводить специальную работу, конечно. Данные такие, конечно, есть, но необходимо проводить более целенаправленные исследования в этом отношении. Специальная информация есть, но ее надо искать, нужно обобщать. И я думаю, что это очень важная информация.

– Что касается острых кишечных инфекций: помимо того, что люди должны чаще мыть руки, мыть овощи и фрукты, вообще все вокруг мыть, кипятить то, что можно вскипятить, – воду, молоко и прочее, есть ли что-то новое в плане профилактики кишечных инфекций?

– Дело в том, что существенно изменились сами представления о кишечных инфекциях. Сейчас вполне понятно, что абсолютно доминируют вирусные кишечные инфекции. Их достаточно много. Это и норо-, рота-, астровирусы, энтеровирусы. Появилась лабораторная диагностика, которая снизила возможность их распространения. И те мероприятия, которые проводит санэпидслужба, это вектор на обследование декретированных групп, тех, кто выезжает в детские оздоровительные лагеря, персонал пищевых объектов и прочие.

То, что их регулярно обследуют на все кишечные инфекции и не допускают к работе в пищевых и оздоровительных учреждениях тех, у кого выявили положительные результаты, привело к существенному снижению таких инфекций.