

«Больной — это не «копилка» для таблеток»

Евгений Иванович Шмелев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гранулематозных болезней легких Центрального научно-исследовательского института туберкулеза (ЦНИИТ) РАМН, руководитель пульмонологической службы городской клинической больницы № 11 (г. Москва). Председатель Проблемной комиссии по гранулематозным заболеваниям легких Научного совета при РАМН и Минздравсоцразвития России. Член правления Российского общества пульмонологов. Заслуженный деятель науки РФ. Автор более 300 научных работ и 12 монографий, опубликованных в России и за рубежом. Под руководством Е. И. Шмелева защищены 35 кандидатских и 5 докторских диссертаций.



Область научных интересов Евгения Ивановича вместила в себя интерстициальные болезни легких, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальную астму, сочетание туберкулеза легких с неспецифическими болезнями легких, клиническую пульмонологию, оптимизацию применения инвазивных методов в диагностике легочных диссеминаций и лимфоаденопатий, лечение термических поражений дыхательных путей... Многогранную исследовательскую деятельность дополнила масштабная работа по организации отечественной пульмонологической службы.

Между тем было время, когда студент Смоленского мединститута Шмелев о пульмонологии даже не помышлял. Как утверждает Евгений Иванович, в эту науку — в то время такую же молодую, как и он сам, — его привел случай.

— Оканчивая в 1968 году институт, я был уверен: мое призвание — это терапия. Но... пришел работать в смоленскую больницу с кафедрой госпитальной терапии, которой заведовал профессор Александр Исаакович Борохов. Профессор был одним из тех, кто стоял у истоков пульмонологии в нашей стране. Он вызвал меня: «Будешь заниматься наукой?» Я о науке тогда даже не мечтал — и вдруг такое серьезное предложение! «Читай! — сказал Александр Исаакович. — Аллергия к лекарствам у больных пневмонией». Это было мое первое задание...

Пульмонология в 60–70-х годах развивалась быстро, динамично. А судьба постоянно сводила меня с людьми, которые в этой науке уже были корифеями. Например, по поручению профессора А. И. Борохова я овладевал аллергологическими методиками в 57-й московской больнице, на кафедре госпитальной терапии. Ею руководил академик АМН СССР Павел Николаевич Юрнев, принадлежавший к числу основателей отечественной пульмонологии. Я попал в окружение, которое привило мне страсть к этой науке.

Своим наставником считаю профессора Ефима Семеновича Брусиловского. В области клинической пульмонологии и в аллергологии в то время он был ведущим специалистом в СССР. Во многом благодаря Е. С. Брусиловскому я, молодой кандидат наук, пришел к выводу: будучи преподавателем, трудно заниматься научной работой. Наука — это профессия, в которой нельзя совершенствоваться между делом.

В Москве прошел по конкурсу в Институт гематологии и переливания крови на должность старшего научного сотрудника. Стал развивать пульмонологическое направление — иммунологию легких. Получил несколько авторских свидетельств в этой области, защитил докторскую. Вскоре судьба свела меня с академиком РАМН Александром Григорьевичем Хоменко — известнейшим фтизиатром-пульмонологом, который пригласил меня создать отделение пульмонологии в Институте туберкулеза. Со временем на базе отделения оформилось фундаментальное научное направление — гранулематозные болезни легких, вырос отдел...

— Как направление Вашего отдела соотносится с основной деятельностью ЦНИИТ РАМН?

— В стране наметилась тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом, но появилась новая напасть — устойчивость туберкулезных микобактерий к лекарствам, во многом обусловленная поздней диагностикой и отсутствием своевременного и адекватного лечения. Это проблема не только фтизиатрии, но и пульмонологии. Пульмонологи должны обладать необходимыми фтизиатрическими знаниями и проявлять настороженность в отношении туберкулезной инфекции, чтобы вовремя направлять больных с подозрением на туберкулез к фтизиатру.

С другой стороны, больные туберкулезом, особенно его хроническими формами, часто болеют и нашими, нетуберкулезными, болезнями: у них идет процесс разрушения легких, присоединяются обструктивные болезни легких, пневмосклерозы, бронхоэктазии. Фтизиатрия — «изящная», тонкая специальность, но вместе с тем она очень специфична. Фтизиатры не всегда обладают достаточной информацией в вопросах пульмонологии. Мы научились лечить миксты — сочетания туберкулеза и нетуберкулезных болезней легких, — это направление сегодня активно внедряется в образовательные программы медицинских вузов. Чтобы его успешно развивать, нужна консолидация усилий фтизиатров и пульмонологов.

Я не призываю к тому, чтобы фтизиатры становились пульмонологами, а пульмонологи — фтизиатрами, каждый должен заниматься своим делом. Но фтизиатрам и пульмонологам надо понимать проблемы друг друга.

— Считается, что отечественная пульмонология ничуть не уступает мировой. Это так?

— Да. И основная заслуга в этом принадлежит отечественной пульмонологической службе, которая смогла охватить всю Россию. Мы, пульмонологи, тесно сотрудничаем друг с другом, нас не разделяют административные границы. А потому по лечению многих болезней мы идем в ногу с миром.

— В лечении каких, например, заболеваний мы занимаем сильные позиции?

— Речь — о ХОБЛ, бронхиальной астме, интерстициальных болезнях легких... Другое дело, что даже при высоком уровне лечения заболевания ситуация с ним может оставаться сложной. Например, ХОБЛ — единственная из легочных болезней, заболеваемость которой растет. Самые распространенные причины банальны — курение и плохая экология.

Несколько лет назад в поликлиниках одного из округов Москвы мы провели независимую диспансеризацию населения. В исследованиях приняли участие почти 3 тысячи человек. В итоге мы выявили 1785 больных обструктивной болезнью лег-

ких! Причем 20 — в III стадии, с тяжелой дыхательной недостаточностью. И никто из больных о проблеме даже не подозревал, поводы для обращения за медицинской помощью были другие.

Такая малоутешительная картина не только в Москве — во многих регионах России. Однако благодаря проводимым исследованиям больные как минимум получают адекватное лекарственное обеспечение. Наши врачи не сидят на месте.

— **Окружающая среда оказывает существенное негативное влияние на пульмонологические заболевания...**

— Появилась целая группа экологически опосредованных болезней: аллергические альвеолиты, токсические альвеолиты... Серьезным испытанием была жара 2010 года. Как ни странно, с самой жарой и с дымом «легочники» справились. А чуть позже, буквально через месяц, многие почувствовали ухудшение.

— **Некоторые наркологи отмечают, что сегодня в России с проблемой курения эффективнее и последовательнее других борются именно пульмонологи.**

— Спасибо, если так. Хотя для того, чтобы убедиться в этом воочию, надо провести сравнительные исследования.

Нам слишком часто приходится сталкиваться с курящими больными. Без «антисмокинговой» программы вся остальная работа врача-пульмонолога с таким пациентом будет впустую! Сразу же избавить человека от курения невозможно: 5, 10, 15 раз надо с больным как следует поработать, всякий раз меняя тактику, приводя новые аргументы. В итоге у нас почти всегда достигается положительный результат. Человек, например, не знает, что, куря, он на 21 год сокращает продолжительность своей жизни. Что несколько сотен болезней возникает в результате курения. Что отказаться от этой привычки полезно в любом возрасте. Надо донести до людей информацию. Я знаю: 60% успеха — это выработать у больного мотивацию. Все остальное — удел заместительной и прочей терапии.

Зависимость от табака страшна потому, что давно стала бытовой. Не знаю, хуже или лучше наркологов, но боремся мы с ней постоянно, работая не просто с группой риска — с больным контингентом. И мы не советуем — мы требуем бросить курить.

— **Насколько безопасны антибиотики, которые сегодня принято назначать больным даже самого юного возраста?**

— Популярность и доступность антибиотиков — очень серьезная проблема. Главный смысл медицины заключается в том, чтобы помочь защитным силам человека восстановиться по возможности естественным путем. И надо помнить, что для каждого препарата, особенно для антибиотика, существуют строгие показания. Нельзя, в частности, назначать антибиотики при острых респираторных заболеваниях. Врач боится что-то пропустить, подстраховывается и назначает антибиотик. Но больной — не «копилка» для таблеток.

Нерациональное применение антибиотиков привело к еще одной проблеме: формированию устойчивой к ним флоры.

Наказывать в сложившейся ситуации некому и некого: не только врачи злоупотребляют назначением антибиотиков, эти препараты для многих давно стали составляющей так называемого самолечения. А вот обучать врачей, усиливая образовательные программы, — выход правильный. В пульмонологии такие программы реализуются. Врачи тянутся к знаниям, и особенно в провинции. Замечено: тех же «антибактериальных дефектов» провинциальные врачи допускают меньше.

Добавлю, больных астмой, ХОБЛ можно и нужно вести в амбулаторных условиях — это очень перспективный подход! Но пульмонологи в одиночку с этими проблемами не справятся. Обязательно надо привлекать терапевтов, педиатров, они должны разбираться в пульмонологических проблемах.

— **Как следует подготавливать врачей терапевтических, педиатрических специальностей к совместной работе с пульмонологами?**

— Просто начитывать часы — скучно и бесперспективно. Врачей смежных специальностей — особенно молодых специалистов — нужно вовлекать в нашу сферу деятельности. Для этого изобретаем разные способы, в том числе даем конкретные темы исследовательской работы. Познавая проблему, человек не только знакомится с «загадочной» дисциплиной — пульмонологией, но и начинает интересоваться ею.

Пульмонологи проводят образовательные программы, читают лекции, организуют семинары. Даже пульмонологические конгрессы в значительной мере носят образовательный характер, ведь 3–4 тысячи делегатов на этих конгрессах — обычное дело.

Мы с профессором Андреем Станиславовичем Белевским, главным пульмонологом Департамента здравоохранения г. Москвы, постоянно ездим в регионы. Я читаю лекции, он проводит клинические разборы. Собирается много врачей-терапевтов. И, что очень важно, без принуждения.

— **Вы пятое десятилетие работаете в области пульмонологии, но по-прежнему увлечены ею. Чем Вас привлекает это направление?**

— Я врачу 44 года. За эти годы сделано немало. По-настоящему горжусь коллективом: в пульмонологии он готов решать любые научные и практические вопросы. Печатных работ у меня вышло более 300... Но чем больше работаю, тем отчетливее понимаю: и медицина вообще, и пульмонология в частности развиваются стремительно. Книги не успевают за теми изменениями, которые происходят в жизни. Был период, когда наблюдалось очень много крупозных пневмоний, потом они исчезли — и вдруг появились легочные диссеминации, которых раньше не было. Жизнь постоянно ставит перед нами задачи, которые необходимо быстро решать.

Известна целая серия вторичных поражений легких, возникающих в результате заболеваний внутренних органов: при заболеваниях сердца, почек, печени, центральной нервной системы, при ревматической патологии. Кроме того, легкие — еще и орган иммунитета. Поэтому иммунология и пульмонология накрепко связаны друг с другом, их нельзя разделять. Есть целая группа заболеваний органов дыхания, сущностью которых стали иммунные конфликты. Характерные примеры — саркоидоз, идиопатический легочный фиброз. При этих болезнях нет бактериального воспаления. Раньше таких больных лечили от пневмонии, назначали огромное количество антибиотиков, да и сейчас подобные случаи бывают... А это не пневмония! Что с того, что симптомы похожи?

В своей практике я постоянно сталкиваюсь и с другими «неожиданностями». Например, с лекарственным поражением легких. У человека возникает мерцательная аритмия, ему назначают антиаритмический препарат — амиодарон. Пьет его год, два. А в результате у него «вдруг» формируется легочный фиброз... Лекарства следовало назначать аккуратно.

Пульмонология не позволяет останавливаться, заставляет думать, анализировать, искать новые пути... Это невероятно интересно!

Беседовал Берестов С. А.