

Биографическая справка

Пунга Виктор Васильевич - доктор медицинских наук, профессор. Член секретариата Рабочей Группы Высокого Уровня по туберкулезу в России (1999 г.) Куратор по проблемам туберкулеза Ивановской области, где впервые в России внедрены рекомендации ВОЗ по туберкулезу. Эксперт ВОЗ по туберкулезу. Консультант по организационным и методическим вопросам медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний Министерства юстиции России (2006 г.) Автор более 150 научных работ. Подготовил семь кандидатов медицинских наук. Работает в Центральном НИИ туберкулеза РАМН с 1980 г., вначале как старший научный сотрудник; с 1987 г. – руководитель отделения, а с 1993 г. – заведующий отделом эпидемиологии, статистики туберкулеза и информационных технологий.

Награжден медалями «850-лет Москвы», «За доблестный труд», «Ветеран труда», «За заслуги перед отечественным здравоохранением», «В память 125-летия уголовно-исполнительной системы России», нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», знаком «За освоение новых земель» (1957). В 2002 г. В.В. Пунге присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Виктор Васильевич занимается вопросами выявления и лечения туберкулеза, усовершенствованием системы противотуберкулезной помощи населению России. Проводит работу по оптимизации рентгено-флюорографических осмотров декретированных контингентов, определению потребности в препаратах для лечения и профилактики туберкулеза, составлению типового табеля оснащения туберкулезных учреждений, изучению причин возникновения различных форм туберкулеза. При его участии разработана типовая Программа борьбы с туберкулезом в гражданских и пенитенциарных медицинских учреждениях. Участник образовательных программ для фтизиатров во многих регионах России.



ДИАЛОГ С ВИКТОРОМ ВАСИЛЬЕВИЧЕМ ПУНГОЙ

ведет Анна Рысева

Давайте начнем с главного вопроса. Виктор Васильевич, расскажите, как, по Вашему мнению, привлечь молодежь во фтизиатрию?

– Во-первых, чтобы привлечь молодежь к этой специальности, необходимо дать им понять, что они будут заниматься не только туберкулезом, но и другими легочными заболеваниями. То есть врач-фтизиатр будет еще и своего рода пульмонологом. И в перспективе, я думаю, фтизиатрия и пульмонология должны быть объединены в одну специальность. И тех людей, которые будут оказывать помощь больным с легочными заболеваниями, придется переучивать. Потому что многие врачи, окончив медицинский ВУЗ, больше уже ничего не читают, не работают над собой, не повышают свою квалификацию. А для того, чтобы быть специалистом высокой квалификации по легочной патологии, нужно все время учиться. Я видел во многих странах, как доктор сам делает бронхоскопии, сам интерпретирует рентгенологические данные и так далее. Почти все исследования, которые требуются, делает доктор, а не медсестра. Вот в Румынии и Венгрии я видел, когда врач идет на обход, ему помогает медсестра с высшим образованием. Она записывает, на что пациент жаловался, что сказал доктор и всю остальную необходимую информацию заносит в медицинскую документацию.

Доктор видит историю болезни только тогда, когда пациент выписался, то есть он практически свободен от заполнения бумаг и поэтому полностью вовлечен в инструментальные исследования.

Считаю, привлечь молодежь можно только с перспективой, что при благоприятной эпидемической ситуации, когда случаев туберкулеза будет мало, две клинических специальности – фтизиатрия и пульмонология – сольются в одно целое, и они будут фтизиопульмологами, то есть врачами-специалистами по всей легочной патологии. Такая специальность как фтизиатр сохранилась в нескольких странах – в нашей и бывших социалистических республиках. А в остальных странах больных туберкулезом ведут чаще всего инфекционисты, потому что туберкулез инфекционное заболевание. Или врач-пульмонолог. У них меньше больных туберкулезом, отсюда совсем другое отношение.

Еще можно привлечь тем, что сейчас все основные противотуберкулезные учреждения оснащаются самым современным оборудованием. Можно заниматься диагностикой на самом высоком уровне. Диагноз ставится быстро, так как есть аппаратура. Часть территорий могут заключить контракт, по которому будущий врач берет на себя обязательство, что после окончания института должен отработать свою учебу.

На что следует обратить внимание студентов медицинских ВУЗов для привлечения их во фтизиатрию?

– Эта специальность очень значимая. Ведь для того, чтобы стать фтизиатром, недостаточно просто знать, что такое туберкулез, надо разбираться во всех видах легочной патологии, заниматься диагностикой и применять все методы исследования больных. Перед доктором стоит задача поставить диагноз, значит, надо использовать все современное знание. Надо, чтобы молодежь искала новые лекарства. Сейчас применяют противотуберкулезные препараты, открытые или синтезированные в 50-х годах XX века – естественно, туберкулезная палочка привыкает к этим препаратам. Необходимо на молекулярном уровне исследовать то, что происходит в организме человека при взаимодействии с микобактерией туберкулеза. Надо изучить биологию палочки Коха и пациента, надо найти новые мишени для действия лекарств.

В каждом медицинском ВУЗе есть кафедры (курсы) фтизиатрии и они должны пропагандировать свою специальность через студенческие кружки. Конечно, это зависит от активности кафедры. Многие из тех, кто сейчас работает во фтизиатрии, в свое время прошли студенческие кружки, ходили на заседания общества фтизиатров. Когда студент проходит курс, ассистент, профессор должны правдиво, и в тоже время красиво, описать что именно дает эта специальность, надо привести примеры великих людей, которые страдали от туберкулеза и как их излечили. Показать, что этой болезнью болеют не только лица БОМЖ, но и другие социальные слои населения. Сейчас актуален вопрос, который раньше не вставал, не было ВИЧ-инфекции, а именно появление этой инфекции осложнило течение и лечение туберкулеза. Почти две трети инфицированных ВИЧ заболевают туберкулезом и умирают именно от туберкулеза. Сейчас появились микробактерии туберкулеза, которые устойчивы к нынешним туберкулезным препаратам. Фактически надо вернуться и применять те методы лечения, которые были до антибактериальной эры, до 50-х гг. XX столетия.

Как Вы пришли во фтизиатрию?

– Я окончил институт в 1960 г., в том же году вышло постановление ЦК КПСС по усилению борьбы с туберкулезом. И тогда все, кто заканчивал медицинские институты, были направлены во фтизиатрию. Тогда работала распределительная комиссия и тебя направляли на работу, так как государство учило бесплатно. При этом надо было отработать три года. Или верни все деньги или иди, отработав вложенное в тебя. Но и в те годы, если один из десяти выпускников оставался работать после трех лет во фтизиатрии, это считалось огромным плюсом.

Нас не спрашивали, куда вы хотите идти работать, нас распределяли без нашего ведома. Я хотел работать ближе к тому месту, где я родился, и мне сказали, что тогда следует выбрать фтизиатрию. Прошел специализацию, в те времена не было столько препаратов и очень широко применялись методы коллапсотерапии, когда в брюшную или грудную полость вводили воздух, и многие пациенты получали эти процедуры. Такая манипуляция в какой-то степени привязывала пациента к доктору, потому что доктор сам смотрел, с помощью рентгеноскопии, какого размера пузырь воздуха, сколько еще нужно поддуть и так далее. То есть доктор видел пациента насквозь. Доктор больше всего был привязан к пациенту.

Что Вас задержало во фтизиатрии?

– Спустя два года после того, как меня направили во фтизиатрию, я поступил в аспирантуру по этой специальности, после ее окончания защитил кандидатскую диссертацию. Так как опыта у меня было мало, мне предложили продолжить практическую работу и поехать куда угодно или остаться в Москве. В те времена в Москве был дефицит врачей и им даже давали квартиру, но надо было отработать три года. Я решил вернуться на родину – в Молдавию, поработал заведующим отделением, позже стал директором института туберкулеза. Но через некоторое время мне надоело директорство, и я уехал обратно в Москву.

Что вас больше всего радует в Вашей работе?

– Результат от своей работы. Если отдачи нет, то расстраиваюсь. Мы готовим очень много проектов нормативных документов, а когда их не принимают – это удручает.

Что именно у Вас не принимают?

– Минздрав России дает задание, требует предложений. У нас был принят Федеральный закон о предотвращении распространения туберкулеза (77-ФЗ от 18 июня 2001 года – прим. редакции), где есть такая статья 10 «Обязательные обследование и лечение больных туберкулезом». Но эта статья не работает, потому что нет подзаконного акта для ее применения. Приставы по решению суда приходят и забирают того пациента, который отказывается пройти курс лечения, и доставляют в туберкулезный стационар. Как только приставы уходят, на следующий или даже в этот же день больной туберкулезом уходит из стационара. Фактически его никто не принуждает. Мы давали предложение не столько о госпитализации, а скорее об изоляции и о лечении. Так как по закону человек – собственник своего здоровья, то если он хочет лечиться, то лечится, а если нет, то его

и не заставишь. Даже находясь в тюрьме, заключенный, болеющий туберкулезом, может отказаться от лечения. Но зато он там хотя бы изолирован, а не является разносчиком инфекции, разъезжая, например, в троллейбусе. Ведь у обычного больного не написано на лбу, что он болен туберкулезом, он разносит спокойно болезнь на улице и в общественном транспорте.

Или, например, больному ВИЧ-инфекцией говорят: иди на флюорографию, он отказывается и не идет. И никто его не заставит. Гуманизация наших законов в отношении пациента это, конечно, хорошо, а что делать остальному населению? Они ведь тоже имеют права на защиту от туберкулеза!

Знаю, у Вас были ученики, которым вы помогли с диссертацией. Расскажите, как это было.

– В силу занимаемой должности я обязан был помогать людям с периферии делать научную работу. Доктор из города Орел попросил проанализировать его научные работы, специалисты из Иваново также просили. Я им помогал сформулировать задачи и их решения.

Вам нравится с ними работать?

– Да, потому что они прорабатывают всю литературу по той проблеме, которая меня интересует. Вместе с ними обновляю и свои знания. Мне запомнилась одна из работ, которую выполнял доктор А.С. Кононец. Оказалось, лица, которые находятся в заключении, два раза в год проходят флюорографию и у них выявляют туберкулез в малой форме, а между этими двумя осмотрами выявляют самые тяжелые формы туберкулеза с острым началом. Преимущественно такие формы туберкулеза развиваются у лиц, которые первый раз попали в места лишения свободы. Там все меняется для вновь прибывшего – общество, питание, условия быта, поэтому появляются острые формы туберкулеза. В большинстве своем пациенты и в заключении могут добиться хороших результатов лечения данного заболевания, так как там всегда есть, кому за этим лечением следить, и есть препараты. Хотя есть заключенные, которые делают вид, что выпили таблетку, на самом деле положат ее под язык, а потом выплюнут.

В целом по нашей стране половина больных не выделяют микробактерии, то есть они незаразны. И не всех надо госпитализировать, надо выписать препараты и пускай лечатся амбулаторно, под контролем медицинского работника. Зато больной будет находиться в кругу своей семьи. С одной стороны, мы делаем благо, когда забираем пациента в стационар, а с другой стороны – отучаем человека работать.

Расскажите о минусах и плюсах Вашей профессии?

– Хотелось бы рассказать о той работе, которую мы проводим с сотрудниками института. Мы даем предложения по улучшению материально-технической базы. Чтобы пациент, попав в больницу, имел комфортные условия. Второе, чтобы к пациенту относились не как к «больному», а как к человеку. Мы проводили в г. Иваново такую работу: спрашивали, почему пациент покидает больницу раньше срока. Они говорили, что ни врач, ни медсестра не принимают его, условно, за Иван Петровича или Ивана Васильевича, они относятся к нему как к «рыжему зеку» или «алкашу», тем самым его обижают.

Я принимал участие в составлении большинства нормативных документов, которые выходят в России. Но не всегда выполняется то, что написано. Одна из причин – отсутствие финансирования. И мой труд стоит на месте и никуда не сдвинется до тех пор, пока не появится финансирование.

Только ли государство оплачивает лечение больных туберкулезом или есть еще и организации, действующие на коммерческой основе?

– В 90-х годах прошлого века мы обращались к коммерсантам с просьбой о финансировании противотуберкулезных мероприятий. Они говорят так: а что мы будем от этого иметь? То есть, если они вложат деньги, им обязательно нужна прибыль. У них на первом месте бизнес.

В былые годы Россия получала помощь от международных организаций. Например, наша страна взяла заем Всемирного Банка, нам в это же время помогал Глобальный фонд, который финансирует мероприятия по борьбе с туберкулезом, ВИЧ и малярией. Но, учитывая, что мы относимся к развитым странам, все, что взял, надо вернуть. Вот страны Центральной Азии получают противотуберкулезные препараты безвозмездно, а России и Казахстану эти деньги надо возвращать. Наша страна отказалась от продолжения сотрудничества на таких условиях и предложила всем международным организациям зарегистрироваться в качестве иностранных агентов. Наш институт работал с некоторыми территориями, где действовала американская исследовательская компания, которая оказывала помощь в оснащении медицинских учреждений, оборудовании учебных классов и так далее. Мы начали совместно работать в Саратове, в Брянске, но все быстро кончилось, потому что их не аккредитовали. Потом мы работали с другими американскими компаниями – наши сотрудники подготовили учебные пособия по микробиологической диагностике и по лечению туберкулеза. Иностранные организации оплатили работу сотрудников и издали эти учебные

пособия, которые соответствуют всем международным требованиям. Раньше с нами работала Международная Федерация обществ Красного Креста, Агентство США по международному развитию, но спустя некоторое время их не аккредитовали. В данный момент упор только на свои собственные силы.

У нас в России много денег, но мы их не всегда правильно тратим. Вот директору или главному врачу дают определенную сумму. Она изначально вся расписана, часть идет на лекарства, часть на зарплату, на оборудование и так далее. И ты, как директор, не имеешь права сам распорядиться этими деньгами. Основные затраты сегодня – это затраты на стационарное лечение. 85-90% денег идет на стационары. Но у нас плохо работают то-ракальные хирургические отделения.

Почему?

– Когда суммировали и распределяли операции, получилось, что один хирург оперирует раз в две недели, нагрузка, которая требуется, не выполняется. Например, в небольших по населению административных единицах бывает по три хирургических отделения, но нагрузки на них минимальны. Поэтому их надо объединить в одном месте.

В каких регионах больше всего распространен туберкулез? Что нужно сделать для того, чтобы уменьшить вспышки заболевания?

– У нас страна большая, разные географические пояса, разный состав населения, разная занятость населения. Самые неприятные, с точки зрения туберкулеза, регионы находятся за Уралом. Там население очень разбросано, живут не компактно, поэтому им трудно оказывать медицинскую помощь, и там не решены многие социальные вопросы. Очень напряженная обстановка на Северном Кавказе, в некоторых территориях. Да, строятся новые учреждения, идет их оснащение, но менталитет у жителей еще не изменился и многие стараются скрыть заболевание туберкулезом, не лечатся у себя дома, стараются уезжать в другие места, чтобы никто об этом не узнал.

А сделать нужно самое трудное – надо улучшить материально-бытовые условия жизни населения, потому что туберкулез не только медицинская, но и социальная болезнь. Эта болезнь процветает там, где бедность, где маленькие зарплаты, где плохие условия жизни. Но болеют туберкулезом все, вне зависимости от социального статуса, будь то богачи или бедные. Но чаще всего встречаются больные из социально уязвимых групп, то есть пенсионеры, лица БОМЖ, безработные. Так что решение социальных вопросов в нашей стране приведет,

конечно, к уменьшению заболеваемости. С улучшением жизни уменьшится и туберкулез.

Как можно вылечить больных, кроме как привлекая их к стационарному лечению?

– Самое главное, улучшить в целом материальное положение людей, решить социальные вопросы. Повторюсь, ведь туберкулез – это социальная болезнь. В богатых странах, например в Америке и Англии, в кварталах, где живут бедные и бездомные, уровень заболеваемости такой же, как и у нас. В отношении пригородов Парижа, Лондона, где живут выходцы из Африки, показатель заболеваемости сравним с Россией. Где нет работы, зарплаты и питания, конечно, присутствует болезнь. Если будут решены эти вопросы, болезнь пойдет на убыль. Еще существует ВИЧ-инфекция, которая с каждым годом растет. Каждый 10-й больной туберкулезом, который поставлен на учет, болеет ВИЧ-инфекцией. Кроме того, у нас появилась палочка Коха, которая не чувствительна ни к одному из существующих препаратов, и приходится возвращаться к методам лечения былых времен, когда не было препаратов. Надо интенсифицировать работу по созданию новых препаратов, но чтобы создать новый препарат нужно затратить десятилетие. Вроде, какая-то работа в мире проводится, но я не могу точно сказать, когда будет создан новый препарат. А так – питание, здоровые условия жизни и повышение санитарной культуры населения скажутся на уменьшении риска заражения туберкулезом. А у нас, к сожалению, есть пациенты, которые знают, что они болеют и специально пытаются заразить других. Наши граждане незаконопослушные. Я был в Латвии и бывших союзных государствах, в Прибалтике население более законопослушное, чем в России. Если им сказали, что из этого больничного корпуса нельзя выходить, то больной (кстати, независимо от национальности) никуда и не выйдет. Другой менталитет, понимаете?

Что нужно сделать, чтобы изменить менталитет нашего населения?

– Мы говорим об этом, но плохо проводим просветительскую работу в средствах массовой информации. Все требуют деньги, даже чтобы выступить на радио или телевидении. Хотя в России существует закон о печати, где СМИ обязаны выделить время для пропаганды здорового образа жизни. Учить надо не только пациентов, но и население, чтобы все были просвещены.

У нас есть возможности для более раннего выявления туберкулеза, только эта техника недостаточно используется. Мы закупили очень много оборудования, но специалисты изначально не были подготовлены к технике,

соответственно начали их заново учить, а на это требуется время и средства. Во многих территориях оборудование есть, но оно не применяется или используется недостаточно, так как не обеспечены должные нагрузки и снабжение расходными материалами.

Врачи, которые работают сейчас с больными туберкулезом, в основном среднего возраста или даже пенсионеры и многие нелюбознательны, не читают литературу, не обновляют свои знания, чтобы повысить квалификацию. Учиться надо всем! В других странах, я видел, каждый год пересматривается размер заработной платы. Если врач сделал доклад, опубликовал статью в журнале, приобрел новые навыки, то он получает баллы, которые учитывают при выплате зарплаты. И доктор заинтересован, чтобы быть более активным, потому что его действия влияют на размер заработной платы. А у нас такого нет.

Когда, по-Вашему, будет решена проблема туберкулеза?

– Проблема туберкулеза будет решена, когда будет один пациент на миллион жителей. А для этого надо решить социальные вопросы. Некоторые территории России в плане решения проблем туберкулеза у пациента заранее закладывают бюджет для материальной помощи пациентам и для материального стимулирования работников. За то, что ты вылечил своего пациента, ты получаешь вознаграждение. Второе, в части регионов дают деньги, чтобы привлечь пациентов с помощью социальной помощи, особенно тех, кто находится на амбулаторном лечении. Если ему надо помочь, к примеру, отремонтировать квартиру, то больному оказывают помощь. Но так не везде. Некоторым пациентам, которые больны туберкулезом и живут в общежитиях, даются квартиры. Но у нас такое почти не выполняется. Если бы мы все выполняли то, что написано в законах, пациент бы увидел, что к нему относятся, прежде всего, как к человеку.

Как достучаться до врача, чтобы у него возникло чувство долга и понимания к пациенту? Что ему нужно объяснить?

– Действительно, есть некоторые врачи, которые за чувства пациента совершенно не переживают. Пациент пришел, чтобы найти понимание и помощь, а к нему относятся как к машине. Врач должен видеть в пациенте человека.

Вообще, это относится ко всем медицинским работникам. Когда идет набор в медицинский ВУЗ, нужно многих сразу отсеивать, преподаватели должны видеть, что человек не попал в свою колею, медицина – это «не его». Надо любить свое дело, получать удовольствие от труда. А так, лишь бы прибыть на работу в 8.30 и уйти в 14.00, и за то время, которое ты там находишься, тебе все равно, что будет у пациента Петрова или Сидорова – это неправильно. Необходимо чувство ответственности за пациента, человек пришел к тебе за помощью, и ты обязан ему помочь. Причем не только в медицинском плане, ведь доктор может решить и социальные вопросы, жизненные проблемы. А не только выписать таблетки и отпустить. Всякий врач должен быть в каком-то роде еще и психотерапевтом. Он должен объяснить все пациенту и привязать пациента к себе. Когда я работал в стационаре, всегда интересовался не только историей болезни, но и историей жизни больного, я старался знать почти все о нем, смотрел из какой он среды, что его волнует и чем он живет. Я всем врачам говорю, чтобы они старались вникнуть в проблемы и жизненную ситуацию своего пациента и помочь ему по-человечески. А соблюдает ли режимы пациент, во многом зависит от того, как доктор с ним поговорит. Если доктор ему внушил, что это надо, и пациент видит в докторе авторитет, то и проблем не будет.

Вы хотите еще что-нибудь сказать, о чем я не спросил?

– Я считаю, что журнал «Туберкулез и социально значимые заболевания» очень важен для здравоохранения. Самое главное – заинтересовать специалистов, чтобы они читали этот журнал, чтобы старались повысить уровень и широту своих знаний. В первую очередь, этот журнал дает возможность обмениваться опытом врачам различных специальностей. Невозможно единообразно решать все вопросы – от Калининграда до Находки, потому что каждые территории имеют свои условия, поэтому надо исходить из конкретных условий и принимать соответствующие меры и предложения для того, чтобы улучшить ситуацию в каждом регионе. Думаю, этот журнал московских фтизиатров должен сыграть в этом важную роль, а также много сделать и для пропаганды социальной помощи. Добрый путь журналу!

Спасибо Вам за беседу!

.....

Редакционная коллегия благодарит Виктора Васильевича за интервью и желает ему скорейшего выздоровления.