

УДК 616.24+614.2

**ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕВАНИЯ БОЛЬНЫХ
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ В КРИВОМ
ЗЕРКАЛЕ КАПИТАЛИСТИЧЕСКИХ РЕАЛИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Восканян А.Г.

Клиническое подразделение медицинского лечебно-производственного

Общества Бнабужутюн, Ереван, Армения

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Существующие методы лечения интерстициальных болезней легких недостаточно эффективны, а риск побочных действий от лекарств вероятен, вот врач и менеджер встали перед дилеммой – попытаться облегчить боль с большой вероятностью попасть в тяжбу со страховщиком (больным) или под диагнозом “хроническая пневмония” отправить больного домой. Ибо “заказчик” требует излечения, а это невозможно по патогенезу болезни.

В странах “развитого капитализма” нашли выход из патовой ситуации в отказе от госпитализации хронических, неизлечимых больных фиброзирующим альвеолитом: “...в Великобритании около половины больных фиброзирующим альвеолитом после установления диагноза не получают по его поводу лечения”.

Серьезность проблемы *идиопатических интерстициальных болезней легких* определяется “тяжестью течения и плохим прогнозом – сопоставимым с прогнозом рака легких”, но без лечения заболевание прогрессирует, а в случае правильной диагностики и своевременного лечения – есть возможность спасти жизнь, если не всем, то большинству обреченных страдальцев.

Для решения задач диагностики и лечения неперспективных больных, в условиях приоритета капитала, необходимы кардинальные преобразования в экономической политике здравоохранения. Необходимы медико-социальные больницы для больных *интерстициальными болезнями легких*, финансовая структура которых может быть как бюджетной, так и благотворительной, но политическая ответственность должна быть государственной.

Государство должно законодательно обеспечивать *равные права на медицинское обеспечение*, для всех своих граждан, *вне зависимости от формы, тяжести болезни и ее затратности*. Болезнь должна быть вовремя верифицирована, а больной – своевременно получить лечение.

Вместо предисловия

Краткий комментарий к цитате из книги Б.М. Корнева (с соавт.), под редакцией академика РАМН Н.А.Мухина, “Фиброзирующий альвеолит”:

“Существующие методы лечения фиброзирующего альвеолита недостаточно эффективны и сопровождаются выраженными и потенциально опасными побочными эффектами...” – **это факт,**

следовательно – “...трудно однозначно решить вопрос, следует ли лечить больного фиброзирующим альвеолитом?”, **тем более что** – “...Относительными противопоказаниями к лечению фиброзирующего альвеолита служат: пожилой возраст больного, терминальная стадия заболевания, бессимптомное или стабильное течение...”, **как следствие** – “...в Великобритании около половины больных фибрози-

рующим альвеолитом после установления диагноза не получают по его поводу лечения...”, но! – “...без лечения заболевание практически во всех случаях прогрессирует...”, тогда как – “...показаниями для начала терапии служат наличие или усугубление клинической симптоматики, выраженные или прогрессирующие рентгенологические изменения, выраженные или прогрессирующие изменения функции внешнего дыхания...”.

Из изложенного, перед практикующим врачом встает гамлетовский вопрос – “Быть или не быть?”, но больному от этого не легче. Тем временем, часы крадут возможности врача – возможного эффективного лечения. Уверен, нет неизлечимых болезней – есть безвозвратно утраченное время. Лечение интерстициальных болезней легких, на ранних этапах формирования патологических преобразований эффективно и обязательно, но не по правилам капитала. Торг здесь аморален. Мы знаем – мала вероятность, что лечение принесет значимое облегчение, но есть медицинские показания и “Клятва Гиппократа”.

Порочные тенденции капитализации медицины получили разгул и в нашей жизни, в странах СНГ. Эта практика, давно присущая странам цивилизованного мира – “развитого капитализма”, у нас в странах СНГ только зарождается. Сложившиеся экономические отношения привели к новым, сложным взаимоотношениям в практике врачевания, по формуле: “заказчик–исполнитель”. При этом катализатором такого уродства стал сам больной, то есть “заказчик”, который “заказывая” лечение “законно” требует от “исполнителя-врача” выздоровления по закону капитала – “деньги-товар, товар-деньги”. В случае фиброзирующего альвеолита ИБЛ, у врача возникает адекватный вопрос, а стоит ли ввязываться в борьбу против неизлечимой боли, если благие устремления, вероятно, будут отягощены финансовыми, а то и судебными тяжбами?

Пример из практики: Больной Славик, 64 года, “Мед.карта” № 042/05, см. Рис.1., поступил в клиническое отделение с диагнозом: **Бронхиальная астма.**

Наш клинический диагноз: Интерстициальная болезнь легких.

Из анамнеза: “...Лечился во многих клиниках, но все врачи обманули.... Я платил деньги, а мне лучше не стало!?”.

Из изложенного, подкрепленного примером, вытекает: зачем врачу осознанно идти на конфликт, терпеть незаслуженные оскорбления, если его труд не только не будет оплачен, но возможны судебные разбирательства. Сложившиеся отношения врача с больным, с элементами бизнеса, привели к тому, что ведущие медицинские учреждения у нас, как уже давно в странах “развитого капитализма”, под предлогом “мы бессильны”, отказываются от “бесперспективных” больных фиброзирующим альвеолитом. Ибо потуги врача особого успеха иметь не будут; больному лучше не станет, а если и станет, то незначительно и не надолго, да и “платильщик” не очень горит желанием оплатить расходы. Верифицировать болезнь дорогостоящими методами и лечить не на что, а если врач по наивности вложит финансовые средства медицинского учреждения, то битым будет дважды.

Англичане, будучи самыми продвинутыми капиталистами в мире, решили вопрос защиты чести и достоинства своих эскулапов по-английски просто: “Вам лечение может повредить, идите домой и молитесь Богу”. А американцы, как и полагается добропорядочному ученику, обошли англичан: Если смерть неизбежна, а долго умирать больно, то лучший выход – эвтаназия. Больной присмерти, но не умирает – это проблема, нет больного – нет проблемы”.

Вводное слово

Серьезность проблемы интерстициальных болезней легких (ИБЛ) определяется тяжестью течения и плохим прогнозом – сопоставимым с прогнозом рака легких¹. Проблему обостряет рост заболеваемости. Сегодня, это уже 15-20% от всех болезней легких и немало больных проходят под другими диагнозами. Большинство авторов доступной нам литературы указывают, что обычная интерстициальная

пневмония часто принимается за инфекционную пневмонию, а хроническое течение и повторы лихорадки, в условиях отсутствия финансов на информативные исследования, ставят врача в безвыходное положение. Подальше от греха – врач ставит диагноз – **хроническая пневмония** и выписывает под наблюдение семейного врача.

По данным наших клинических наблюдений, практически, у всех (633 взрослых) больных с тяжелыми формами астмы, поступавших на спелеотерапию за последние неполные три года, с января 2005 по август 2007 года, были выявлены те или другие признаки *интерстициального воспаления легких*. Из 633 больных 389 получили курс интенсивной терапии в связи с астмой – фаза обострения. Все прошли, дополнительно, обследования по клиническим показаниям. У 59 (15,2%) были верифицированы различные формы ИБЛ:

“Идиопатический интерстициальный пневмонит” у 4, *“Саркоидоз легких”* (и других органов, пан-саркоидоз) у 12, *“Болезнь Иценко-Кушинга”* (аденома гипофиза) у 3, *“Гранулематозный васкулит”* (синдр. Чарджа-Стросса, вторичный васкулит) у 11, *“Экзогенный фиброзирующий альвеолит”* (токсико-аллергический) у 7, *“Бронхоцентрическая гранулема”* у 5, *“Экзогенный аллергический фиброзирующий альвеолит”* (органические пыли) у 13, *“Эозинофильная пневмония”* у 4 больных.

У остальных рентгенологически выявлены остаточные признаки перенесенного интерстициального пневмонита, как например: плевральные шварты, спайки, воздушные буллы, симптом “матовое стекло”, сетчатость и др. В числе последних 5 человек страдали *“Буллезной эмфиземой”*, а у двоих верифицирован *“Милитарный рак легких”*. У троих была диагностирована *Ку-лихорадка*, поступили из: Москвы (Россия), Ахалкалаки (Грузия) и Масиса (Армения).

Ошибки диагностики, по месту отбора, обусловлены не столько квалификацией врача, сколько недоступностью современных методов диагностики. А причиной тому платная медицина, а точнее, отсутствие той самой платы, для классной медицины. Больной сам оплатить дорого-

стоящие исследования (это – компьютерная томография, бронхоскопия, трансторакальная или трансбронхиальная биопсия легкого, биохимические анализы крови и т.д.) не в состоянии, а средства, предусмотренные по госзаказу, не достаточны (речь идет об Армении). В создавшихся условиях самое “мудрое” решение, по старой памяти Страны Советов, назвать боль *хронической пневмонией* или астмой и послать на спелеотерапию. Эта ошибка не криминальная, хотя от этого больному не легче.

За ошибки врача повинны те, кто не подкрепили декларированные бесплатные медицинские “услуги” реальными деньгами. Услуги вообще-то всегда были бесплатными, на то они и услуги, но медицинское обеспечение бесплатным быть не может. Медицина стоит денег, а в случаях серьезного медицинского обеспечения – больших денег! При этом нарушаются международные конвенции о равноправии на медицинское обеспечение вне зависимости от тяжести болезни и стоимости лечения.

В условиях соц.-капитализма, в странах СНГ, без внимания чаще остается легкий больной или больной с хронической патологией. Поликлиники не могут обеспечить больных дорогостоящими лекарствами (не хватает бюджета), а эпизоды акций выдачи бесплатных лекарств бесполезны и вредны – возникает лекарственный стресс.

Классификация интерстициальных болезней легких

Американское торакальное общество и Европейское респираторное сообщество, привнесли хороший задел в клиническую оценку недуга, приняв кликопатологическую классификацию *интерстициальных болезней легких*, табл. 1.

“Идиосинкразический интерстициальный пневмонит” называемый по разному – *“Идиопатическим фиброзирующим альвеолитом”*, *“Идиопатическим легочным фиброзом”*, *“Криптогенным фиброзирующим альвеолитом”* – предлагается называть *Обычной интерстициальной пневмонией*. Трудно согласиться с определением воспаления интерстиция – *“пневмония”*, правильнее будет – термин *“пневмонит”*. Так же трудно согласиться и с обобщающим упрощением этиологически

не совсем понятного процесса, неизбежно ведущего к фиброзу легких. Может быть предлагаемая классификация уменьшит путаницу для врача первого звена и семейного врача, но вряд ли это пойдет на пользу больному и врачу.

Все остальные варианты **Идиосинкразического интерстициального пневмонита**, как: “Десквамативная интерстициальная пневмония”, “Респираторный бронхиолит,

ассоциированный с ИБЛ”, “Неспецифическая интерстициальная пневмония”, “Острая интерстициальная пневмония” (синдром Хаммена-Рича), “Идиопатический бронхиолит с организующейся

пневмонией”, эксперты предлагают не относить к *идиосинкразическому интерстициальному пневмониту*, а рассматривать как самостоятельные нозологии.

Морфологически, в практике врачевания интерстициальных болезней легких, все формы ИБЛ, рано или поздно, проявляются *фиброзирующим альвеолитом*, развивается интерстициальный фиброз, а на терминальных стадиях формируется “сотовое легкое”, при этом, в группу **интерстициальных болезней легких** входят различные болезни, как с установленной так и не установленной *этиологией*. В этом и состоит медицинский интерес к этой проблеме, к этому недугу.

Таблица 1. Интерстициальные болезни легких, сопровождающиеся развитием фиброзирующего альвеолита

1. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ФИБРОЗ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ГРАНУЛЕМ

1.1. Не установленной этиологии:

- Идиопатический интерстициальный пневмонит
- Саркоидоз легких
- Фиброзирующий альвеолит при ревматических болезнях
- Легочные геморрагии
- Синдром Гудпасчера
- Легочный гемосидероз
- Геморрагическая пурпура Шенлейна-Геноха
- Легочный протеиноз
- Лимфоцитарный пневмонит
- Эозинофильная пневмония

1.2. Установленной этиологии:

- Асбестоз
- Фиброзирующий альвеолит при действии:
 - ⊙ дымов и газов,
 - ⊙ аэрозолей,
 - ⊙ лекарств,
 - ⊙ радиации

2. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ С ГРАНУЛЕМАМИ И ФИБРОЗОМ

2.1. Не установленной этиологии:

- Саркоидоз легких
- Гистицитоз X
- Гранулематозный васкулит:
 - ⊙ Вегенера,
 - ⊙ Чарджа-Строса,
 - ⊙ саркоидоподобный
- Бронхоцентрическая гранулема

2.2. Установленной этиологии:

- Экзогенный аллергический фиброзирующий альвеолит (органические пыли)
- Пневмокониозы

Материалы собственных наблюдений

Каждый человек должен умирать дома – это гуманно, но лечиться, даже с не излечимым заболеванием, в праве и должен – в больнице. При этом по отношению к таким больным, “бизнес” не просто аморален, но морально-этически - преступен.

Ретроспективный анализ историй болезней, за последние, неполные 3 года, а это 618 больных, поступивших в клиническое подразделение Общества “Бнабужутюн” (Центр астмы), привели нас к выводу: в условиях “реанимации капиталистического общежития” от “ужасающего” социализма, в странах СНГ, необходимы кардинальные изменения в подходах медицинского обеспечения населения. Из анамнезов следует, что все больные, поступившие в “Центр астмы” прошли путь формального врачевания, но ни один больной не был удостоен исследования, хотя бы средней стоимости, не говоря о дорогостоящих методах. (Дескать, ты теперь капиталист, вот заплатишь – рентген домой доставим, а если нет - то довольствуйся острым глазом *всезнайки* – семейным врачом.) Из наших наблюдений: только двум больным из 12 с саркоидозом легких была сделана биопсия легких: это – Саркис, 32 г., “Мед.карта” № 042/05 проопирирован в Санкт-Петербурге и Аспрам, 56 лет, “Мед.карта” № 042/05 – в США. Из тех же 12 больных саркоидозом до поступления в наш Центр только трое были обследованы КТ. Из остальных, только один больной А.Вараздат подвергся тщательному обследованию в С.Петрбурге (находился в командировке), в результате был уставлен *синдром Чарджа-Стросса*.

Всем остальным больным диагноз был определен в клиническом подразделении Общества “Бнабужутюн”, современными методами исследования на основании клиники болезни. Это: компьютерная томография, магнито-резонансная компьютерная томография (гипофиза), открытая биопсия легких, бронхоскопическая биопсия, исследования функции внешнего дыхания с пробами, биохимические исследования крови – иммуноглобулины, гормоны, ферменты и т.д. Все исследования осуществлялись средствами больного и только неимущим по нашим ходатайствам,

с обоснованием обязательности КТ и МРТ, были проведены в рамках госзаказа.

Идиосинкразические интерстициальные легочные болезни – это заболевания с преимущественным поражением интерстициальной ткани легких. Идиосинкразия или идиопатия [гр. **idios** своеобразный + **synkrosis** смешение (или) + **pathos** болезнь], это своеобразная чувствительность к определенным веществам с болезненной ответной реакцией организма, как правило наследственно-детерминированная, атопическая. Под нозологическим названием идиосинкразические интерстициальные легочные болезни таятся *своеобразные* болезненные изменения собственной интерстиции и респираторных отделов легких, а по причине избирательности эти болезни сгруппированы под категорию “*интерстициальные болезни легких*”. Эти *своеобразные* воспалительные реакции интерстиции на действие внешних факторов, бывают разными: в форме аллергии – “*экзогенный аллергический альвеолит*”, фиброза легких – “*фиброзирующий альвеолит*”, гидратации – “*отек легких*” или даже перерождения альвеолярных клеток – “*дисиминированный рак легких*”.

Скринингом ИБЛ для больных астмой стал Центр спелеотерапии. Больные астмой недостаточно контролируемые и неподдающиеся лекарственному лечению, обращаются (направляются) в Центр спелеотерапии, как последний, “запасный” вариант излечения. Это своего рода “спасательный круг”, надежда (в большинстве случаев оправданная) хоть как-то повлиять на течение астмы, улучшить качество жизни или даже избавиться от нее. Они и есть (в большинстве) те самые больные фиброзирующим альвеолитом, которые не поддаются стандартному, лекарственному противоастматическому лечению, или, болезнь усугубляется от лечения.

Трудно рассудить – то ли астма осложнилась интерстициальной болезнью, или пневмонит стал индуктором астмы, но есть четкая корреляция ИБЛ с атопией. Все больные ИБЛ были наследственно детерминированы к иммуногенным заболеваниям. У всех астматиков с ИБЛ кровные родственники (часто и со стороны отца и матери) страдали астмой, экземой, аллер-

гиями. У всех иммуноглобулин “Е” зашкаливал норму в сотни раз.

Наши наблюдения подтверждают распространенность ИБЛ среди легочных больных. Из 633 больных астмой, поступивших на спелеотерапию, у 389 (61.5%), при плановых дополнительных исследованиях, были выявлены те или другие объективные признаки интерстициального воспаления легких, а у 59 из них – 15.2% – различные формы ИБЛ. Чуть меньше половины больных ИБЛ были прооперированы в клиниках Еревана, по нашим направлениям, при этом у 8 были врожденные аномалии и/или пороки развития легких: у 2 – дополнительная доля, у 3 – кисты легких, 1 – трахеобронхомегалия и у 2 – бронхоэктазия.

С другой стороны ИБЛ представляют собой разно-текущие, но однородные по происхождению заболевания, проявляющиеся одышкой, диффузными инфильтративными изменениями паренхимы легких, дыхательной недостаточностью по рестриктивному типу, нарушением газообмена в легких. Несмотря на полиморфизм клинико-морфологических проявлений ИБЛ, практически все они морфологически проявляются фиброзирующим альвеолитом со стереотипными изменениями альвеолярной перегородки и легочного интерстиция: в начале заболевания – альвеолита, по мере прогрессирования – постепенным замещением интерстициальным фиброзом, на конечных стадиях – формированием “сотового легкого”, с дисплазией эпителия альвеол и бронхиол.

При этом необходимо заметить, что уже при физикальном обследовании можно определить основные признаки воспаления интерстициальной ткани легких, это – *звучная крепитация* в нижних отделах легких, в некоторых случаях по типу “целлофанового” шума или “хруста снега”; у больных со стажем болезни – *симптом “барабанных палочек”* и “*симптом часовых стекол*”.

Жалобы, это – *кашель, приступы удушья, гриппозное состояние, боль в груди*, но для всех основная жалоба – *нарастающая одышка*. Жалоба, которая и явилась причиной явки (направления) в Центр Астмы. Как правило больные уже все перепробовали, в том числе и так называемые восточные традиционные методы, но болезнь нарастает!?

Формула окончательного диагноза ИБЛ выводилась на основании результатов компьютерной томографии и цитологического исследования биоптата ткани легкого и/или лимфоузлов, полученного как открытым методом, так и трансбронхиальным.

Клинические особенности больных ИБЛ

Больные ИБЛ в отличие от астматиков психически покладистые, не конфликтные. Внешний вид – *habitus* соответствует стадии болезни и сопутствующей патологии. Так у Даниела, см. рис.1., саркоидоз центральной нервной системы, на первый план выступают признаки паралича лицевого нерва; у Аспрам – габитускардия, так как вместе с другими локализациями у нее саркоидоз сердца: “перикардит с выпотом, миокардит с аритмией”; Рузанна выглядит почечной больной, у нее первичный васкулит, развился “Синдром Чарджа-Строса”; у Карлена габитус ракового больного, у него на фоне множественных метастазов в костях развился “фиброзирующий альвеолит”...

Во всех наблюдаемых случаях первое, что вызвало сомнение в диагнозе “Бронхиальная астма”, это *недостаточный эффект лечения астмы и нарастающая одышка*.

Интерстициальные болезни легких являются наименее благоприятными заболеваниями с фиброзирующим альвеолитом. Термин *Фиброзирующий альвеолит*”, предложенный еще в 1964 году J.Scadding(-ом), удачный и в полном объеме отражает основные признаки болезни, это – *воспаление и фиброз альвеол*.



Рис. 1. Мед.карта № 057/05. А. Даниель, 15.06.1937 года рождения, место рождения Иран, место проживания г.Аштарак, Армения. Поступил 29 апреля 2005 г. С диагнозом: “Бронхиальная астма. Парез лицевого нерва”. Профессия: электросварщик, слесарь – 20 лет. Наследственность отягощена: по матери бронхиальная астма. Диагноз: **“Интерстициальная болезнь легких. Бронхиальная астма. Саркоидоз легких, центральной нервной системы, глаз. Левосторонний парез лицевого нерва”**. Исход: Летальный, через 8 месяцев



Рис. 2. Мед.карта № 042/06. А.Славик, 17.04.1941 года рождения, место рождения и проживания г. Ереван. Профессия: токарь по металлу, слесарь-сварщик – более 20 лет. Поступил в марте 2006 года с диагнозом **“Астма Бронхиальная”**. Наследственность отягощена: по отцу – астма, по матери – аллергия. Диагноз: **“Интерстициальная болезнь легких. Астма бронхиальная. Токсико-аллергический фиброзирующий альвеолит. Васкулит (вторичный) – синдром Чарджа-Стросса”**. Исход: Летальный, через 1 год 9 месяцев

Послесловие клинициста:

Интерстициальный пневмонит, сегодня, при недоразвитом капитализме, это не просто диагноз, но – приговор. Это реалии капиталистической медицины, а мы живем и боеем в этом самом капиталистическом обществе, в самом его уродливом виде, в возрасте – “гадкого утенка”. Но, не тема ИИП заставил написать эту статью, а состояние хронического стресса в медицине, это полная незащищенность врача и его вынужденное отрешение от больного. Да, конфликт неизбежен, но можно предупредить и в какой-то мере смягчить его. Нельзя одно целое делить на обособленные секторы и тем более перекладывать проблемы государства на врача. Врач не может так долго быть буфером между социально необеспеченным населением и государством, не исполняющим (может быть по объективным причинам) своих прямых функций. Не будем упрекать англичан. По большому счету, и у нас уже стали возникать аналогичные проблемы, но с уродством “соц.-капитализма”. Совмещены в единое – *социалистическое вчера и капиталистическое завтра*, а жить, при этом, приходится сегодня. По сему на практике стали потребны заветы Ленина – “Врача народ прокормит”. Это положение, как оказалось, устраивает все стороны – больного и врача, законотворца и исполнителя власти.

Проблема отягощена отсутствием медицинской культуры потребителя-больного, во всех социальных слоях общества. Форма финансового вложения в медицинское обеспечение здоровья представляется не просто безрассудной, но иррациональной идеей, даже не нужной – “Вот когда заболею, тогда и-”.

Врач-исполнитель также предпочитает оплату натурой, в форме благодарности, “из рук в руки”. Законная оплата дела не поправит. Государство, законотворцы предусмотрели оплату не по фактической затрате, а в рамках возможностей бюджета. Форма оплаты по официальным каналам не совсем понятна, за что и почему столько. Гарантированное лечение по госзаказу превышает предусмотренный бюджет. И что прикажете делать?

Устраивает этот *формат охраны здоровья, как бизнес*, прежде всего работодателя. При этом “исполнители”, то бишь врачи, осознанно и добровольно выполняют функции дистрибьютера. Для хозяина чем больше потребителей, тем больше приток в теневую кассу. Меньше всего этот бизнес устраивает государство, но оно с этим смирилось. Достигнут определенный паритет – согласие. Может, потому что государство бедное и не может иначе решить проблему охраны здоровья своего населения. А может исполнителям государственной власти, это выгодно? Тема большая, глобальная и решить ее можно только в контексте глобальных преобразований государственных институтов. Одно ясно – как бы долго мы не твердили – “пахлава, пахлава”, высокотехнологичная медицина доступной не станет. Государству надо четко определиться - кого оно оплачивает – больного или врача. При этом посмотреть правде в глаза – классная медицина стоит не просто дорого, а очень дорого. Но, если медицинское обеспечение сводится к посещению человека в белом халате, а их сегодня “плодят” все, то у нас дела, хоть куда. Можно даже за руку поздороваться с врачом.

Тема настоящей статьи, это медико-социальные вопросы медицинского обеспечения и лечения людей с неизлечимыми болезнями и морально-этические аспекты врачевания на примере *фиброзирующего альвеолита*. Хотим мы того или нет, в жизни, в медицинской практике, есть болезни, которые прогрессируют несмотря ни на что. К ним относятся практически все системные болезни и, в частности, ИБЛ, фиброзирующий альвеолит. Не лечить таких больных, как это делается в Англии, не только не гуманно, но откровенно преступно. А как с ними быть? Дело в том, что это тяжелые больные, но они живые люди и могут жить годами, а семья не в силах оплачивать медицинские расходы. В Советское время эти больные месяцами, а то и годами могли находиться в больнице, в санаториях и снова в больнице, и так до самой смерти, под предлогом “преемственной медицины”. Поправившего (относительно) родственники забирали домой, а как только состояние ухудша-

лось, снова в больницу. Сейчас это невозможно. Медицинская этика, вместе с Клятвой Гиппократа, постепенно вытесняется. Эти понятия оказались на частнопредпринимательской трассе все пожирающего бизнеса. Врач обезоружен финансово и не защищен юридически!?

Человек, страдающий неизлечимой болезнью ИБЛ, фиброзирующим альвеолитом, вытесняется из временной структуры, именуемой *жизнь*. Болеть становится накладно, а еще более накладно иметь дома больного с неизлечимой хронической болезнью. Это – факт. Но! С изменением социальной формации общества природные законы жизни и смерти, увы! Не изменились. Не изменились и принципы врачевания. Но, всеобщее внимание к острым болезням, если не затмило, то отодвинуло больных с хроническими заболеваниями на второй план. Больные с хроническим неизлечимым заболеванием стали “лишними”, как дома, так и в больнице и это понятно, месяцами, и тем более годами в реанимации или в блоке интенсивной терапии больных-хроников в терминальной фазе болезни, содержать невозможно (никакой бюджет не выдержит), а дома некому, да и не на что лечить. Но они не виноватые. Они тоже члены общества и имеют равные права на медицинское обеспечение, на жизнь.

Выводы:

- Необходим закон о равноправии на лечение вне зависимости от тяжести, формы и продолжительности течения болезни
- Необходимы национальные программы по выявлению на ранних этапах ИБЛ и лечения, в том числе и рекреационной реабилитации
- Целесообразны учреждения Фонда поддержки больных ИБЛ и борьбы против фиброзирующего альвеолита
- Необходимы соответствующие изменения в программах усовершенст-

ния врачей, с выделением в отдельный курс ИБЛ

- Целесообразно создание Центров ИБЛ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Фиброзирующий альвеолит Б.М. Корнев, Е.А. Коган, К.У. Резникова, В.В. Деньгин, под редакцией академика РАМН Н.А. Мухина.
2. Экзогенный аллергический альвеолит /Под ред. А.Г.Хоменко, Ст.Мюллера, В. Шиллинга. - Москва, "Медицина", 1987. - 272 с.
3. Воспаление. А.М.Черных. Москва, "Медицина", 1979, - 448 с.
4. Патофизиология легких. – 3-е изд., испр. Москва; Санкт-Петербург: “Издательство БИНОМ” – “Невский Диалект”, 2001. -318 с.
5. Практический подход к астме: Р.Пауэлс, П.Д.Снешал. Перевод с английского; Научный консультант и автор комментариев В.Ф.Жданов – Санкт-Петербург: Ассоциация “Астма и Аллергия”, 1995. -174 с.
6. Внутренние болезни. В.И.Маколкин, С.И.Овчаренко. Москва: “Медицина”, 1999.
7. Диагностика и лечение внутренних болезней. Ф.И.Комаров. Москва, “Медицина”, 1999.
8. Руководство по пульмонологии / Под ред. Н.В.Путова, Г.Б.Федосеева. 2-е изд., перераб. доп. – Ленинград: Медицина, 1984. - 456 с.
9. Саркоидоз как системный гранулематоз. Хоменко А.Г., Ерохин В.В., Филиппов В.П. и др. — Москва: “Медицина”, 1999. - 39 с.
10. Краткий этимологический словарь русского языка. Изд. 2-е. Под ред. Чл.-кор. АН СССР С.Г.Бархударова. Москва, Издательство “Просвещение”, 1971. - 542 с.

ETHICAL ASPECTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INTERSTITIAL PULMONARY DISEASES IN THE DISTORTING MIRROR OF CAPITALIS HEALTH PROTECTION REALITY

Voskanyan A.G.

Clinical sub-department of medical treatment-and-production Association Bnabuzhutyun, Yerevan, Armenia

The existing methods of treatment of **interstitial pulmonary diseases** are not effective enough, while the risk of side effects from the medicine is probable. The Doctor and the Manager have faced the same problem – to try to ease the pain, with more probability to get into a bigger problem with the patient or, with a diagnosis chronic pneumonia, to send the patient home. In this case the “client” requires treatment, while it is not possible due to the nature of the disease.

In the countries of “developed capitalism” a way out of the situation was found through refusal of hospitalization of the patients with chronically incurable **fibrosing alveolitis**: “...in Great Britain about half of the patients with fibrosing alveolitis after the detection of the diagnosis does not pass any treatment”.

The seriousness of the problem of **idiopathic interstitial pulmonary diseases is detected by the** “severity of the clinical course and bad prognosis for a disease – which can be compared with the prognosis of cancer of lungs”, though without any treatment the disease makes progress, while in case of correct diagnosis and modern treatment there is a possibility to save the life if not in all cases, than in most.

For solving the issue of making diagnosis and treatment of non perspective patients, under the conditions of the priority of capital, fundamental changes in the economic policy of health protection are required. Medical-social clinics are needed for the patients with **interstitial pulmonary diseases**, financial structure of which can be budgetary, as well as beneficiary, with state political responsibility.

The Government should legislatively provide **equal rights for medical provision for the whole population**, in spite of the form, course and expenses of the disease. Any disease should be verified in time, as well as the patient should pass the treatment in due time.