Персонализация и доступность: контуры современной пульмонологии



Уважаемые коллеги!

Перед вами очередной номер журнала «Респираторная медицина». Собранные в нем работы принадлежат разным жанрам: от экспериментального исследования до анализа региональной практики, но при внимательном чтении в них проступает общая логика. Она отражает то, как меняется наша специальность: от описания болезни к описанию конкретного больного и от оценки эффективности вмешательства к оценке его реальной доступности.

Первая сквозная линия номера — персонализация терапии. Она раскрыта в двух статьях: обзоре новых подходов к фенотипированию и эндотипированию хронической обструктивной болезни легких, а также оригинальном исследовании, посвященном сочетанию фенотипов бронхиальной астмы с поздним дебютом. Авторы обеих работ обращаются к вопросу, который давно перестал быть теоретическим: насколько применимы усредненные терапевтические алгоритмы к пациенту, чья клиническая картина не укладывается в классические описания. К этой же линии примыкает экспериментальная работа о характеристиках лекарственного аэрозоля. Индивидуализация терапии определяется не только выбором молекулы, но и тем, достигает ли она цели, и физические параметры доставки заслуживают здесь не меньшего внимания, чем фармакологические.

Вторая линия — технологизация наблюдения. В номере опубликованы результаты многоцентрового пилотного исследования дистанционного мониторинга пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Дистанционные модели наблюдения обсуждаются в профессиональном сообществе не первый год, однако доказательная база под ними формируется медленнее, чем появляются технические решения. Работы такого рода закрывают этот разрыв, и редакция будет рада публикациям, посвященным этому направлению.

Третья линия объединяет материалы организационного и эпидемиологического характера. Это анализ лекарственного обеспечения генно-инженерными биологическими препаратами при тяжелой бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких по данным 51 субъекта Российской Федерации; описание опыта работы специализированного центра интерстициальных заболеваний легких; сопоставление показателей функции внешнего дыхания у пациентов с муковисцидозом в пределах федерального округа за два временных среза. Эти работы возвращают нас к обстоятельству, которое легко упустить в клинической дискуссии: терапевтические возможности, описанные в руководствах, реализуются в конкретной системе организации помощи, и различия между территориями здесь могут оказаться сопоставимы по значимости с различиями между схемами лечения.

Пользуясь случаем, обозначу форматы работ, которых редакции сегодня недостает. Это многоцентровые исследования; регистры и когорты с длительным периодом наблюдения; исследования по валидации диагностических и оценочных инструментов на отечественной популяции; работы, посвященные внедрению — т.е. тому, что происходит с вмешательством при переходе из протокола в повседневную практику. Мы будем рады таким рукописям.

Отдельно приглашаю коллег к работе на стыке клинической медицины и внедрения новых технологий. Устройства доставки, средства объективного мониторинга дыхания, цифровые сервисы поддержки пациентов, инструменты легочной реабилитации — во всех этих областях клиницист способен выступать не только пользователем готового решения, но и его соавтором. Такое участие требует времени и выхода за привычные рамки, однако именно оно определяет, будут ли создаваемые продукты отвечать реальным клиническим задачам.

Благодарю авторов, доверивших журналу результаты своей работы, и рецензентов, чей труд остается невидимым для читателя, но напрямую определяет качество публикуемых материалов. Журнал открыт для рукописей, и я рассчитываю, что следующие номера будут не менее содержательными.

С.Н. Авдеев
академик РАН, главный редактор журнала «Респираторная медицина»