



Профилактика и доказательная медицина – главные помощники врача

4 сентября руководитель отдела профилактической фармакологии Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины, кардиолог, доктор медицинских наук, профессор Марцевич Сергей Юрьевич отмечает 65-летний юбилей. Накануне известный врач и ученый рассказал корреспонденту журнала о новшествах в области кардиологии и барьерах на пути внедрения открытий доказательной медицины в клиническую практику.

– Сергей Юрьевич, со времени нашей последней беседы прошло 5 лет. Что нового за это время произошло в кардиологии и, в частности, в лекарственной терапии?

– Если говорить о создании принципиально новых препаратов, то здесь похвастаться особенно нечем. Одно из немногих исключений – появление новой группы препаратов – моноклональных антител, их научное название – ингибиторы PCSK9. Они снижают уровень холестерина значительно сильнее, чем все предыдущие группы гиполипидемических препаратов. В крупном исследовании FURIER было продемонстрировано их влияние на отдаленные исходы заболевания, что принципиально важно для такого рода препаратов. Они уже появились в клинической практике, доступны и в России. Правда, пока не совсем ясно, как будут внедряться в практику.

– Почему?

– Несмотря на то, что ингибиторы PCSK9 снижают холестерин сильнее предыдущих препаратов, они пока используются в дополнение к ним, в первую очередь, к статинам. Это позволило снизить холестерин до таких низких показателей, каких мы раньше не видели. Но у новых препаратов есть и слабые стороны, во-первых –

способ их применения. Они имеют белковый характер, поэтому больной раз в две недели сам должен делать себе уколы, что не всегда удобно. Во-вторых, стоят они порядка 35 тысяч рублей в месяц, а применять их надо постоянно, а не курсами, как считают некоторые врачи. Дороговизна делает их недоступными для большинства наших сограждан. В-третьих, подходят они только для лечения сложных форм нарушений липидного обмена с высоким риском умереть от осложнений атеросклероза.

Несколько слов о других новых препаратах. Сравнительно новыми можно назвать так называемые оральные антикоагулянты для предупреждения инсульта у больных с фибрилляцией предсердий. Пять лет назад они уже были, но в практическое здравоохранение начали внедряться сравнительно недавно, в том числе, в нашей стране. Относительно новыми можно также считать постоянно создающиеся комбинации давно известных лекарств, в первую очередь, для лечения артериальной гипертензии. Иногда удачно подобранное сочетание старых лекарств в одной таблетке становится для больного удобным, эффективным и безопасным препаратом. В России при координации нашего Национального общества доказательной фармако-

Received / Поступила: 01.08.2017

Accepted / Принята в печать: 02.08.2017

рапии недавно провели несколько исследований, которые продемонстрировали преимущества таких лекарств.

Нельзя не сказать и о попытках собрать в одной таблетке лекарственные препараты, обладающие совершенной различным действием (например, нормализующие давление, снижающие холестерин и предотвращающие тромбообразование). Такой подход направлен на улучшение так называемой приверженности больного к назначенной врачом терапии, однако он таит в себе ряд сложностей, в первую очередь, связанных с индивидуализацией терапии.

– Если я правильно поняла, речь идет об импортных препаратах. Когда появятся недорогие отечественные?

– У нас сегодня речь может идти только о дженериках, т.е., скопированных препаратах. Создание в широком масштабе инновационных препаратов нам сегодня не под силу: это требует миллиардных затрат. На Западе, например, этим занимаются крупнейшие фармацевтические компании. В Советском Союзе тоже была система, в которую входили создание, испытание и клиническое продвижение лекарственных препаратов, а также несколько крупных химико-фармацевтических институтов. Сейчас такая система утрачена.

Однако и создание качественных недорогих дженериков – важная задача для государства, тем более что в отсутствие принципиально новых препаратов лечение, в основном, проводится давно известными, но хорошо проверенными препаратами. Как сказал один американский врач: «Нам не очень нужны новые лекарства, старые не плохи. Просто нужно научиться эффективно их использовать».

– Вы много лет занимаетесь доказательной медициной, Вас считают докой в этой области. Изменилось ли отношение к ней у общества и работников медицинской сферы?

– Вопрос очень сложный, однозначно на него не ответишь. Пять лет назад я бы представился вам не только как сотрудник Центра профилактической медицины, но и как сотрудник кафедры доказательной медицины Московской медицинской академии. Эта кафедра учила преподавателей, аспирантов, научных сотрудников и медицинских работников более высокого звена основам доказательной медицины, поскольку было понятно, что знаний в этой области им явно не хватает. Сейчас кафедру закрыли. Доказательную медицину преподавателям медицинских вузов никто не преподает. А ведь хорошо известно, что по степени доказанности действия разные лекарства сильно отличаются между собой. У нас из-за незнания доказательной медицины приоритет, к сожалению, часто от-

дают препаратам с недоказанным или малодоказанным действием. Например, в области неврологии применяется огромное количество лекарств, не имеющих доказательной базы. Мало того, что на них впустую тратятся средства, так иной раз их назначают в ущерб лекарствам, обладающим четкими доказательствами влияния на исход болезни.

В кардиологии свои проблемы. Полезность статинов ни у кого в мире сомнений не вызывает. Тем не менее, Россия – одна из немногих стран, где эти препараты до сих пор принимают с опаской. Понимаю, когда их опасаются больные, но в этом случае, врач должен объяснить больному, что статины позволяют снизить не только холестерин, но и вероятность инфаркта, и так далее. Беда еще и в том, что многие врачи, и это доказано наблюдательными исследованиями, не уделяют должного внимания повышенному уровню холестерина у больного.

Это тем более обидно, что холестеринотерапия атеросклероза создана нашим соотечественником Николаем Николаевичем Аничковым. Обзорные доклады на любом конгрессе по атеросклерозу, где бы он ни проходил, начинаются с его фамилии. Эффективность применения статинов в отношении их влияния на исход болезни фактически доказала правильность его теории. В 2013 году исполнилось 100 лет со дня его великого открытия, но эту дату отметили лишь редкие медицинские сообщества. Парадокс в том, что он, думаю, не до конца оценил значимость своего открытия, плохо, что его соотечественники до сих пор этого не сделали.

Сегодня мало кто помнит, что Николай Николаевич Аничков – великий русский ученый. К слову, хорошо бы вспомнить и о другом великом русском ученом в области медицинской науки – Николае Сергеевиче Короткове, в 1905 году предложившем звуковой метод измерения артериального давления. Сегодня им пользуется весь мир и признает, что это метод Короткова.

– У вас – богатейший профессиональный опыт. Что из него вы считаете самым ценным?

– Опыт у меня действительно есть: я и врач, имеющий клинический опыт, и ученый. Поэтому скажу: нужно активно внедрять проверенные научные данные в клиническую практику, врач должен идти к цели не окольным путем, а пользуясь результатами доказательной медицины. Беда в том, что далеко не всегда врачи это делают. Эта проблема есть во всем мире, но в России она стоит особо остро.

Нас часто спрашивают о том, какой юридический статус у так называемых клинических рекомендаций. Отвечаю: у них нет юридического статуса. Рекомендации – это совет практическому врачу, как внедрить в практику новейшие достижения доказательной медицины

на индивидуальной основе. И здесь мы видим, что зачастую врач рекомендаций не знает, или не желает их внедрять, или не хочет индивидуализировать терапию, чему учили признанные классики нашей медицины – А.Л. Мясников, который практически основал Кардиологический центр, Е.М. Тареев, и другие. Они считали индивидуализацию терапии важнейшим элементом практической медицины. Мой покойный учитель профессор Владимир Исаакович Метелица в своей книге об индивидуальном подходе к лечению ишемической болезни сердца, написанной в соавторстве с Л.А. Мясниковым, ставшей библиографической редкостью, призывал врачей отойти от рутинного конвейерного подхода к лечению больных.

– Что он имел в виду?

- Например, больному поставлен диагноз ИБС. У врача сразу же выстраивается цепочка действий. Хорошо, если разумных, но иногда у него появляется желание перейти к радикальным методам лечения, минуя стадию медикаментозной терапии: установить стент, сделать операцию. Хотя доказано, и я не устаю это повторять, что 80 процентов больных ишемической болезнью сердца могут быть вылечены лекарствами – при условии их грамотного применения на индивидуальной основе.

– Сергей Юрьевич, вы – активный пропагандист профилактической медицины еще с советских времен. Тогда ее мощным инструментом была диспансеризация. Готовы ли к ней сегодня врачи и поликлиники?

- Диспансеризация – это традиция советской медицины, и в то время она проводилась лучше, чем сегодня, я знаю об этом не понаслышке. И за последние 4 года ни мне, ни моим друзьям и родственникам приглашения на диспансеризацию никто не присылал. Нельзя не сказать и о том, что, лет 5 назад у нас были созданы центры здоровья, задача которых – выявлять больных с факторами риска, включая сердечно-сосудистые заболевания: инфаркт миокарда, мозговой инсульт. Но, как показала практика, эти учреждения не всегда успешно это делают: например, в ходе одного исследования в Люберцах людям, поступающим в больницу с инфарктом миокарда, задавали два вопроса: знают ли они, что в городе работает Центр здоровья, и посещали ли они его. Оказалось, что 30 процентов больных знали о его существовании, но даже из этих 30% его никто не посещал.

– Чем вы это объясняете?

- Только не отсутствием финансов: на проведение диспансеризации и создание центров здоровья государство выделяет очень большие ресурсы. Скорей

всего, подготовиться к ней врачам и поликлиникам не позволила поспешность, с которой стали возрождать профилактический подход в медицине, к тому же, в вузах пока этому плохо учат. Роль профилактики в медицине хорошо декларируется, но плохо исполняется.

Центр профилактической медицины активно способствует улучшению качества профилактики, особенно, в последнее время: к нам стали прислушиваться. Но до практической медицины наши рекомендации доходят очень медленно, зачастую, в виде указов, распоряжений и прочих административных документов, да и врачам мало кто разъясняет суть профилактики.

– Видимо, цена вопроса – качество подготовки кадров. Это серьезная проблема для многих отраслей. Вы с ней сталкиваетесь?

- С кадрами и у нас проблемы. Если говорить о научных кадрах, то в нашем центре, например, огромный разрыв между учеными, работавшими еще в советское время, и молодыми. Научных работников среднего возраста очень мало: был период, когда в науку никто не шел.

Сейчас ситуация немного оживилась, стало больше аспирантов, людей, интересующихся наукой. Но проблемы остались. Если раньше аспиранты после окончания аспирантуры хотели продолжать научную карьеру, защитить докторскую диссертацию, то сейчас писать ее редко кто хочет: это трудно, долго и требует фундаментального изучения науки как таковой. При этом врач, занимающийся наукой, стеснен материально, поэтому уговорить молодежь, даже тех, кто пошел на защиту кандидатской диссертации, остаться в науке и заниматься продолжением своих же научных разработок, сделанных в ходе работы над кандидатской, трудно. Это реальная проблема. Сегодня диссертацию защищают, в основном, для того, чтобы, имея ученую степень, получать повышенную зарплату, и это очень печально. Не понимаю, кто будет реально продолжать развивать науку через несколько лет?

– Последнее время стали говорить о том, что о здоровье человека должны думать не только врачи, но и он сам. Изменилось ли, на Ваш взгляд, отношение россиян к факторам риска?

- Ответ, скорей, отрицательный. И это общемировая проблема: недавние исследования европейских ученых, например, выявили, что распространенность основных кардиологических факторов риска в Европе не уменьшилась, а ожирения – даже возросла. В России практически то же самое, а с некоторыми факторами риска даже хуже: я уже говорил, что у нас и больные и, к сожалению, врачи, к повышенному уровню холестерина

относятся спокойно. Думаю, государство должно помочь ликвидировать этот фактор риска.

– Государство уже помогает. Например, законодатели и курить запретили в общественных местах, и цены на алкоголь подняли. А вы как относитесь к запретам?

– Отрицательно. Если они в какой-то степени способны влиять на сознательную часть населения, то на подростков практически не действуют: и молодые женщины, и молодые парни активно курят, несмотря на все запреты. Типичная картина: молодая мама одной рукой везет коляску, а другой держит сигарету. Уверен, если мы запретим употреблять алкоголь, люди либо найдут ему замену, либо способы его достать. Помочь справиться с пагубным пристрастием могла бы осознанная государственная пропаганда, но внедряется она очень тяжело. Когда о вреде алкоголя мелким шрифтом пишут на банке пива, это, во-первых, не читается, во-вторых, не работает, хотя была надежда на то, что страшная надпись на пачках сигарет «Курение убивает» окажет какое-то влияние на любителей табака. Не оказала: запретительные меры у нас не работают. А на Западе, как ни странно, работают, там люди по-другому относятся к своему здоровью.

– Видимо, начинать рассказывать о последствиях пагубных привычек надо со школы.

– Скорей, с детского сада. Проблема в том, что общее в воздействии любого фактора риска на человека – удовольствие, которое он получает от приема алкоголя, наркотиков, еды, и от него трудно отказаться.

– Можно ли бороться с вредными привычками медикаментозно?

– Ученые действительно работают над созданием таких лекарственных препаратов, создан ряд эффективных препаратов против ожирения, но с побочными действиями. Самый опасный – их прием ведет к увеличению количества самоубийств, из-за чего несколько препаратов, прекрасно прошедших клинические испытания, были забракованы.

– Ожирение для нас сравнительно новая напасть. Сегодня Интернет забит всевозможными диетами, с помощью которых можно быстро похудеть. Их сотни, если не тысячи.

– Не думаю, что им надо следовать. И новые создавать не надо: они созданы классиками, в том числе, отечественной медицины, десятки лет тому назад. Вопрос в том, как их внедрять: одно дело, если у человека ожирение не запущенное и не связанное с каким-либо заболеванием. Другое – когда ему не помогают ни ди-

ты, ни лекарства. В таком случае необходимо хирургическое вмешательство, и здесь мы сильно продвинулись, правда, это сложно и небезопасно. Беда в том, что многие вообще не хотят худеть, и попытки запугать их рассказами о болезнях, к которым может привести ожирение, не всегда срабатывают. Поэтому профилактику борьбы с лишним весом тоже надо начинать значительно раньше, до того, как человек ожирел.

– Как заставить россиян отвечать за свое здоровье?

– Это очень сложный вопрос и он, скорей, к психологам, которые знают, как сделать информацию наиболее воспринимаемой, а не к клиницистам. Мы знаем, что больному говорить, какие памятки давать, но не знаем, как его заставить соблюдать наши рекомендации. С другой стороны, как показали научные исследования, если человека проинформировать о том, что, допустим, мерцательная аритмия ведет к инсульту, он начинает лучше принимать лекарственные средства. Так что пугать тоже надо, но разумно.

– В вашей семье кто-нибудь курит?

– Нет. Ни отец никогда не курил, ни я.

– Диеты соблюдаете?

– Моя мама пережила блокаду, а папа – голод. Поэтому мои советы соблюдать диету для них звучали странно. Мои коллеги тоже прекрасно знают об опасности холестерина, но, уверен, их диета тоже далека от рекомендованной нашими врачами-классиками.

Когда меня больной спрашивает, как диету соблюдать, отвечаю, что в первую очередь, в его холодильнике не должно быть вредных продуктов. И здесь многое зависит от того, кто продукты покупает и выпускает. Почему наши магазины завалены продуктами, не соответствующими критериям здорового питания? Я не говорю о качестве продуктов – просроченных или тех, в которые добавляют различные вредные вещества. Производителей обязали писать, сколько жиров, углеводов содержится в их продукции, но никто не пишет, сколько в них калорий. А ведь если соблюдать нормы потребления холестерина и калорий, то в 90 процентах случаев все будет нормально. Вопрос в том, как себя заставить тратить калорий столько же, сколько употребил, то же касается и холестерина. Это продукт, совершенно необходимый организму, беда в том, что мы его переедаем.

– Что скажете о голодании?

– Его доказательность сомнительна. Более того, поскольку я имею дело с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями, знаю, что для них этот метод опасен.

Доказательств пользы разгрузочных дней немного, но, что интересно, у нас есть прекрасные труды о правильном питании 50-летней давности, но о них практически забыли.

– Что посоветуете нашим читателям?

- Думайте о своем здоровье и занимайтесь профилактикой. Сегодня у нас есть все возможности это делать, и жить намного дольше, чем раньше.

С возрастом у многих возникают болезни склеротического характера. И парадокс не в том, что они неизлечимы, а в том, что мы их зачастую не лечим и не предупреждаем. А ведь и инфаркт, и инсульт в большинстве случаев предупреждаемы.

Я бы очень хотел застать времена, когда наши врачи начнут заниматься реальной профилактикой инфаркта и инсульта, а человек с высоким риском этих заболеваний будет, во-первых, идентифицирован со-

временными средствами профилактики, о которых сегодня многие и не знают, а, во-вторых, получит эффективную профилактическую помощь.

Дорогой Сергей Юрьевич! Ваши коллеги, ученики от всего сердца поздравляют Вас с 65-летием, желают долгих, активных лет жизни, новых достижений и широкого признания ваших талантов!

Редколлегия журнала «Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии» присоединяется к поздравлениям и пожеланиям ваших коллег и учеников: много лет, уважаемый Сергей Юрьевич!

*Наталья Долгушина
специально для журнала
«Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии»*