

**НАДО ПОДНИМАТЬ СТАТУС ВРАЧА-ПУЛЬМОНОЛОГА**

*Доктор медицинских наук, профессор Михаил Михайлович Илькович — директор НИИ пульмонологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. С. Павлова, заведующий кафедрой пульмонологии факультета последипломного образования университета, главный пульмонолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, председатель специализированного ученого совета, директор клиники пульмонологии, председатель проблемной комиссии... М. М. Илькович не любит перечислять все свои должности, связывая с ними обычные рабочие занятия.*

**— Михаил Михайлович, расскажите, пожалуйста, о Вашем пути в медицине.**

— После окончания в 1967 году медицинского института в Ленинграде я работал врачом карантинного отдела Таллиннского порта, затем заведующим пульмонологическим отделением городской больницы в Таллине. В 1974 году окончил клиническую ординатуру во Всесоюзном НИИ пульмонологии МЗ СССР (ныне — НИИ пульмонологии СПбГМУ), и с того времени вся моя трудовая жизнь связана с этим учреждением. Последние 10 лет являюсь его директором и 8 лет веду кафедру пульмонологии факультета последипломного образования СПбГМУ имени академика Ивана Петровича Павлова.

**— Вы руководите ведущим институтом Северо-Запада России. Что составляет приоритетные направления его деятельности?**

— Наши приоритеты — это организация пульмонологической службы и образовательная деятельность в Санкт-Петербурге и во всем Северо-Западном

регионе. С одной стороны, мы выезжаем на места с лекциями, консультируем, в последние годы стараемся помогать практикующим специалистам советами и через Интернет, с другой — врачи и больные приезжают к нам. Институт — это центр, где, безусловно, можно получить самую квалифицированную помощь.

В институте мы оказываем помощь больным с любыми заболеваниями органов дыхания (за исключением туберкулеза). Институт располагает консультативно-диагностическим отделением, лабораторией бронхиальной астмы, хронической обструктивной патологии легких, лабораторией интерстициальных заболеваний легких, клинической генетики болезней органов дыхания и др., а также прекрасным хирургическим блоком, расположенным на базе клиники госпитальной хирургии № 1. В отделе хирургической пульмонологии, которым руководит профессор Андрей Леонидович Акопов, работают высококвалифицированные торакальные хирурги, которым подвластны хирургические вмешательства любой сложности. Отдельно хотелось бы сказать об интерстициальных заболеваниях легких — пациенты с ними составляют более половины больных в клинике. Вопреки распространенному среди врачей мнению о редкой встречаемости интерстициальных заболеваний хочу сказать, что таких больных много, нередко они многие месяцы и даже годы безрезультатно лечатся с ошибочными диагнозами. В последнее время мы активизировали работу по такому направлению, как респираторная поддержка больных с хронической дыхательной недостаточностью, — кроме нас, в нашем 4,5-миллионном городе этим не занимается больше никто! Приведу такие цифры: в норвежском городе Тромсе с населением 300 тысяч человек в домашних условиях работают 900 кислородных концентраторов, а в Санкт-Петербурге — только 20, причем все они получены в качестве гуманитарной помощи из той же Норвегии. А ведь эти аппараты могут на годы продлевать жизнь больным! Наши сотрудники сами ездят по домам, навещают больных и проверяют работоспособность аппаратов и состояние пациентов...

**— Вы посоветовали бы студентам медицинских вузов, только начинающим специализироваться, выбирать пульмонологическое направление?**

— Трудный вопрос... Человек всегда исходит из личного опыта, от него невозможно абстрагироваться. Для меня этот выбор стал счастливым. Пульмонология не ограничивается астмой, ХОБЛ и пневмонией, она имеет и такую составляющую, как интерстициальные заболевания легких, которая представляется мне исключительно интересной и очень важной частью пульмонологической науки и практики. Полагаю, что все разделы пульмонологии в высшей степени интересны и должны быть привлекательны для молодежи. Нельзя сбрасывать со счетов и то, что эта специальность очень востребована.

**— Остановитесь, пожалуйста, подробнее на теме интерстициальных заболеваний. Почему именно они вызывают Ваш особенный интерес?**

— Как директор института и главный специалист-эксперт я обязан заниматься всем спектром пульмонологических проблем в Санкт-Петербурге. Но свои научные интересы я связываю в первую очередь с интерстициальными заболеваниями легких — это наиболее сложная проблема в пульмонологии и в диагностическом, и в лечебном плане. Достаточно сказать, что более чем в 80% случаев этих заболеваний больным ставится неправильный диагноз, их длительно лечат антибактериальными препаратами по поводу отсутствующей у них двусторонней пневмонии (или других ошибочных диагнозов), и это роковым образом сказывается на прогнозе.

**— Россия — огромная страна, миллионы людей живут в отдалении от крупных научных и медицинских центров. Какова вероятность того, что интерстициальные заболевания будут диагностироваться не только у Вас в институте, но и в обычной районной больнице? Насколько активно распространяются сегодня методы современной диагностики?**

— Есть города — Екатеринбург, Барнаул и другие, — где пульмонология в последнее время очень хорошо развивается, но если говорить о стране в целом, то прорыв в диагностике интерстициальных заболеваний пока является делом будущего.

К сожалению, во многих населенных пунктах, даже в областных центрах, диагностика заболеваний этой группы представляет большую проблему, и надеяться на то, что все вдруг наладится, сложно. Можно вскрыть грудную клетку и взять биопсийный материал, можно закупить новейшее оборудование, но конечный результат зависит от наличия подготовленных кадров, профессионалов. Кстати сказать, в общесоматических больницах даже на секции при ИЗЛ нередко ставят ошибочный диагноз, так как патоморфологи не знают этой патологии. В вопросе улучшения диагностики интерстициальных заболеваний требуется организационная помощь: у главного врача областной больницы должны быть спиральный компьютерный томограф, видеоторакоскопическая стойка, обученные хирурги, которые могут взять нужный участок ткани, хорошо подготовленные патоморфологи... Всех специалистов необходимо сертифицировать.

— **И все же новые возможности в пульмонологии появляются?**

— Конечно, и в последние годы они резко возросли. Пульмонологическая практика обогатилась современными методами исследования — как собственными, так и заимствованными из смежных дисциплин: высокоразрешающей компьютерной томографией, методами молекулярной диагностики, новыми методами исследования функции внешнего дыхания, видеоторакоскопическими методами биопсии легочной ткани и другими.

— **Приходится только сожалеть о том, что пульмонологи, которые работают по всей России, за рутинной часто не видят ни собственных успехов, ни достижений своего направления в целом...**

— Человек должен видеть конкретный результат своего труда. Нормой считается 1 пульмонолог на 50 тысяч населения. Зачастую он выполняет чисто консультативную роль. Больные, естественно, идут к врачу первичного звена — терапевту. Если терапевт предполагает астму или другое серьезное заболевание легких, подключается пульмонолог — обследует, назначает лечение. Далее больной наблюдается у терапевта, ведь пульмонолог не имеет права выписывать льготные рецепты. В итоге он не знает, что с больным происходит дальше, более того — не имеет представления о том, сколько больных астмой проживает на его участке, какую долю среди них составляют тяжелые больные, сколько людей страдают ХОБЛ, кто из больных нуждается в применении кислородотерапии или других методов лечения. Пульмонолог должен быть не только высококвалифицированным специалистом, но и организатором, отвечающим за доверенный ему объем работы, и, естественно, получать вознаграждение не ниже чем у участкового терапевта. При этом и мне было бы легче как главному пульмонологу Санкт-Петербурга, так как пока все необходимые для работы данные я получаю от Бюро медицинской статистики. Насколько я знаю, в Москве проблема решается введением должности окружных пульмонологов.

— **Санкт-Петербург — замечательный город, однако климат в нем не самый благоприятный для органов дыхания. Сказывается ли это на показателях профильной заболеваемости?**

— Несомненно, в нашем городе значительно больше, чем в средней полосе или на юге, простудных заболеваний, различных фарингитов, ларингитов, бронхитов, а также пневмоний.

— **Средства массовой информации сообщали о единственной в России трансплантации легких, кстати, она была осуществлена именно в Санкт-Петербурге. Расскажите об этом подробнее. Получило ли данное направление практическое развитие в нашей стране?**

— К этой трансплантации приложили усилия многие прекрасные специалисты. Особенно хочется поблагодарить главного терапевта России, председателя Российского респираторного общества академика РАМН Александра Григорьевича Чучалина. Если бы он не взялся решать эту задачу, ни о какой трансплантации не могло бы быть и речи. Даже средства на операцию, насколько мне известно, выделило не государство, а респираторное общество. Была проведена филигранная работа по подбору пациента, понадобились связи с зарубежными учеными, приехал Жильбер Массар — французский специалист, принимавший участие в этой трансплантации. Сыграли свою роль вторая городская больница Санкт-Петербурга, главный хирург этой больницы и города профессор Петр Казимирович Яблонский...

То, насколько качественно была сделана эта трансплантация, свидетельствует о принципиальной возможности делать такие операции в нашей стране.

— **Скажите, какую социальную рекламу Вы хотели бы видеть? В чем мы должны просвещать, на какие темы говорить с людьми?**

— Главное — это борьба с курением. Посмотрите, сколько рекламы сигарет вокруг! А ведь в них содержатся канцерогены, которые воздействуют не только на легкие, но и на весь организм в целом. Пропаганда сигарет, развернутая в самых людных местах, отрицательно влияет на взрослых и впоследствии сказывается на здоровье детей. Для большинства подростков основной причиной курения является поведенческий стереотип. Сейчас наша страна занимает третье место по потреблению табака, отставая только от Индии и Китая. От болезней, связанных с табакокурением, в России ежегодно умирают сотни тысяч человек. Сигарета погубила многих деятелей искусства. Заядлые курильщики, они умерли от рака легких, рака поджелудочной железы и пр. Я бы предложил донести эту мысль рекламными средствами: показать ряд этих людей и напомнить, что все они курили.

— **Что бы Вы хотели сказать коллегам-пульмонологам со страниц нашего журнала?**

— Хотел бы попросить пульмонологов не уходить из профессии, ведь они очень нужны своим больным. Основная боль моих коллег, которые работают в практическом здравоохранении, — их невероятная загруженность. Пульмонолог не в силах поднять голову из-за текучки — за час он принимает трех-четыре больных. Такое положение недопустимо, нагрузка должна быть уменьшена — это приведет к повышению качества диагностики и лечения, позволит получить экономический эффект. Важной проблемой является то, что после повышения зарплаты участковым врачам так называемые узкие специалисты оказались самыми низкооплачиваемыми. Многие поликлиники вообще избавляются от ставки пульмонолога — якобы у них нет необходимости в таком специалисте. Все эти вопросы требуют своего решения. Надо поднимать статус врача-пульмонолога, который должен стать организатором пульмонологической службы на своем участке.

*Беседовала Ленченко Ю. А.*