

# История становления и развития пульмонологии в России

А.Г. Чучалин

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства России»: 105077, Россия, Москва, ул. 11-я Парковая, 32, корп. 4

## Информация об авторе

**Чучалин Александр Григорьевич** — д. м. н., профессор, академик Российской академии наук, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства России», председатель правления Российского респираторного общества, главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: (495) 465-52-64; e-mail: pulmo\_fmiba@mail.ru

## Резюме

В статье рассматривается история зарождения и становления российской пульмонологии как науки. Начало данной дисциплины тесно связано с именем С.П.Боткина, который учил врачей не только распознавать многообразные формы заболеваний респираторного тракта, но и оценивать состояние организма в целом. В дальнейшем неоценимый вклад в становление пульмонологии как отрасли медицины внесли Д.Д.Плетнев, сыгравший важнейшую роль в диагностике сложных и осложненных форм пневмонии; И.В.Давыдовский, полагавший, что в легочной ткани человека могут протекать несколько патологических процессов; Н.С.Молчанов и В.П.Сильвестров, разрабатывавшие такую проблему, как затяжная пневмония, а также многие другие выдающиеся врачи-исследователи, имена которых упомянуты в данном обзоре. Рассматриваются также основные этапы развития российской пульмонологии — создание головного института, взявшего на себя функции объединяющего центра, — Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства России» (ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России»), Межрегиональной общественной организации «Российское респираторное общество» и других важнейших инициатив. Приводится анализ научной и практической деятельности ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» за последние 25 лет. Продемонстрированы важнейшие достижения по борьбе с такими тяжелыми и распространенными заболеваниями, как пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, муковисцидоз, туберкулез и т. п. Обозначены направления дальнейших исследований, которые позволят высококвалифицированным российским врачам-пульмонологам расширить сферу своей деятельности в соответствии с современными требованиями.

**Ключевые слова:** история, пульмонология, пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, муковисцидоз, туберкулез, вакцинопрофилактика.

Для цитирования: Чучалин А.Г. История становления и развития пульмонологии в России. *Пульмонология*. 2017; 27 (2): 143–153. DOI: 10.18093/0869-0189-2017-27-2-7-143-153

## History of pulmonology in Russia

Aleksandr G. Chuchalin

Federal Pulmonology Research Institute, Federal Medical and Biological Agency of Russia: ul. Odinnadtsataya Parkovaya 32, build. 4, Moscow, 105077, Russia

## Author information

**Aleksandr G. Chuchalin**, Doctor of Medicine, Professor, Academician of Russian Science Academy, Director of Federal Pulmonology Research Institute, Federal Medical and Biological Agency of Russia; Chairman of the Executive Board of Russian Respiratory Society; Chief Therapist of Healthcare Ministry of Russia; tel.: (495) 465-52-64; e-mail: pulmo\_fmiba@mail.ru

## Abstract

History of Russian pulmonology is described in the article. The rise of this science in Russia was closely related to Sergey P. Botkin who taught physicians not only to recognize diverse variants of respiratory diseases but also to evaluate the patient's status as a whole. Dmitriy D. Pletnev, who investigated severe and complicated pneumonias; Ippolit V. Davydovskiy, who supposed that several pathological processes could exist in the human's lung contemporarily; Nikolay S. Molchanov and Vladimir P. Sil'vestrov, who investigated slowly-resolved pneumonia, and other investigators contributed significantly to the Russian pulmonology. Establishment of the Federal Pulmonology Research Institute, which became as a cooperating center, and "Russian Respiratory Society" Interregional Public Organization, and other important initiatives were main stages of development of the Russian pulmonology. Scientific and practical activity of the Federal Pulmonology Research Institute during last 25 years has been analyzed in the article. Important achievements in the control of such severe and common diseases, as pneumonia, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, cystic fibrosis, tuberculosis, etc., have been discussed in the article. Further investigations that would allow bring the pulmonologist's work in line with the current requirements have been outlined in the article.

**Key words:** history, pulmonology, pneumonia, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, cystic fibrosis, tuberculosis, vaccination.

For citation: Chuchalin A.G. History of pulmonology in Russia. *Russian Pulmonology*. 2017; 27 (2): 143–153 (in Russian). DOI: 10.18093/0869-0189-2017-27-2-7-143-153

История российской пульмонологии начинается с клинических лекций *С.П.Боткина*, которые он читал слушателям Военно-медицинской академии. Разделу крупозной пневмонии *С.П.Боткин* посвятил 6 лекций. Эта часть его лекционного курса была

более обширной по сравнению с другими разделами внутренней медицины. При анализе разнообразной клинической картины пневмонии продемонстрирован высокий профессиональный уровень. Так, *С.П.Боткиным* не только описана аускультативная картина

тивная картина стадийного течения пневмонии, но и проведен дифференциальный диагноз между поражением висцеральной и париетальной плевры; при этом подчеркнута, что плеврит встречается у > 30 % всех больных пневмонией. Его ученик *Эдуард Изаacson* исследовал эмфизему легких; в своей диссертационной работе он рассматривал эмфизему как следствие облитерации капилляров малого круга кровообращения (сосудистая теория эмфиземы). *С.П.Боткин*, со своей стороны, продемонстрировал эмфизематозные участки над пневмоническим фокусом пораженных легких.

Бронхиальная астма (БА) — еще одна клиническая проблема, которая стала предметом интересов *С.П.Боткина*. В своих работах он рассматривает роль неврогенных механизмов как в возникновении БА, так и их участие в формировании обострения заболевания.

Работы *С.П.Боткина* стали классическими, не потеряв своей клинической актуальности и по сей день. Необходимо подчеркнуть, что *С.П.Боткин* стремился улучшить качество лечения больных пневмонией. Так, он убедил власти Санкт-Петербурга открыть в городе Александровскую больницу, в которой концентрировались бы больные пневмонией. У нас есть уникальная возможность сравнить результаты лечения современных больных пневмонией с полученными еще в конце XIX в.

*С.П.Боткин* не только заложил основы клинической пульмонологии в России, учил врачей тонкому мастерству распознавания многообразных форм болезни — пневмонии, плеврита, БА, эмфиземы, но и стремился установить этиологический диагноз при инфекционном воспалительном процессе дыхательных путей (ему принадлежит внедрение окраски бронхиального секрета по Граму), оценивая состояние организма в целом.

Следующим историческим этапом в российской пульмонологии является конец 1930-х гг., когда внимание медиков было приковано к пневмонии. В 1936 г. от вирусно-бактериальной пневмонии умер А.М.Горький. Профессором-консультантом был привлечен *Д.Д.Плетнев*. Он сыграл большую роль в диагностике сложных и осложненных форм пневмонии. Заслуга *Д.Д.Плетнева* как клинициста состояла в том, что он диагностировал все эти легочные процессы писателя при жизни. Впервые в истории медицины *Д.Д.Плетнев* описал легочное сердце (официальное название *cor pulmonale* придет в середине 1960-х гг.) и гипоксическую энцефалопатию, которые протекали на фоне пневмонии и переходящей мерцательной аритмии. В юношеские годы А.М.Горький перенес кавернозную форму туберкулеза, что было подтверждено *И.В.Давыдовским* на аутопсии. Закончив вскрытие, ведущий патологоанатом страны сформировал концепцию хронической неспецифической легочной чахотки, подразумевая, что в одном органе — легочной ткани у человека могут протекать несколько патологических процессов. Так, он описывает несколько каверн в верхних долях правого и левого легкого, бронхоэктазы и, на-

конец, геморрагическую вирусно-бактериальную пневмонию с локализацией в нижней доли левого легкого.

Один из этапов развития отечественной пульмонологии связан с именем *Н.С.Молчанова*. Будучи главным терапевтом Вооруженных сил СССР, он отчетливо понимал актуальность инфекционных заболеваний верхнего и нижнего отделов дыхательных путей. Его научной группой, в состав которой вошел *В.П.Сильвестров*, активно разрабатывалась такая проблема, как затяжная пневмония. Данное направление *Н.С.Молчанов* сформировал уже в период широкого и успешного по тем временам применения антибактериальных препаратов при лечении пневмоний.

Следует подчеркнуть, что в здравоохранении того периода большое внимание уделялось проблеме туберкулеза как социально значимого заболевания. В 1920–30-е годы формируется сеть туберкулезных диспансеров, открываются специализированные санатории как для детей, так и для взрослых, больных туберкулезом. Осуществляются масштабные реабилитационные программы для лиц, инфицированных *Mycobacterium tuberculosis*. Большую роль в организации помощи больным с туберкулезом сыграл *Николай Андреевич Шмелев* — член президиума АМН СССР, который успешно представил программу борьбы с туберкулезом в СССР во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В середине 1950-х гг. стало очевидным, что наряду с хроническими инфекционными заболеваниями респираторной системы все возрастающую роль стали играть аллергические заболевания с поражением как верхнего, так и нижнего отделов дыхательных путей. Возросла потребность в разработке диагностических алгоритмов при таких заболеваниях, как диссеминированные формы туберкулеза легких и других, нетуберкулезной этиологии, форм патологии органов дыхания. В это время рак легких становится наиболее распространенным в мужской популяции, а в настоящее время — и в женской. Перед практическим здравоохранением, естественно, сформировалась задача повышения качества оказания помощи больным пульмонологического профиля. В различных регионах России стали появляться лечебно-диагностические центры.

Красноярский центр пульмонологии организовал профессор *Е.С.Брусиловский*. В Красноярском крае болезни органов дыхания в структуре общей заболеваемости вышли на одно из первых мест; преобладали острые инфекционные заболевания респираторной системы, БА. *Е.С.Брусиловский* являлся одним из лидеров страны в области клинической аллергологии. Вместе со своим коллегой из Киева профессором *Лернером* они выпустили монографию по эозинофильным васкулитам. Эта работа актуальна и на сегодняшний день.

Большую роль в российской пульмонологии сыграл центр в Свердловске (Екатеринбурге), основателем которого явился *Л.Е.Шелутко*. В этом центре работали врачи разных специальностей — торакаль-

ные хирурги, фтизиатры, рентгенологи, а также специалисты зарождающейся дисциплины – врачи-пульмонологи. Опыт, заложенный Красноярским и Свердловским центрами, лег в основу организации помощи лицам с заболеваниями дыхательной системы нетуберкулезной этиологии и практически стал прообразом создания Института пульмонологии – ныне это Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства России» (ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России»).

По инициативе и при участии академика *Ф.Г.Углова* в 1965 г. в Ленинграде (Санкт-Петербург) открыт единственный тогда в стране Всесоюзный научно-исследовательский институт пульмонологии (ВНИИ пульмонологии), где наряду с торакальной гнойной хирургией развивались и чисто терапевтические специальности. Сотрудники ВНИИ пульмонологии внесли огромный вклад в разработку таких проблем, как муковисцидоз (МВ) (*Т.Е.Гембицкая*), интерстициальные заболевания легких (*М.М.Илькович*), БА (*Г.Б.Федосеев*). ВНИИ пульмонологии за короткое время стал лидером в стране по разработке проблем, связанных с легочным здоровьем. Параллельно с развитием ВНИИ пульмонологии появлялись региональные центры, которые оказывали влияние на развитие всей отрасли. В Смоленске создан центр под руководством *А.И.Борохова* – автора замечательной монографии, посвященной анализу врачебных ошибок больных пульмонологического профиля. *А.И.Борохов* большое внимание уделял разработке легочно-сердечных проблем. Под его руководством в центре выполнены первые работы в стране по поражению легких у пациентов с инфарктом миокарда.

На базе кафедры терапии Саратовского медицинского университета профессором *Н.Ардаматским* создан центр пульмонологии. Он же стал организатором учредительной конференции по пульмонологии России. С именем профессора *Н.Ардаматского* связаны также первые официальные контакты с французскими пульмонологами: так, была организована конференция при участии профессора *П.Дюро* (Сорбонна, Париж).

Необходимо отметить роль профессора *В.Я.Гармаша* и его ученика – профессора *В.Н.Абросимова*. В середине 1970-х гг. в Рязани состоялась конференция по редким заболеваниям легких, участникам которой впервые были представлены материалы по гистиоцитозу, МВ, лимфангиолейомиоматозу (ЛЯМ) и другим редким заболеваниям органов дыхания. В 1960–70-е гг. возникали творческие союзы ведущих специалистов и клиник страны. В Москве проводились совместные конференции клиники, возглавляемой *Е.М.Тареевым*, и патофизиологической и аллергологической лаборатории, которой руководил *А.Д.Адо*; позже к ним присоединилась клиника *П.Н.Юренева*. Москва стала центром активного изучения БА, в этом – большая заслуга *И.Г.Даниляк*, ученицы *Б.Б.Когана*. Вначале 1980-х гг. совместно

с *Инной Григорьевной Даниляк* автор настоящей статьи возглавил пульмонологическую секцию Московского терапевтического общества. Работа секции пользовалась большой популярностью, ее заседания всегда активно посещали врачи и ведущие ученые страны. Так, на одном из заседаний выступил президент Академии наук СССР *Гурий Иванович Марчук*, его доклад был посвящен математической модели вирусного поражения дыхательных путей.

Особую роль в развитии отечественной пульмонологии сыграл *Б.Е.Вотчал* – блестящий клиницист, основоположник клинической фармакологии, разработчик отечественного пневмотографа.

Не менее успешно работали наши коллеги в Ленинграде. *П.К.Булатов* стал инициатором всесоюзных конференций, посвященных БА. Эти конференции проходили в острой оживленной дискуссии и стали хорошей школой для плеяды профессоров современного поколения. Широко обсуждались классификации БА, авторами которых явились *П.К.Булатов*, *Е.М.Тареев*, *А.Д.Адо*, *П.Н.Юрнев*. В последние годы *Г.Б.Федосеев* предложил свою оригинальную классификацию, в которой значительное место уделяется генетическим предрасполагающим факторам в развитии БА. Следует подчеркнуть, что период 1970–90-х гг. характеризовался значительным ростом числа больных БА и такой ее тяжелой формы, как астматическое состояние.

В этом контексте необходимо упомянуть о центре в Петрозаводске, организованном профессором *А.П.Зильбером*, специализацией которого являлась интенсивная пульмонология. Ежегодные семинары, организованные *А.П.Зильбером*, привлекали врачей-реаниматологов, анестезиологов, пульмологов, терапевтов. В Петрозаводском центре были заложены организационные принципы интенсивной пульмонологии.

Многие поколения врачей-пульмологов выражают особую благодарность академику *Л.Д.Сидоровой*, которая стала президентом ежегодного Национального конгресса по пульмонологии (Новосибирск, 1996), при проведении которого сформировались основные направления деятельности Российского респираторного общества (РРО) на ближайшее десятилетие. В данном случае прогноз совпал с реальной деятельностью РРО. Инициативы, предложенные на конгрессе, были поддержаны Алтайским центром, который возглавил член-корреспондент РАН *Я.Н.Шойхет*.

Таким образом, к концу 1980-х гг. назрела необходимость создания головного учреждения с объединяющими функциями. Создавая подобного рода институт, следовало исходить из опыта, накопленного в Красноярске, Свердловске, Ленинграде, Петрозаводске и других региональных центрах страны.

Учредительная конференция Научно-исследовательского института пульмонологии (НИИ пульмонологии) была проведена в Суздале. Большую роль в создании НИИ пульмонологии сыграли *А.И.Потанов* (министр здравоохранения РСФСР) и его заместитель *В.Н.Шабалин*. Вновь образованное учрежде-

ние поначалу являлось структурным подразделением 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института имени Пирогова (2-й МОЛГМИ им. Пирогова). Однако в 1991–92-е гг. после распада СССР обстановка в стране сопровождалась значительным ухудшением экономической ситуации. Бюджет НИИ пульмонологии ушел на выплату стипендий студентам, что стало причиной его выхода из структуры 2-й МОЛГМИ им. Пирогова и прямого подчинения Минздраву России. Данный период был предельно сложным в экономическом плане, формировались новые правовые основы лечебных учреждений страны. Перед коллективом НИИ пульмонологии стояли непростые задачи: сохранение в этой непростой ситуации его целостности, поиск новых форм организации научных исследований и внедрение их в практическое здравоохранение, постоянное повышение качества оказания помощи больным пульмонологического профиля.

С тех пор прошло 25 лет. За это время в научной и практической деятельности НИИ пульмонологии произошли поразительные перемены. Далее приводится анализ преобразования НИИ пульмонологии в ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России».

В начале 1990-х гг. значительную долю госпитализированных в медицинские учреждения России составляли больные тяжелой БА, поэтому одна из первых программ НИИ пульмонологии касалась терапии этого заболевания. В отделениях терапевтического профиля такие лица составляли основной контингент скоропомощных больных; ремиссия заболевания была предельно короткой и пациенты по нескольку раз в год по скорой помощи доставлялись в лечебные учреждения. По эпидемиологии, клиническим аспектам болезни и методам лечения ситуацию удалось переломить при внедрении клинических рекомендаций Глобальной стратегии по лечению и профилактики бронхиальной астмы (*Global Initiative for Asthma – GINA*). Автор данной статьи вошел в состав экспертов ВОЗ и стал активным проводником указанной программы в России.

В 1995 г. состоялся исторический симпозиум GINA, посвященный БА. Повсеместно по всей России стали внедряться национальные клинические рекомендации по лечению БА. В течение ближайших 2 лет ситуация с больными БА кардинально изменилась: из категории больных, нуждающихся в неотложной помощи, они трансформировались в амбулаторных со стойкой ремиссией, смерть от БА стала казуистикой. Однако определенный процент больных тяжелой БА остался.

В НИИ пульмонологии разработан принципиально новый метод лечения этой категории больных – впервые в истории медицины применен метод специфической иммунотерапии. Р.Г.Василов с помощью биотехнологических процедур получил панель моноклональных антител к иммуноглобулину E (IgE). При помощи иммунотерапии появилась возможность удалять весь пул циркулирующих в крови IgE. Процедура оказалась безопасной для больно-

го и приносила длительный и стойкий эффект. Дальнейшего развития иммунотерапия не получила только из-за сложившихся экономических условий здравоохранения.

В этот период были разработаны и внедрены в клиническую практику оригинальные отечественные противоастматические лекарственные средства, которые по своей эффективности не уступали зарубежным аналогам. За данный цикл работ сотрудники НИИ пульмонологии награждены Премией Правительства РФ. Прогресс, достигнутый в области диагностики и лечения БА, в определенной степени был обусловлен международным сотрудничеством с коллегами из Франции и Германии.

Прошло более 20 лет с того исторического симпозиума по клиническим рекомендациям ВОЗ. Сегодня можно говорить о том, что он позволил качественно изменить ситуацию в стране с таким заболеванием, как БА.

В настоящее время в ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» ведутся исследования по созданию новой генерации противоастматических лекарственных средств. Завершена III фаза клинического исследования по сальгетролу (эфир атропина и его комбинация с солью сальбутамола и янтарной кислоты). Закончены панельные испытания нового поколения моноклональных антител против IgE, разработанных компанией «Генериум» (Россия). Проходит клиническое испытание (II фаза) пептида с противовоспалительной активностью; по своей противовоспалительной активности он сопоставим с глюкокортикостероидами.

Важной проблемой, стоявшей в то время перед специалистами НИИ пульмонологии, являлась хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). С конца 1930-х гг. многие поколения российских врачей воспитывались на концепции хронической неспецифической легочной чахотки. Термин предложен И.В.Давыдовским после аутопсии умершего писателя А.М.Горького и появился в определенной степени под влиянием политической кампании, связанной с политической деятельностью Бухарина, Зиновьева и Каменева. В этом списке числился и профессор Д.Д.Плетнев. Необходимо было доказать, что он допустил врачебную ошибку, консультируя тяжело больного писателя. Под термином «хроническая неспецифическая чахотка» И.В.Давыдовский понимал ряд заболеваний легких у одного и того же человека. Этот термин просуществовал до конца 1940-х гг., затем был заменен на другое наименование – «хроническая неспецифическая пневмония», а позже появилось название «хроническая пневмония». На конференциях в Минске и Тбилиси принята классификация хронической пневмонии.

Поколению врачей 1990-х гг. предстояло интегрироваться в международное сообщество врачей-пульмонологов и при этом адаптировать отечественную классификацию заболеваний респираторной системы как к рекомендациям ВОЗ, так и к классификациям авторитетных интернациональных обществ респираторной медицины – Американского



торакального общества (*American Thoracic Society – ATS*), созданного более 100 лет назад, Общества пульмонологов франкоговорящих врачей, Немецкого общества пульмонологов, Британского торакального общества, Европейского респираторного общества (*European Respiratory Society – ERS*). Одной из проблем при диагностике ХОБЛ является формирование функционального диагноза болезни. В СССР спирографические методы при оценке вентиляционной функции легких использовались недостаточно, что и явилось основной причиной низкой диагностики данной болезни.

Коллектив ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» возложил на себя миссию дать современное образование по проблеме ХОБЛ. При этом следовало изменить формы медицинской статистики и внести вместо хронической пневмонии ХОБЛ. Это был длительный и непростой процесс, но в конечном счете российское общество осознало актуальность этой темы. Под эгидой ВОЗ выполнено уникальное эпидемиологическое исследование в разных регионах России (GARD), по результатам которого продемонстрировано, что ХОБЛ в старших возрастных группах распространена у 14–20 % населения. При анализе медицинской статистики Минздрава России (2015) в официальном отчете приведен высокий процент больных ХОБЛ, которые ежегодно поступают в стационары России с обострением заболевания (около 500 тыс. госпитализаций). Ситуация стала меняться с внедрением клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных ХОБЛ. Через структуру Минздрава России внедрены новые протоколы и стандарты. Во всех регионах России были организованы конференции; на ежегодных конгрессах РРО рассматривались различные аспекты ХОБЛ. Одной из проблем в ведении больных ХОБЛ является борьба с дыхательной (легочно-сердечной) недостаточностью. Классификация данного синдрома не была основана на патофизиологических принципах нарушения вентиляции и кровообращения по малому кругу. Внедрение диагностических методов по оценке кислородного статуса, легочной гипертензии (ЛГ) и вентиляционной функции легких позволили сформировать новую концепцию дыхательной недостаточности. Биологическими маркерами дыхательной недостаточности явились данные по напряжению кислорода и углекислого газа в артериальной крови. Выделены 2 формы дыхательной недостаточности – гипоксемическая и гиперкапническая. Подобный подход позволил разработать дифференцированную программу респираторной поддержки. В некоторых районах России (Кострома, Москва, Санкт-Петербург) внедрен метод длительной терапии кислородом как в условиях стационара, так и в домашних условиях. В последние годы стал бурно развиваться метод неинвазивной вентиляции легких. Два сотрудника ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» – *А.В. Третьяков* и *С.Н. Авдеев* – прошли стажировку во Франции, и, освоив технологию неинвазивной вентиляции, активно внедряли ее в практическое здра-

воохранение России. В настоящее время к этому методу активно прибегают кардиологи с целью лечения застойной сердечной недостаточности, а также неврологи – при нарушениях мозгового кровообращения и повторяющихся эпизодах центрального апноэ. В пульмонологии, как и в ряде других специальностей, в последние 10 лет активно стала развиваться медицина сна, появились исследования по нарушению дыхания во время сна, при этом основным корригирующим методом лечения явилась неинвазивная вентиляция легких.

Таким образом, современный алгоритм лечения больных ХОБЛ включает как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, последние актуальны при развитии синдрома дыхательной недостаточности. За относительно короткий промежуток времени качественно улучшилось ведение больных ХОБЛ. Конечно, этого не удалось бы добиться при концепции хронической пневмонии.

Агрессивным фактором риска развития ХОБЛ считается табакокурение. В настоящее время на основе рекомендаций ВОЗ сотрудниками ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» *Г.М. Сахаровой* и *Н.С. Антоновым* разработана российская национальная программа по борьбе с табакокурением. Эти инициативы были поддержаны депутатами Государственной Думы и Президентом России. Подписание Россией Глобальной конвенции по борьбе с табакокурением является прямой заслугой сотрудников ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России». В результате потребление табачных изделий сократилось в 2 раза и курящих больных мы видим все реже.

Важной составляющей программы ведения больных ХОБЛ является вакцинопрофилактика антигриппозной и антипневмококковой вакцинами. В исследовании *М.П. Костинова* (Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова») продемонстрирована высокая протективная эффективность вакцинации при минимальных нежелательных реакциях. В настоящее время вакцинопрофилактика также предусмотрена Международными рекомендациями по ХОБЛ (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD*).

Если сравнивать БА и ХОБЛ, то очевиден факт разных алгоритмов терапии этих схожих заболеваний. Некоторая схожесть касается назначения бронхорасширяющих лекарственных средств, но в последние годы наметилась тенденция персонализированного подхода при лечении этих категорий больных, что повлекло за собой применение разных медикаментозных методов.

Накопленный совместно с коллегами из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» опыт демонстрирует высокую эффективность билатеральной трансплантации легких при эмфизематозной форме ХОБЛ.

Специалистов-пульмонологов, кардиологов и специалистов по функциональным методам обследования объединяет еще одна клиническая проблема — ЛГ. В настоящее время проблема ЛГ трансформировалась в глобальную и вошла в перечень актуальных заболеваний, обозначенных ВОЗ. С разработкой диагностического и лечебного алгоритма у больных различными формами ЛГ связаны научные интересы сотрудников ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» *Н.А.Царевой* и *С.Н.Авдеева*. В последние 15 лет проводятся интенсивные исследования в области генетической предрасположенности к эссенциальной ЛГ, патофизиологических особенностей развития и молекулярно-биологических аспектов ЛГ. Современное чтение ЛГ существенно отличается от взглядов, которые бытовали 10–15 лет назад. Следует указать, что из эссенциальной ЛГ выделены генетические формы с установленными мутациями. В современных клинических рекомендациях семейные формы выделены в отдельную графу. Разработан лечебный алгоритм, в котором ведущая роль отводится блокаторам эндотелиновых рецепторов.

Велика также доля вклада наших специалистов при включении в программу лечения больных ЛГ оксида азота. Совместно с группой академика *В.Д.Селемира* разработан электрохимический генератор оксида азота. Это техническое решение позволит оптимизировать программы лечения больных ЛГ разного генеза. Опыт, который накапливается в клинике, демонстрирует эффективность ингаляций оксида азота у пациентов с массивной эмболией в систему легочной артерии. Специалисты ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» в настоящее время инициируют многоаспектную программу клинического применения оксида азота в таких областях, как реаниматология (при синдроме реперфузии), кардиохирургия (ЛГ при врожденных пороках сердца, во время операций), кардиология (при отеке легких, остром коронарном синдроме, шунтировании коронарных артерий и профилактике синдрома реперфузии), пульмонология (при ЛГ, тяжелых, септического характера пневмониях, респираторном дистресс-синдроме — РДС), неврология (при сосудистых заболеваниях головного мозга). Перспективны также исследования применения оксида азота в онкологии.

Поводом для включения в лист ожидания на трансплантацию легких 2 женщин, страдавших эссенциальной формой ЛГ и получавших современную терапию, включая блокаторы эндотелиновых рецепторов, послужила резистентность к ним. Следует подчеркнуть, что в центрах по трансплантации легких всегда неохотно берут больных этой категории, т. к. операцией выбора является трансплантация комплекса легкие — сердце, однако этот этап только планируется.

Интерес к редким легочным заболеваниям обусловил существенный вклад специалистов ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» в этой области. Автор данной статьи выпустил энциклопедию

по редким болезням, в которой уделено внимание и легочным заболеваниям. Некоторые заболевания легких перестали трактоваться как редкие, в первую очередь это идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), МВ, гистиоцитоз, ЛАМ.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных ИЛФ. Эта тема широко обсуждается в мировой литературе и ее всегда включают в программу интернациональных и национальных конгрессов. Удалось добиться улучшения качества диагностики этой непростой группы заболеваний. ИЛФ рассматривается врачами разных специальностей, но обязательно участие при этом клиницистов, специалистов по имидж-диагностике и морфологов. Желательно участие торакальных хирургов, а также специалистов по функциональным методом исследования, т. к. консилиум нуждается в описании параметров нарушенной механики дыхания. В последние годы из гетерогенной группы больных ИЛФ стали выделяться наследственные формы, поэтому рекомендуется привлекать к диагностическому процессу специалистов по медицинской генетике. В России подобного рода диагностику возможно выполнить только в 2 центрах — московском и петербургском. Сегодня точная диагностика ИЛФ предельно актуальна, т. к. в клинической практике стали использоваться лекарственные средства с антифибротической активностью. При этом определенные перспективы имеются в Екатеринбургском (*И.В.Лещенко*) и Красноярском (*И.В.Демко*) центрах, а также в некоторых противотуберкулезных институтах. Небольшому числу больных ИЛФ проведена трансплантация легких, однако здесь следует принять во внимание предельно сложный период после трансплантации, что связано с особенностями регенераторных процессов при ИЛФ. Перед практическим здравоохранением стоит непростая задача организации помощи больным этой категории, в первую очередь — в диагностике ИЛФ, требующей специальной подготовки клиницистов, имидж-диагностов и морфологов, обеспечении этого контингента больных временными антифибротическими лекарственными средствами и, наконец, лечении больных ИЛФ в период острой дыхательной недостаточности.

Таким образом, благодаря разработке диагностического и лечебного алгоритмов, внедрению нового поколения лекарственных средств с антифибротической активностью и проведению многочисленных клинических исследований по изучению новых терапевтических подходов ИЛФ в настоящее время перестал считаться редким заболеванием.

На протяжении всего периода существования ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» большое внимание уделялось МВ. Когда автор этих строк и сотрудники института (*Е.Л.Амелина*, *В.А.Самойленко*, *С.А.Красовский*) принялись за ведение больных МВ, очень многие стороны проблемы заболевания оставались неясными. Мы многому научились у коллег из Франции, Германии и Англии, стремились адаптировать их национальные рекомендации к российской действительности. При разработке про-

граммы по диагностике и лечению МВ исходной точкой являлись предельно низкие показатели качества жизни больных. Достаточно сказать, что средняя продолжительность жизни данной категории пациентов не превышала 15 лет. Однако к 2016 г. ожидаемая продолжительность жизни больных МВ превысила 42 года, самому старшему пациенту исполнилось 63 года. Естественно, возникает вопрос: что было сделано такого, чтобы за такой короткий промежуток времени добиться этих результатов? Ведь панацеи не существует. Как бы ни было тяжело для лечебного учреждения, необходимо концентрировать взрослых больных МВ в клинике ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» и организовать весь диагностический и лечебный процесс, внедрять рациональные и эффективные методы лечения. Нам удалось организовать отвечающий современным требованиям федеральный центр для больных МВ. Особое внимание при этом уделено профилактическим мероприятиям по борьбе с госпитальной инфекцией, что предельно важно для лиц с МВ. В лечебную программу включены режимы длительной терапии антибактериальными препаратами с активностью против синегнойной палочки; назначаются ферментные препараты для регулирования функции поджелудочной железы и вязкости бронхиального секрета. Минздравом России МВ включен в программу «Семь нозологий», дающую государственную гарантию на обеспечение лиц с МВ эффективными и дорогостоящими препаратами; 18 больным МВ проведена билатеральная трансплантация легких. Оказывают помощь больным МВ 2 благотворительных фонда, приобретая антибактериальные препараты, концентраторы кислорода, приборы для неинвазивной вентиляции легких. Большим подспорьем явились реабилитационные программы для указанного контингента. *С.А. Красовский* и коллеги приняли участие в разработке Национального регистра. Для вхождения в международные банки регистров потребовалось проведение генотипирования всех взрослых больных, сейчас эта работа завершена.

Наконец, следует высказать слова благодарности пациентской организации, возглавляемой *И.В. Мясниковой*. Она достойно представила Россию на совещании в ООН по проблеме редких болезней. Все ли проблемы разрешены? Конечно, нет! В последние 2 года внедрены в практику лекарственные средства нового поколения – потенциаторы (ивакафтор), эффективность которых проявляется при определенных генотипах МВ. Указанные лекарственные средства избирательно действуют на функцию хлорного канала, оказывая влияние на мукоцилиарный клиренс апикальной части эпителиальных клеток. Первый российский опыт демонстрирует высокую эффективность потенциаторов, оказывающих влияние на процесс эрадикации синегнойной палочки со слизистой дыхательных путей.

С увеличением продолжительности жизни больных МВ проявились новые проблемы, к которым следует отнести сахарный диабет, онкологические за-

болевания. Больные МВ относятся к группе высокого риска развития онкологического заболевания, что подтверждено опытом, поэтому в ежегодную программу ведения больных данной категории включен скрининг онкологических заболеваний: у одного из пациентов развилась карцинома почки в посттрансплантационном периоде; опухоль удалена.

Таким образом, за истекший период ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» удалось реализовать лечебно-организационные мероприятия, внедрить современные клинические рекомендации по диагностике и лечению данной категории больных, а также добиться включения больных МВ в государственную программу «Семь нозологий», что гарантирует им обеспечение необходимыми лекарственными средствами, проведение генотипирования и включение в международный банк данных по МВ. Большую роль играют благотворительные фонды, с помощью которых удается индивидуализировать помощь больным с отягощенным течением болезни, реализовать программу трансплантации и реабилитации. Панацея состоит в гармонизации всего диагностического и лечебного процесса, воплощаемой врачами высокого профессионального уровня.

К группе редких болезней относится также ЛАМ, особенностью которой является поражение гладких мышц лимфатических сосудов. В России описаны единичные разрозненные наблюдения. Специалисты ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» взялись за разработку этой непростой проблемы, за основу взяты схемы, разработанные и внедренные при терапии МВ. Больные ЛАМ взяты на диспансерный учет в клинике. В команду врачей включены пульмонологи, имидж-диагносты и морфологи. В диагностическом процессе участвуют также торакальные хирурги. Большим подспорьем явились контакты с американскими врачами, среди которых – эмигранты из России, в частности *В.Крамская*, описавшая генетические мутации при ЛАМ. Благодаря международному сотрудничеству разработан алгоритм лечения, в состав которого включен сиралимус из группы иммуносупрессирующих лекарственных средств. В настоящее время в клинике наблюдаются > 100 больных ЛАМ, у большинства из них удается поддерживать стойкую ремиссию. Проблема ЛАМ поставила вопросы дифференциальной диагностики хелезного плеврального выпота. Биологическими маркерами истинного и псевдохелезного выпота является содержание холестерина и триглицеридов.

Билатеральная трансплантация легких проведена двоим больным ЛАМ. Одна из больных по своей инициативе приостановила прием иммуносупрессивной терапии, что привело к рецидиву болезни. При попытке повторной трансплантации легких в посттрансплантационном периоде возникли осложнения, несовместимые с жизнью. На аутопсии подтвердился диагноз рецидива ЛАМ без признаков гиперотторжения.

При рождении девочек возможно проводить генотипирование ЛАМ, т. е. осуществлять неонаталь-



ный скрининг. Опыт работы ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» позволил оказать существенное влияние на качество жизни больных ЛАМ.

В отношении лечения других редких заболеваний следует отметить, что мы находимся в начале пути. Одной из недостаточно разработанных клинических, генетических и морфологических проблем является гистиоцитоз Х. В последние 2 года вырос интерес к такой редкой форме, как ИЛФ, ассоциированный с повышенной продукцией IgG4. В клинической практике более известны фиброзирующий панкреатит, холангит, идиопатический фиброз забрюшинного пространства, фиброзное поражение слюнных желез, но легочный фиброз стал привлекать внимание только сейчас. Ежегодно мы становимся свидетелями описания новых болезней и синдромов, которые ранее не встречались.

Одним из приоритетных направлений в работе ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» является интенсивная пульмонология. До недавнего времени оказание помощи больным с такими неотложными состояниями, как астматический статус, отек легких, пневмоторакс, ателектаз, легочное кровотечение, острая дыхательная недостаточность и обострение хронической дыхательной недостаточности, острый РДС. Особое внимание уделено разработке клинических рекомендаций, которые включали не только диагностические, но и лечебные алгоритмы. Эта тема стала особенно актуальной в период пандемии гриппа (2009), когда в предельно короткий срок следовало научить терапевтов, педиатров, пульмологов, реаниматологов, имидж-диагностов и врачей смежных специальностей ведению больного в период развития РДС. При этом минимальная смертность отмечена в тех регионах, где врачи оперативно отреагировали на рекомендации. Наилучшие результаты были достигнуты в краевой больнице Красноярска и в больницах Москвы. Сотрудниками ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» стал активно применяться метод экстракорпоральной гемоксигенации, используемой при трансплантации легких.

Комплекс исследовательских работ, тщательный анализ литературных данных, интенсивный обмен опытом между российскими лечебными учреждениями, мониторинг тяжелых больных и анализ качества оказываемой лечебной помощи – все перечисленные мероприятия позволили сократить смертность от пневмонии, осложненной РДС, на 4,5 %. У больных пневмонией успешно применяется концепция, используемая при остром коронарном синдроме. В рекомендациях указаны сроки госпитализации больного пневмонией, начало антибактериальной терапии, критерии обоснования эмпирической стартовой антибактериальной терапии, критерии мониторинга пневмонии в первые сутки от начала терапии, оценка эффективности проводимых мероприятий. Эталонем служит программа борьбы с пневмониями, разработанная и внедренная в повседневную практику Минздравом Амурской области в Благовещенске: врач скорой помощи сообщает

в приемное отделение центральной больницы города, что он транспортирует больного пневмонией. Приемное отделение вызывает ответственного дежурного терапевта, реаниматолога, рентгенолога. Консилиум определяет маршрут движения больного уже внутри стационара – оставить поступившего в приемном отделении как больного с неясным инфекционным заболеванием, поместить его в терапевтическое пульмонологическое отделение или в отделение реанимации. Данный опыт рекомендован РРО к широкому и повсеместному внедрению.

Если говорить о стране в целом, можно утверждать, что качество оказания неотложной помощи лицам с респираторными заболеваниями значительно улучшилось. Однако сохраняется небольшое количество специализированных реанимационных коек для больных пульмонологического профиля; обеспокоенность вызывает профессиональная подготовка врачей при оказании помощи такого рода больным. В последние 2 года многие лечебные учреждения приобрели аппараты для проведения экстракорпоральной гемоксигенации, однако уровень подготовки персонала при эксплуатации данной техники остается низким.

Интенсивная пульмонология предельно актуальна в современном здравоохранении, оказывая положительное влияние в таких смежных областях, как кардиология, неврология. Многие пациенты с инсультом нуждаются в респираторной поддержке, что отражается на выживаемости. РДС также является проблемой междисциплинарной: травматологи, абдоминальные хирурги, кардиохирурги встречаются с проблемой острой дыхательной недостаточности, развивающейся вследствие острого РДС. Согласно современной классификации острого РДС, принятой 3 года назад, выделены легкая, средней тяжести и тяжелая формы РДС. Летальность колеблется от 10 до 50 %, при этом залогом успешного излечения является стратегия ранней диагностики острого РДС.

Профилактика развития пневмонии явилась одной из тем, которые разрабатывались в ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России». Совместно с сотрудниками ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток имени И.И. Мечникова» разработана и внедрена вакцина нового поколения – Иммуновак. По результатам длительного, более чем 10-летнего опыта наблюдения продемонстрированы эффективность и высокие защитные свойства препарата Иммуновак при вирусных респираторных заболеваниях. По инициативе сотрудников ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» после наводнения в бассейне реки Амур осуществлена массовая прививочная кампания в Хабаровском крае и Амурской области. При профилактике с помощью антигриппозной и антипневмококковой вакцин в указанном регионе существенно снизилась заболеваемость острыми вирусными заболеваниями и пневмониями. При сравнительном анализе статистических данных по острым инфекционным заболеваниям дыхательной системы установлено, что заболеваемость пневмонии в Хабаровском крае



и Амурской области оказались самыми низкими в РФ. Эти данные легли в основу правительственного решения расширить календарь прививок и применять противопневмококковую вакцину в группах высокого риска — у молодых людей призывного возраста, больных сахарным диабетом, сердечной недостаточностью, ХОБЛ. Главное медицинское управление вооруженных сил РФ приводит данные о снижении заболеваемости пневмонией военнослужащих в результате вакцинпрофилактики.

В ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» разработано одно из наиболее эффективных антивирусных лекарственных средств — Ингавирин. В настоящее время Ингавирин включен в список лекарственных средств, рекомендуемых к применению при лечении гриппа и других острых вирусных заболеваний дыхательных путей.

Однако многие вопросы инфекционных заболеваний дыхательной системы остаются нерешенными. Если говорить о вирусных заболеваниях, то в настоящее время эффективные лекарственные средства против аденовирусов, новейшего коронавируса, респираторно-синцитиальной вирусной инфекции, а также человеческого метапневмококкового вируса отсутствуют. В некоторых странах стали внедрять живые ослабленные антиаденовирусные вакцины, проводятся клинические испытания вакцины против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции; ведется активный поиск лекарственных средств нового поколения. Глобальной проблемой является возрастающая резистентность микроорганизмов к широкому спектру антибактериальных препаратов. Совместно с группой академика *А.Л. Гинзбурга* ведется поиск средств, предотвращающих образование биологической пленки, что позволит повысить эффективность назначаемых антибактериальных препаратов.

Вершиной деятельности ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» является реализация программы по трансплантации легких. В России впервые успешная трансплантация легких осуществлена в 2006 г. у врача-гинеколога, страдавшей эмфиземой легких. Терапевтические возможности как лекарственных, так и немедикаментозных методов лечения (длительная оксигенотерапия в домашних условиях) были исчерпаны. Первый опыт обогатил врачебный коллектив четкими и ясными протоколами, помог правильно сформировать команду специалистов, в состав которой входили торакальные хирурги, реаниматологи, анестезиологи, трансфузиологи, пульмонологи, неврологи. Нам удалось сформировать ядро специалистов, способных вести проект по трансплантации легких. Роль пульмонолога при этом имеет четко очерченные функциональные обязательства. На начальных этапах, когда формируется лист ожидания больных, которым, возможно, будет проведена трансплантация, от врача требуется постановка четкого выверенного диагноза. Это случай, когда диагностическая ошибка исключена. Контингент больных, с которыми работает врач-пульмонолог, тяжелый. В течение своей болезни

у пациента, как правило, применялись самые современные методы лечения — лекарственная терапия, современные немедикаментозные методы. Одним словом, пульмонолог должен определить «терапевтическое окно» и сформировать показания к трансплантации. Решение о включении в лист ожидания принимается консилиумом с обязательным участием торакального хирурга, а позже, когда становится очевидным, что предстоит операция, в консилиум включается анестезиолог. Таким образом формируется «гибридная» команда врачей разных специальностей. После решения о включении больного в лист ожидания начинается целевая подготовка к трансплантации, в процессе которой тщательно оценивается состояние каждой системы организма отдельно, вплоть до кожных покровов, ногтевого ложа, ЛОР-органов и других, т. е. проводится самый тщательный анализ состояния здоровья реципиента. Во время операции и в посттрансплантационном периоде маловыраженный признак может стать в условиях массивной иммуносупрессивной терапии серьезной клинической проблемой, влияющей на исход течения болезни, например в одном случае у реципиента не было учтено грибковое поражение ногтей нижних конечностей, при котором очень высока вероятность развития грибкового поражения легких.

Важным этапом в подготовке больного к трансплантации имеет вакцинпрофилактика, которая в таком объеме проводится только у легочных больных. Больному необходимо ввести около 20 вакцин и определить уровень напряженности иммунного ответа на вводимую вакцину. Некоторые вакцины, например, против гепатита В, при введении редко сразу дают положительный иммунный ответ, поэтому приходится вводить повторную дозу. В первые 2 нед. после трансплантации оценивается напряженность иммунитета и часто пульмонолог по согласованию с вакцинологом принимает решение об индивидуальной схеме вакцинпрофилактики реципиента. Врач-пульмонолог должен очень хорошо знать протоколы иммуносупрессивной терапии и совместно с хирургом принимать решение о дозе препаратов и времени их назначения; ему предстоит дать оценку переносимости терапии, развитию нежелательных реакций, их профилактики и борьбы с ними. Накопленный клинический опыт свидетельствует, что в условиях современной иммуносупрессивной терапии на нее реагирует каждая система человеческого организма. Так, можно наблюдать повышение холестерина, печеночных ферментов, из-за хирургической травмы левого предсердия повышается активность тропонина и т. д. Врач-пульмонолог должен участвовать в ходе самой операции, особенно в момент, когда развиваются синдром реперфузии или такие осложнения, как некардиогенный отек легких и т. п. В дальнейшем пульмонолог наблюдает и ведет больного после проведенной трансплантации, ведь возникает много клинических проблем — адекватность проводимой иммуносупрессирующей терапии, нежелательные реакции, их профилактика и лечение, поздние инфекционные

осложнения. Особую настороженность должны вызывать возможные онкологические заболевания: так, у одного из наших больных развилась саркома Капоши и возникла необходимость смены иммуносупрессивной терапии, что оказалось достаточно эффективным лечебным мероприятием. В другом случае у больного развилась карцинома почки, проведена нефрэктомия. Успеха при лечении онкологических заболеваний удалось достичь за счет ранней их диагностики и эффективных методов терапии. При подготовке врача-пульмонолога к участию в программе по трансплантации легких все перечисленное ставит определенные задачи: должна быть высокая мотивация, кроме того, требуется индивидуальная подготовка к подобной деятельности. На сегодняшний день эта работа налажена только в ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России», где врачи получают не только теоретические знания по легочной трансплантации, но и приобретают определенные практические навыки; уровень их компетенции должен позволять решать сложнейшие задачи клинической медицины.

С деятельностью ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» связано создание в декабре 2003 г. основанного на добровольном членстве самоуправляемого некоммерческого формирования – РРО, основными целями которого являются объединение специалистов и содействие развитию научного обмена между ними, а также развитие идей и методов респираторной медицины.

В настоящее время РРО проведено 26 национальных конгрессов по респираторной медицине. При создании РРО проводилась дискуссия по его конституции и организации. Рабочие встречи коллег из Франции и Германии с нашими лидерами содействовали прогрессивной форме организации РРО. Название общества подчеркивает его междисциплинарную форму работы. Так, помимо пульмонологов, в работе РРО и при проведении ежегодного Конгресса принимают участие педиатры, фтизиатры, торакальные хирурги, врачи имидж-диагностики, ЛОР-врачи, инфекционисты, онкологи, аллергологи, профпатологи. Организованы общества в США, Франции, Германии, Англии. Такая форма РРО позволяет на высоком организационном уровне проводить образовательные программы и за короткое время эффективно их внедрять в практическое здравоохранение. Примером может служить внедрение клинических рекомендаций по БА, пневмонии, острому РДС и др. В настоящее время подобная работа ведется и по проблеме ИЛФ.

В рамках РРО всегда действовала специальная программа для молодых специалистов. Так, подготовлены курсы для сдачи экзаменов при ERS по критериям HERMES. Отобранная группа молодых перспективных ученых полностью себя оправдала: в настоящее время двое из них стали членами-корреспондентами РАН, 8 человек получили звание профессора, остальные защитили кандидатские и докторские диссертации. Миссия Конгресса состояла не только в подготовке нового поколения

профессоров и национальных лидеров по тем или иным проблемам. В деятельности РРО большое внимание уделяется пациентским организациям, в частности по МВ. Мы стремимся также поддержать наших пациентов в таких областях, как ЛАМ; успех при лечении БА также обусловлен внедрением школ для больных БА. РРО планирует расширить сферу своей деятельности в этом направлении, активно претворяя в жизнь образовательные инициативы ВОЗ. Так, согласно рекомендациям ВОЗ, проводятся Дни по борьбе с ХОБЛ, БА, пневмонией, День борьбы с табакокурением. Необходимо подчеркнуть, что подобная форма работы приносит ощутимые успехи, в первую очередь, по защите прав наших пациентов. Сами больные создают своеобразные клубы – речь идет, например, о пациентах с МВ, которым проведена трансплантация легких. При этом перед врачами ставятся задачи, которые до этого были не видны (обеспечение лекарственными препаратами, социальные вопросы и др.). Мы стараемся сообща искать пути к их разрешению.

Большую роль в деятельности РРО играет журнал «Пульмонология», в котором наряду с научными статьями, печатаются обзоры и лекции для практических врачей. Журнал стал проводником стратегических решений РРО при создании и внедрении в практическое здравоохранение клинических рекомендаций.

В работе РРО особое место занимают издания академического характера, задача которых состоит в распространении современных знаний в области пульмонологии среди врачебного сообщества. Благодаря коллективному труду выпущено в свет «Руководство по респираторной медицине» в 2 томах, 2-е издание которого выйдет в 2017 г. Данное руководство играет важную роль в формировании образовательных программ на уровне университетов и кафедр последиplomного образования, гармонизируется серией монографий по актуальным вопросам респираторной медицины. Так, вышли монографии по БА, ХОБЛ, интерстициальным заболеваниям легких, дыхательной недостаточности и интенсивной пульмонологии. Большим спросом среди практических врачей пользуются небольшие по объему брошюры по бронхоэктазам, кашлю, отеку легких и т. п. Профессор А.С.Белевский издает журнал для больных, особенно популярны выпуски по БА.

Развивается информационный интернет-проект, связанный с историей и современной деятельностью ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России», являясь местом активного обсуждения злободневных вопросов диагностики и лечения самых разных заболеваний легких; большим спросом у пользователей пользуются лекции и «Аспирантские субботы».

В настоящий момент в структуре российского здравоохранения ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА России» за относительно короткий период стал головным лечебным учреждением пульмонологического профиля, под эгидой которого сформирована школа ведущих специалистов страны. Подготовлены

свыше 3 тыс. врачей-пульмонологов, реализуется принцип непрерывного образования пульмонологов, многие из которых владеют современными методами диагностики и лечения различных заболеваний респираторной системы. Однако формирование пульмонологической службы страны – процесс достаточно динамичный. Информация по социально значимым заболеваниям – ХОБЛ, БА, пневмония, ИЛФ – ежегодно обновляется более чем на 20 %, выходят в свет новые систематические обзоры и мета-анализы. Это объективные данные, требующие со-

здания эффективной системы, способной транслировать передовые достижения в практическое русло, повышая тем самым качество оказания помощи пульмонологическим больным.

**Конфликт интересов**

Конфликт интересов не заявлен. Участие спонсоров при подготовке данной публикации не предусматривалось.

**Conflict of interest**

The authors declare no conflict of interest. This publication was not sponsored.

Поступила 01.02.17  
Received February 01, 2017