

## «Чем больше специалистов, тем выше выявляемость легочных болезней»



*Андрей Станиславович Белевский — профессор кафедры пульмонологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный пульмонолог Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор.*

— **Андрей Станиславович, почему Вас привлекла именно пульмонология?**

— Пульмонологию я выбрал случайно. Когда окончил институт, встал вопрос, куда идти дальше в ординатуру. Оказалось, что в 15 минутах ходьбы от моего дома находится Московская городская клиническая больница № 57, так я пришел к академику Александру Григорьевичу Чучалину...

— **Сегодня Вы и преподаватель, и практикующий врач, и главный пульмонолог Москвы. Как удается совмещать обязанности?**

— Я привык работать при ненормированном рабочем дне. Это началось буквально с института. Ни для кого из моих коллег, с которыми я вырос как профессионал, работал в институте, в ординатуре, учился в аспирантуре, а теперь работаю в Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н. И. Пирогова, не существовало понятия рабочего времени. Если есть работа — ее делают, если нет — можно отдохнуть. Мне всегда кажется странным, что в каких-то учреждениях есть перерыв на обед, рабочий день четко нормирован, сотрудники уходят в определенный час и так далее.

— **Вы много сил отдаете борьбе с курением. Для успешной работы в**

**этом направлении требуется серьезная государственная поддержка. Насколько она ощутима в России? Какие меры приняты в нашей стране на законодательном уровне?**

— У нас все время пытаются доработать Федеральный закон «Об ограничении курения табака». Сейчас рассматривается проект нового федерального закона — «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», — который будет ужесточать требования по запрету табакокурения в общественных местах. Но существует ряд сложностей, в обществе сохраняется большое сопротивление.

*Россия, безусловно, движется в сторону отказа от пагубной привычки. Государство обратилось к этой проблеме в 1995 году, когда был принят закон «О рекламе», серьезно ограничивающий рекламу табачных изделий. Действующий закон «Об ограничении курения табака», принятый в 2001 году, регламентирует не только продажу сигарет и мест, разрешенные или запрещенные для курения, но и состав продукции табачных фабрик, то есть призван уменьшать ущерб, наносимый здоровью граждан некачественными сигаретами. В 2003 году ВОЗ приняла документ под названием «Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака», к которой Россия присоединилась в 2008 году. Именно согласно этой конвенции в настоящее время в большинстве стран Евросоюза запрещено курение в барах, ресторанах и других общественных местах. В России таких жестких ограничений пока нет. Каждое 31 мая страна присоединяется к празднованию Всемирного дня без табака. Владельцы заведений, поддерживающие идею ВОЗ, могут добровольно запретить курение в своем пабе или кафе на один день или навсегда. В этот день внимание общественности приковано к проблеме никотиновой зависимости.*

*Однако, несмотря на все, Россия и бывшие советские республики исправно занимают верхние строчки во всевозможных рейтингах самых курящих стран мира. Мы позже, чем Америка и Европа, включились в мировой тренд здорового образа жизни. К тому же российское правительство относится к табачным компаниям весьма либерально: акцизы на табак и табачную продукцию являются одними из самых низких в мире, а со стороны населения не чувствуется масштабного недовольства такой лояльностью государства. Все это значительно затрудняет продвижение антитабачных стратегий.*

[www.newsru.com](http://www.newsru.com)

[www.who.int/ru](http://www.who.int/ru)

— **Помогает ли социальная реклама, направленная против курения?**

— Она недостаточно результативна. Рекламные ролики и плакаты не могут в должной степени повлиять на человека. Тем более что их мало, и форма не всегда бывает удачной. Например, ролики, которые сейчас крутят по телевидению, обязательно надо смотреть с самого начала: респондент не сможет уяснить, о чем в них идет речь, если пропустит первую фразу.

— **Расскажите, пожалуйста, об образовательных программах по пульмонологии, разработчиком которых Вы являетесь.**

— Эти программы призваны в доступной форме информировать больного о его заболевании. Считается, например, что человек, страдающий бронхиальной астмой, должен знать о ней почти столько же, сколько его лечащий врач. Такой подход обусловлен тем, что взаимоотношения врача и больного строятся по принципу партнерства. В ходе программы пациенту рассказывают все, что ему необходимо знать о бронхиальной астме: о способах лечения, профилактики обострений и так далее.

*Поскольку основная борьба с этим хроническим заболеванием состоит в контроле симптомов, очень важно научить пациента в определенной степени самостоятельно противостоять болезни. Речь не идет о полном переносе ответственности с врача на пациента, но, как говорится, «предупрежден — значит вооружен». Обучение в астма-школах способно положительно повлиять на протекание болезни и даже повысить качество жизни больного, а к этому врач и стремится в своей работе.*

[www.bronho.ru/aschool.html](http://www.bronho.ru/aschool.html)

— **Каково состояние пульмонологической помощи в Москве: хватает ли коек и специалистов, на каком уровне находится лекарственное обеспечение и техническое оснащение столичной пульмонологической службы?**

— Что касается лекарственного обеспечения, то оно в Москве вполне достаточное. Техническое оснащение зависит от того, в каком округе работает специалист. Как правило, у врача есть все, чтобы установить диагноз, наблюдать и лечить пациента.

В Москве 980 пульмонологических коек, более 120 врачей-пульмонологов. Не скажу, что это очень много, но, с другой стороны, и не мало. Чем больше специалистов, тем выше выявляемость легочных болезней, которые в Москве регистрируются гораздо чаще, чем в других регионах России.

Развиваться, конечно, есть куда. Количество пульмонологов должно быть увеличено. Другой вопрос — где их брать? Пульмонология, к сожалению, не самое приоритетное направление медицины для государства, потому что смертность от заболеваний легких меньше, чем, например, от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому при распределении бюджетных средств в первую очередь деньги выделяются на кардиологию, онкологию, борьбу с инсультом.

*Согласно Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения в городе Москве (Столичное здравоохранение)» на 2012–2016 годы, в 2010 году болезни органов дыхания у взрослого населения составляли 17% всех заболеваний и занимали третье место после болезней системы кровообращения и прочих заболеваний...*

*В Москве функционирует более 50 пульмонологических кабинетов. Что касается стационаров, то они расположены неравномерно. Так, в Западном, Юго-Западном, Южном административных округах их нет вовсе. В городе отсутствует головное учреждение пульмонологического профиля, что затрудняет развитие пульмонологической службы. Зато появилась клиника респираторной реабилитации (бывшая Городская клиническая больница № 45).*

*В рамках совершенствования пульмонологической помощи предполагаются:*

- организация в межтерриториальных поликлиниках пульмонологических кабинетов и открытие амбулаторных окружных пульмонологических отделений;
- оснащение пульмонологических кабинетов в соответствии со стандартами;
- организация дополнительных стационарных пульмонологических отделений;
- развитие восстановительного лечения;
- организация службы респираторной поддержки в домашних условиях;
- проведение ежегодного Дня легочного здоровья и астмы.

*s.mos.ru/common/upload/zdravookhranenie.pdf*

— **Разница в показателях пульмонологической заболеваемости в мегаполисах и небольших городах объясняется только разной плотностью врачей?**

— Здесь совершенно четкая корреляция — чем больше специалистов, тем больше заболеваний, вот и все.

— **Существуют ли «профессиональные» заболевания жителя крупного города?**

— Невозможно утверждать, что в крупном городе человек болеет именно от загрязнения окружающей среды. Конечно, есть города, которые знамениты своей неблагоприятной экологической обстановкой, например Челябинск или Уфа. Но гораздо более вредным является воздействие табакокурения. В международных исследованиях в основном фигурируют два фактора особого вреда для легких — курение и воздействие сжигания биотоплива: угля, дров, торфа, кизяка. Эти продукты дают очень вредные газы. Если помещение плохо проветривается, они пагубно воздействуют на легкие.

Если же говорить о структуре легочных заболеваний жителей Москвы, то астмой страдает примерно 1,5% взрослого населения, бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких — около 2%. Другие заболевания легких, в том числе редкие, встречаются у 1% москвичей.

— **Как попасть больному бронхитом на прием к пульмонологу? Сколько дней нужно ждать?**

— Прежде всего, неизвестно, нужна ли больному помощь пульмонолога. С некоторыми формами пульмонологических заболеваний может справиться и терапевт. Человек идет в первую очередь к этому специалисту и жалуется, а терапевт уже оценивает, сможет ли он справиться сам. В противном случае направляет к пульмонологу.

К сожалению, знания терапевта зачастую оставляют желать лучшего. Но это наша задача — повышать качество знаний в области пульмонологии, чем мы в университете и занимаемся.

— **Вы обучаете не только пульмонологов, но и врачей смежных специальностей?**

— Только терапевтов. Формы обучения существуют разные. Это и семинары в округах Москвы, и занятия на кафедре пульмонологии РНИМУ имени Н. И. Пирогова, и ежегодные выездные конференции по пульмонологии.

— **А какие вопросы обсуждаются на международных конференциях?**

— Вопросов очень много! Есть определенные технические инновации, например лечение бронхиальной астмы с помощью специальных аппаратов, чего у нас нет. Но что касается диагностических процедур, лекарственных мероприятий — нельзя сказать, что мы отстаем от Запада.

Научные исследования там проводят гораздо более активно, очень серьезно к ним подходят. Наука за рубежом поддерживается более основательно, чего нам, конечно, не хватает. Поэтому о новых научных изысканиях в механизме отслеживания развития болезни всегда приятно и полезно послушать.

— **Есть ли существенная разница в тактике ведения больных в России и за рубежом?**

— Разницы в тактике ведения нет, если брать лучшие примеры. Не будем идеализировать за границу, там можно найти огромное количество недостатков, но если взять образцовые примеры, то различия несущественны. Разница есть в организации.

— **Что бы Вы хотели сказать пульмонологам всей России?**

— Всем привет (*смеется*)! В каждом регионе есть свои лидеры, и мы с ними объединены. Мы являемся одной пульмонологической командой, руководит которой академик Александр Григорьевич Чучалин. Надо сказать, что общество лидеров в разных регионах достаточно крепкое, мы всегда можем положиться друг на друга.

*Специально для «Доктор.Ру» Калинина А. О.*