



## Профессор А.А. ВИЗЕЛЬ: «Врачевание – ремесло, которое передается из рук в руки, и никакие тесты и компьютерные программы не заменят навыка работы у постели больного»



*На вопросы нашего корреспондента о распространенности заболеваний органов дыхания, приверженности терапии пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями, новых методах диагностики и лечения и многом другом отвечает главный внештатный специалист-эксперт пульмонолог Минздрава Республики Татарстан, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета Александр Андреевич ВИЗЕЛЬ.*

– Сегодня патология органов дыхания занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения России. Александр Андреевич, какова распространенность заболеваний органов дыхания в Татарстане?

– По распространенности заболеваний Татарстан не отличается от других регионов России. Динамика показателей в 2017 г. была благоприятной. Возросла доля вакцинированных против гриппа, успешно внедрена пневмококковая вакцинация. Смертность от этих заболеваний несколько снизилась. Однако обольщаться не стоит. Прошедший год был относительно спокойным в отношении гриппа, без значимых всплесков, поэтому и ситуация с пневмонией сложилась благополучно. Тем не менее в структуре заболеваемости и распространенности лидируют хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и пневмония, возрастает заболеваемость бронхиальной астмой. Чаще регистрируется саркоидоз. Последние два года эффективнее выявляют такую тяжелую болезнь, как идиопатический легочный фиброз.

– Расскажите, пожалуйста, о распространенных методах диагностики заболеваний органов дыхания. Какие инновационные методы диагностики внедряются?

– Первостепенными остаются общеклинические методы. При диспансеризации, первичном обращении к врачу по разным причинам дыхательная система является предметом обследования. Все врачи должны слушать (аускультировать) и выстукивать (перкутировать) грудную клетку. Именно в этот момент выявля-

ются болезни органов дыхания. Особую роль в раннем обнаружении бронхообструктивной патологии играет спирометрия – метод оценки функции внешнего дыхания. Сегодня спирометрия доступна и в центрах здоровья. Среди доступных и эффективных методов, позволяющих выявлять дыхательную недостаточность, – пульсоксиметрия. Расширяются также возможности инвазивных методов диагностики.

– В нашей стране больные нередко поступают в пульмонологическое отделение на поздней стадии хронического заболевания, поскольку недооценивают опасность симптомов, занимаются самолечением. Какие меры, на ваш взгляд, необходимо предпринять, чтобы повысить уровень доверия пациентов врачам и приверженность лечению в целом?

– На мой взгляд, проблем с доверием нет. Вопрос в доступности специализированной пульмонологической помощи. Первичную помощь оказывает терапевт или врач общей практики, чему способствуют современные программы, в частности «Дружелюбная поликлиника», электронная запись на прием. Оказаться сразу на приеме у пульмонолога не получится – существует «лист ожидания». Пациенту по программе государственных гарантий обязательно окажут пульмонологическую помощь, но через несколько дней. В Казани три пульмонологических отделения. Кроме того, у нас организована помощь больным бронхиальной астмой – функционируют три алергологических центра. Что касается приверженности пациентов лечению, необходимо совершенствовать систему обще-



ния «врач – больной». Не секрет, что время приема строго лимитировано, врач обременен оформлением медицинской документации. Главное же в сотрудничестве – доверительный контакт, обучение и наставление. На два последних у врача не хватает времени. К сожалению, пройти обучение и получить рекомендации пациент может только в стационаре или на платном приеме.

**– Александр Андреевич, вы принимали активное участие в работе XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания, который состоялся осенью прошлого года в Санкт-Петербурге. Обсуждались ли в ходе мероприятия вопросы приверженности терапии пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями?**

– Да, национальные конгрессы – неотъемлемая часть жизни российского пульмонолога. Созданная академиком А.Г. Чучалиным система ежегодного обмена опытом, ознакомления с инновациями направлена на постоянное обновление и расширение знаний и навыков медицинских работников. Безусловно, хроническим бронхолегочным заболеваниям на конгрессе уделяется много времени. В последних рекомендациях, руководствах, глобальных инициативах вопрос приверженности пациентов терапии, комплаентности занимает особое место. Но важно понимать, что у медицинского работника должно быть больше времени на работу с пациентом, обучение использованию различных устройств. Во время приема больного я сам проверяю снимки и компьютерные томограммы. Исходя из собственного опыта, могу сказать, что запуск и просмотр каждого диска занимает до пяти минут, проведение спирометрии пробы с бронхолитиком – еще 20 минут. Выполнить полноценное обследование и подготовить адекватное заключение можно

через 40–50 минут после первого общения с пациентом. Конечно, при условии, что при первичной записи уже определен минимум предварительного обследования, в частности общий анализ крови, рентгенография.

Специалисты возлагают надежды на новый способ консультирования больных посредством телемедицины. При таком варианте мониторинг состояния больного будет проводиться в онлайн-режиме. Согласен с авторами данного проекта: первичный прием должен быть очным, врач сам должен увидеть больного первый раз, провести физикальное обследование.

**– В рамках конгресса рассматривались вопросы применения ингаляционной терапии у пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ. В своих выступлениях вы также неоднократно подчеркивали эффективность ингаляционной терапии. Чем обусловлено преимущество ее терапевтического действия у данной категории больных?**

– Ингаляции обеспечивают прямое попадание вещества в пораженный орган, то есть снятие воспаления или расширение бронхов с доставкой препарата не через кровь, как при пероральном или внутривенном введении, а за счет прямого контакта активного вещества с пораженной тканью. Надо сказать, в ингаляционной терапии произошел прорыв – созданы ингаляторы, практически не требующие обучения. Некоторые устройства имеют совершенный механизм обратной связи: они не только отмеряют каждую дозу, но и контролируют результативность ингаляции. В то же время созданы портативные устройства, гарантирующие очень высокий уровень попадания аэрозоля в мелкие бронхи даже при низком потоке вдоха и его плохой координации. Сегодня мы можем подобрать эффективные устройство и лекарственное средство

во в каждом конкретном случае. И еще одно преимущество ингаляций перед системным воздействием – безопасность.

**– Какие еще наиболее интересные темы обсуждались в рамках конгресса?**

– В пульмонологии много интересных и важных направлений. Традиционно в рамках конгресса проводятся школа и симпозиум по саркоидозу. Прошедший год не стал исключением. В мероприятиях участвовали специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Новокузнецка. Саркоидоз остается «медицинской энигмой». За последние 20 лет не удалось конкретизировать причины его развития, лечение по-прежнему направлено на последствия и осложнения. В настоящее время в реальной практике имеют место два подхода к лечению саркоидоза – ранняя агрессивная стероидная терапия (включая пульс-терапию) с использованием цитостатиков и антимаболических препаратов и активное наблюдение с подключением щадящих методов терапии (альфа-токоферол, пентоксифиллин). Агрессивные методы вторичны.

В соответствии с международным соглашением по саркоидозу (Statement on sarcoidosis) 1999 г., лечение рекомендуется начинать только при очевидном прогрессировании процесса, поскольку в 70% случаев есть надежда на ремиссию без подавления иммунной системы. Как показывает более чем десятилетний опыт наблюдения за больными саркоидозом, терапия альфа-токоферолом (витамином E) и применение пищевой добавки – далеко не одно и то же. Использование этого официального (и недорогого!) препарата позволяет длительно и безопасно контролировать ранние формы заболевания. Пентоксифиллин также эффективен при ранних и малых формах, однако в трети случаев его применение ограничено плохой переносимостью. Что касается диагностики саркоидоза,

Пульмонология



## Актуальное интервью

накоплен большой опыт лучевых исследований, расширились возможности инвазивной диагностики.

**– Какие новые подходы к терапии бронхообструктивной патологии считаются перспективными?**

– Еще недавно больные вдыхали аэрозоли четыре – восемь раз в день. Сегодня очевиден переход к одно- и двукратным ингаляциям. Особый интерес представляют двойные бронхолитики длительного действия, снижающие частоту применения гормональных препаратов. В России зарегистрировано четыре таких комбинации. В то же время при ХОБЛ четко сформированы показания к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). Активно обсуждаются критерии назначения ИГКС и двойной бронходилатации. Однако следующим шагом стала тройная терапия, когда двойная бронходилатация дополняется ИГКС. В основе стратегии лечения бронхообструктивной патологии лежат достижение контроля над обструкцией и снижение частоты обострений.

**– К каким проблемам современной отечественной пульмонологии необходимо привлечь внимание медицинской общности в рамках предстоящих мероприятий?**

– Прежде всего к оптимизации организации пульмонологической помощи. По инициативе главного пульмонолога Минздрава России члена-корреспондента РАН, профессора С.Н. Авдеева обновлены порядки оказания помощи пульмонологическим больным. Теперь наша задача внедрить их в реальную практику. Современная картина мира обязывает нас серьезнее относиться к импортозамещению: мы должны быть уверены, что обладаем собственным пулом лекарственных средств для лечения пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ, эффективными антибио-

тиками и противотуберкулезными препаратами.

**– Александр Андреевич, вы много лет занимаетесь преподавательской деятельностью, возглавляете кафедру фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета (КГМУ). Как вы оцениваете систему современного медицинского образования?**

– Действительно, у меня только одна запись в трудовой книжке: 36 лет преподаю пульмонологию и фтизиатрию в КГМУ. Много изменилось за эти годы: внедряются мультимедийные системы тестирования, симуляционные методы (можно освоить любую небезопасную инвазивную процедуру на тренажере), проводятся вебинары (теперь каждый студент может прослушать лекцию академика). Лекции стали интереснее и динамичнее благодаря аудио- и видеопрезентациям. В то же время на каждой кафедре любого вуза разрабатываются и утверждаются собственные учебные программы. Много времени уходит на обновление и доработку индивидуальных программ. Это излишне, ведь мы работаем в бюджетных учреждениях одной страны с единой системой образования. Почему в здравоохранении в целом мы стремимся к единым федеральным национальным рекомендациям, а в каждом отдельном вузе преподаем по своим программам? Логично иметь одну универсальную программу с возможностью внесения в нее изменений и дополнений. Это мое частное мнение. Сказанное вовсе не означает, что мы не чтим исполнительскую дисциплину. Наша кафедра по медицинской документации и выполнению требований Российской высшей медицинской школы находится в первом квартале среди кафедр КГМУ.

**– Какие образовательные стандарты сегодня нуждаются в совершенствовании?**

– Я не эксперт в образовательных стандартах, а добросовестный исполнитель. Тем не менее мне непонятен отказ от интернатуры без субординатуры. Врачевание – ремесло, которое передается из рук в руки, и никакие тесты и компьютерные программы не заменят навык работы у постели больного. Работа в поликлинике – первичный прием – очень сложная и ответственная работа. Именно в поликлиники направляются наши выпускники в первую очередь. На первичную диагностику и сортировку должны направляться опытные доктора. По крайней мере у молодого доктора должен быть профессиональный наставник. Современная медицина руководствуется принципами доказательности: широкому внедрению чего-либо предшествует серьезная апробация, подтверждающая эффективность и безопасность. Изменения учебных программ, образовательных стандартов сегодня основаны на благом порыве, субъективном мнении администраторов. Выпускники советской медицинской школы до сих пор имеют высокий авторитет в мире, многие подтвердили международные дипломы. Однако учебные программы, по которым готовили врачей нашего поколения, полностью реформированы.

**– На современном этапе врачам необходимо уметь быстро овладевать медицинскими и информационными технологиями. Насколько активно происходит интеграция инновационных образовательных технологий в профессиональное медицинское образование в нашей стране? Какова ситуация в Татарстане?**

– В КГМУ студенты и курсанты имеют доступ к ключевой методической литературе онлайн, разработано онлайн-тестирование, создан банк видеолекций, который позволяет обрабатывать пропущенные лекции в медийном режиме. Современное тестирование не ограничивается вопро-



## Актуальное интервью

сом-ответом. Для пульмонологии важна имидж-диагностика, поэтому мы вводим визуальное тестирование. Замечу, что ЭВМ-тестирование на нашей кафедре внедрено в 1990-е гг. на основании собственных программ. Тогда же мы создали ЭВМ-тренажеры по неотложным ситуациям. Это неалгоритмические системы, которые «ведут себя» нестандартно, отражая каждый шаг тестируемого студента. В Татарстане развито симуляционное обучение, которое проводится не только в КГМУ, но и в Казанском (Приволжском) федеральном университете, Центре высоких технологий Минздрава Республики Татарстан.

– **И последний вопрос. Как известно, курение может приводить к развитию хро-**

**нических заболеваний бронхолегочной системы, в том числе ХОБЛ. Несмотря на ужесточение законов для курильщиков, в России по-прежнему актуальна проблема широкого распространения табакокурения. Какие способы борьбы с никотиновой зависимостью вы считаете наиболее эффективными?**

– Будем объективны. Если бы существовал радикальный метод борьбы с курением, человечество справилось бы с этой проблемой. Наряду с созданием никотинзамещающих препаратов, блокаторов допаминовых рецепторов, психологических программ, изданием специальной литературы появляются новые привлекательные способы вовлечения человека в никотиновую зависимость. Молодежь легко увлекается электронными

сигаретами, кальяном. Запретный плод всегда сладок. Особую тревогу вызывает увеличение числа курящих женщин. Курение – дополнительный фактор риска. С ним связано развитие ряда заболеваний, появление мутаций.

Как решить проблему? Каждый врач, принимая пациента, должен настаивать на прекращении курения, приводить аргументированные доводы. Пока есть врачи, которые не возражают против курения, проблему решить не удастся. Замечу, что в системе здравоохранения созданы специальные кабинеты по работе с теми, кто хочет бросить курить.

Пользуясь случаем, хочу поблагодарить ваше издание – журнал «Эффективная фармакотерапия» за активную позицию в отношении пульмонологии. ☺

# 21–22 мая 2018 Санкт-Петербург

## V Научно-практическая конференция оториноларингологов и сурдологов

Санкт-Петербург, пр-т Культуры, 4  
КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России

**МЕДЗНАНИЯ<sup>+</sup>**

+7 (495) 699-14-65; 699-81-84  
info@medq.ru; www.medQ.ru