

БОЛЕЗНЬ ЛУЧШЕ ПРЕДОТВРАТИТЬ, ЧЕМ ЛЕЧИТЬ



Глава Минздрава Вероника Скворцова в числе приоритетов назвала кадровую политику, развитие науки и биомедицины и глобальное улучшение профилактики. Означает ли это, что статус Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины повысится? На этот и другие вопросы, касающиеся системы российского здравоохранения, отвечает доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии естественных наук, руководитель отдела профилактической фармакологии Центра Сергей Марцевич.

Мы пережили много перемен, и не только в здравоохранении. Не всегда наши ожидания оправдывались. Правда, новый руководитель Минздрава Вероника Скворцова, в отличие от предшествовавших руководителей здравоохранения – по специальности врач, она не только грамотный специалист, но и ученый, известный приоритетными научными работами в области изучения инсульта. Она хорошо знакома и с принципами доказательной медицины. Заявления о том, что главный акцент надо сделать на профилактике, возможно, сыграет положительную роль и улучшит здоровье нашего населения. Тогда статус центра и отдела, который я возглавляю, действительно повысится, поскольку мы занимаемся именно проблемами первичной и вторичной профилактики.

Расскажите, пожалуйста, об отделе, которым Вы руководите.

Он был создан в 1976 г., его основал Владимир Исаакович Метелица. В то время, правда, это был не отдел, а одна из первых лабораторий клинической фармакологии. Со временем она стала отделом, вошедшим в состав Института профилактической кардиологии, ныне Центра профилактической медицины. Главное, было создано новое направление – профилактическая фармакология или фармакотерапия, предупреждение заболеваний с помощью лекарств, причем, как прямая, или первичная, профилактика, когда человек еще не заболел, так и вторичная, когда человек перенес инфаркт,

и ставится задача с помощью лекарств улучшить его дальнейшую судьбу.

В центре внимания наших сотрудников есть еще одно направление – фармакоэпидемиология, наука, позволяющая объективно оценивать, как назначаются лекарства на практике, отследить выполнение научных разработок, клинических рекомендаций в реальной жизни. Проблема в том, что «правильные» лекарства либо вообще не назначают, либо назначают неправильно, а передовые разработки, лекарственные препараты и методы назначения или не реализуются, или реализуются очень плохо. Справедливости ради скажу, что это не только российская проблема. Последние международные исследования показали, что разрыв между наукой и реальной медициной существует и в самых развитых странах, но не такой большой, как у нас. Так что, несмотря на то, что мы хорошо знакомы с передовыми достижениями мировой науки, эффективными лекарствами, технологиями, и они быстро проникают к нам, но мы их не используем, например, из-за административных барьеров, косной системы руководства здравоохранения, недоверия к общественным организациям.

О каких общественных организациях Вы говорите?

В США, например, хорошо известна общественная организация American Heart Association (АНА). Именно она в первую очередь определяет политику, стратегию и тактику в области кардиологии, и все, что в ней

делается – делается по рекомендациям АНА. У нас тоже есть общественные организации, например, Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК), но они играют подчиненную роль. Это приводит к тому, что ключевые проблемы, например, написание стандартов, зачастую решают никому не известные чиновники, а мы получаем от них такие документы, в которые профессионалу иногда даже страшно смотреть, настолько безграмотные вещи там написаны. Мы даже не знаем, кто их готовит.

На Западе есть клинические рекомендации, над которыми работают огромные коллективы ученых. Эти совершенно открытые документы долго обсуждают, критикуют, а когда обсуждение заканчивается, документы получают статус клинических рекомендаций и становятся основными в принятии решений практическими врачами. У нас такие документы появляются, но либо они малоизвестны, либо вообще не известны простым врачам, а главное, никакого статуса не имеют: чиновников мнение ученых совершенно не интересует.

Сотрудники отдела отзываются о Вас с огромным уважением. В чем секрет такого отношения?

Скажу, на мой взгляд, важную вещь, уже немодную сегодня: я всю жизнь проработал в одном учреждении, куда в 1978 году после окончания института пришел на должность старшего лаборанта. Это была самая низшая ступень, но я радовался: попасть в такое престижное учреждение было очень трудно. Так что весь мой научный путь протекал здесь.

У меня были хорошие учителя. Одно из них, профессора Метелицу, я упомянул, нельзя не сказать о Николае Алексеевиче Мазуре, Игоре Константиновиче Шхвацабая. Они вбирали самое современное, что было в то время, и старались передать нам. Принципы, которые они нам прививали, закрепились на всю жизнь. Профессор Метелица, например, учил нас принципу объективности. Быть объективным в суждениях очень сложно, особенно сейчас, когда столько соблазнов заработать хорошие деньги за небольшую, казалось бы, уступку какой-нибудь фармацевтической компании при описании некоего препарата. Черное описать белым мало кто рискнет, хотя и такие вещи встречаются, но немножко приукрасить, поменять местами, – практикуется кругом. Нас учили, что так не должно быть ни при каких обстоятельствах. Этот принцип я стараюсь соблюдать и в журнале «Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии», и в научных публикациях.

Если говорить о сотрудниках отдела, то я подбираю людей, заинтересованных в нем работать, прививаю интерес к проблемам, которыми мы занимаемся, используя то, чему в свое время учили нас: преемственность много значит. Надеюсь, мне это удастся.

Возможно, интересные научные исследования и явились причиной того, что в нашем отделе люди работают с интересом. Хотя в последнее время повсеместно распространены другие принципы. И пациенты – а среди них есть и ученые в разных областях, и преподаватели вузов рассказывают, как трудно стало работать в науке. Студенты на лекции не ходят, учиться не хотят. Диплом, отметку стараются получить другими способами. Мы всегда были против этого.

Другое дело, что сегодня плохо и не тому учат студентов медицинских вузов. Как следствие, российские дипломы за рубежом не признаются. Нашему врачу сложно подтвердить свою квалификацию, например, в США, хотя такие случаи есть. Ответ простой: российская система обучения не позволяет воспитать врача, обладающего всеми современными требованиями.

Мы поинтересовались у недавних выпускников – врачей, аспирантов, ординаторов, пришедших к нам работать, что им известно о доказательной медицине, составляющей основу современных знаний в медицине. Оказалось, большинство о ней не знает ничего: студенты учились не по рекомендациям доказательной медицины, а по «Ивану Ивановичу Иванову», который считает, что такой метод лучше. А еще в недавнем времени ситуация была еще хуже: мы вообще не видели новых молодых людей. Если они и приходили, то ни на что не годились, научный коллектив старел. Ясно, к чему это могло привести. Сегодня, должен сказать, появился повод для оптимизма: к нам стали приходиться молодые, заинтересованные ребята, у которых есть желание заниматься медицинской наукой. Но это пока первые ростки.

В любой области науки, искусства, производства надо иметь хорошие традиции и воспитывать новое поколение на них; они у нас были, но частично утрачены. Немаловажно уметь пользоваться и зарубежным опытом – это практика, существующая всюду и почти не существующая в России. Крайне редко можно увидеть, чтобы наши сотрудники обучались, например, в США, это единичные случаи. Я был в лабораториях и клиниках бывших соцстран, там большинство сотрудников прошли стажировку в США, в Англии, вернулись назад, работают. У них совершенно другой менталитет, другое понимание проблемы. Но если уезжают наши ученые, то уезжают насовсем. Почему? Видимо, общая тенденция – погоня за материальными благами, деньгами – ломает все остальное.

Получается, сегодня вместо клятвы Гиппократы – преискурант?

Скорей всего, так, к сожалению. Беда в том, что это стало нормой. Раньше на конференциях в разных учреждениях обсуждали только больных, клинику. Это-

му нас учили классики. Сегодня рассуждают, квотный это больной или не квотный, то есть, получим мы за него от Минздрава долю доходов или нет.

Разумеется, я бы не стал упрощать проблему, поскольку понимаю: без квот учреждению, видимо, будет невозможно жить, но когда во главу угла ставится вопрос, будет ли оплачена процедура, и неважно, кем... Был период в развитии нашего общества, когда деньги пытались получить с больных, сейчас их стали получать с государства. Больной не платит ничего, а за диагностический метод, лекарство, за назначаемый метод лечения клиника получает деньги. Конкретный пример. Есть, допустим, больной ишемической болезнью сердца. Есть эффективные способы его лечения при помощи относительно недорогих методов, лекарств. Но есть и соблазн сделать ему операцию. И когда этот больной лежит в клинике, врач понимает: уговори он его на операцию, финансовая составляющая будет совсем другая, нежели от грамотного лечения таблетками. Многие ли устоят перед соблазном уговорить человека на операцию, в которой он далеко не всегда не нуждается?

Сегодня это риторический вопрос, не требующий ответа. Да, лучше не болеть и вести здоровый образ жизни... Принято считать, что главная беда отечественной науки – недостаточное финансирование. Вы с этим согласны?

С финансированием проблем, конечно, много, но огорчу другим. Если вы сейчас начнете хорошо финансировать науку, но не будете делать ничего другого, это не приведет к повышению качества. Приведу пример. Я много езжу по России, читаю лекции, беседую с врачами. Заходит разговор о зарплате. Все знают, что столичные врачи получают в несколько раз больше своих коллег из глубинки. Московские терапевты даже по нашим меркам получают немаленькую зарплату – до 80 тысяч рублей. Вы думаете, после прибавки к зарплате они стали качественнее лечить? Скорей, наоборот. Потому что никого не заинтересовало, как повышение зарплаты отразится на качестве лечения. Обычно интересуются, насколько грамотно врач заполняет документацию и отчитывается о выписанных лекарствах. Но чтобы интересовались, насколько грамотно врач назначает лекарства, я почти не видел. И прибавка к зарплате в Москве, в частности, не привела ни к повышению квалификации врачей, ни к улучшению качества лечения больных.

Мы это хорошо видим, поскольку тестируем врачей, для этого разработали специальные методики, защищаются диссертации по теме, как проверять знания врачей. Результаты не самые радужные: они не знают элементарных вещей – как назначать лекарства, как контролировать эффект их воздействия. Глав-

ная беда – врачи не хотят повышать свои знания. Мы приезжаем в клинику, читаем лекции, а они, сидя в зале, якобы делают нам одолжение. У врача есть список лекарств, в рамках которого он и работает. Причина такого отношения к своей работе в том, что врачам за качественное лечение не платят! С них требуют такое количество отчетов и бумаг, никакого отношения не имеющих к клинической работе, что этого им хватает «по горло». Парадокс в том, что сегодня все доступные лекарства в России есть, а применить их мы не умеем.

А как с этим обстоят дела в США?

Там совершенно другая ситуация, иной процесс назначения лекарств. Во главу угла у врача поставлена доказательность действия лекарства – то, что в России почти никому не интересно. А там это интересует не только врача, но и больного. И если наши пациенты не спрашивают о лекарстве, которое им назначают, эффективно ли оно, доказало ли свое действие, продлит ли оно их жизнь, предотвратит ли инфаркт, то американский больной не позволит, чтобы ему назначили лекарство непроверенного качества с непроверенным действием. Поэтому американский врач находится в постоянном тонусе. Допусти он ошибку в выборе лекарства, сделай выбор не с позиции доказательной медицины, а в интересах какой-то фармацевтической компании, он сильно рискует в первую очередь тем, что об этом узнает больной: информация там открыта. Пациент уйдет к другому врачу.

Я бывал на американских конгрессах, в зале на 10–15 тысяч человек – ни одного свободного места. Американские врачи внимательно слушают доклад, например, о результатах новых лекарственных исследований. Это не интерес к науке, хотя он, безусловно, имеется. Это – желание быть в струе, знать, что ты владеешь самой современной информацией, и быть уверенным, что никто из коллег и больных не обвинит тебя в отсталости, если ты не знаешь последних веяний медицины. Для американского врача – это самое страшное.

Как стимулировать нашего врача брать пример с американских коллег?

Недавно общался с врачом из Израиля по поводу назначения больным после инфаркта лекарств, снижающих холестерин. Она сказала, если она назначит лекарство и не добьется так называемых целевых значений холестерина (а это – индикатор эффективности лекарства), то ее накажут. В России за этим вообще никто не следит. Контроля качества нет. Механизм такой есть, это страховая компания, но я ни разу не слышал, чтобы какой-то врач был наказан за неправильное назначение или не назначение лекарства. Есть группа пре-

паратов – статинов – для лечения атеросклероза. У нас их часто не назначают. Страховая компания, увидев больного с неназначенным препаратом при наличии показаний, должна врача наказать, оплатив его некачественный труд в минимальном размере. Но страховщики цепляются за что угодно, только не за качество назначенного лечения.

Во всем мире проводят исследования, какой процент больных реально получает доказанную стандартную помощь. На Западе – это порядка 20 %, у нас – 2. А нужно добиться, чтобы статины получали хотя бы 50 % пациентов, в них нуждающихся.

Беда в том, что врачей отучили клинически мыслить, принимать решения. Врач работает по схемам. Видит человека, которому можно сделать операцию, принимает решение ее сделать, понимая, что за это еще и деньги получит. А подобрать нужное лечение и лекарства сложнее: в них надо разбираться, назначить их в соответствующих комбинациях так, чтобы они не противоречили друг другу, отследить эффективность, выявить побочные действия, научить больного правильно их принимать. Но для этого нужны профессиональные знания, умение ориентироваться в новейших достижениях науки. Выбирая хирургический метод, врач действует просто: отрезал, зашил, и нет проблем.

С таким подходом к лечению больных, науке нобелевские лауреаты в области медицины у нас, наверное, не скоро появятся?

В области медицины у нас было только два нобелевских лауреата: Иван Петрович Павлов и Илья Ильич Мечников. Случилось это задолго до Октябрьской революции. Сейчас у России в медицине никаких перспектив на получение нобелевской премии нет, потому что фактически нет фундаментальной науки. Она разрушена в годы перестройки. Пусть она была не совершенна, непродуктивна и порочна, но во всех областях существовали базовые институты, которые занимались серьезными исследованиями. Сегодня государство не вкладывает деньги в фундаментальную науку, да и не знает, как это делать. Это, наверное, главная беда.

Что такое современная профилактика с медицинской точки зрения?

Это комплекс мер, направленных на предупреждение заболевания. В кардиологии – на недопущение сердечнососудистого заболевания. Сейчас мы знаем, что надо сделать, чтобы болезнь не развилась, как должен вести себя человек, чтобы избежать инфаркта или инсульта. То есть, комплекс лекарственных и нелекарственных мер хорошо известен, вопрос в том, как их соблюдать. На государственном уровне хотя и появились сдвиги в борьбе с факторами риска, но настолько

скромные, что это удивляет. Закон против курения, например, до сих пор не принят.

С другой стороны – кто в России знает свой уровень холестерина? Единицы. В США любой школьник ответит, что такое холестерин, а взрослый назовет и его уровень. наших людей интересуют какие-то шаманские методы лечения, непонятные биологические добавки. Ключевые факторы риска, профилактика которых предупредит болезнь, наше население не интересуют. Мы редко слышим в прессе, что контролировать давление – это значит снижать показатели смертности, а снижать холестерин – значит, снижать частоту инфарктов и инсультов. Профилактика, этот важнейший этап медицины, у нас, к сожалению, существует пока чисто декларативно. Центров по всей стране создано много, мы смотрели, как они работают. Но меня удивило, что проверяющие интересовались, насколько грамотно потрачены выделенные деньги, правильно ли закуплено оборудование и есть ли на него сертификаты, как оформлены бухгалтерские документы, не было ли перерасхода средств и т.п. Никто не интересовался, как именно в них занимаются профилактикой, с какими людьми работают, что им советуют. Чисто чиновничий подход.

Что бы вы порекомендовали тем, кто не любит ходить в поликлинику, предпочитая самолечение?

Ничего. В любой ситуации принять решение может только врач. Хотя одну рекомендацию дам: заниматься профилактикой – ограничивайте соль, повышайте физическую активность, снижайте холестерин, не курите.

В конкретной клинической ситуации проблемы никогда не могут быть решены ни по телефону, ни советами вперед. На то есть врач. Хроническому больному достаточно два раза в год прийти в поликлинику, получить грамотные советы врача и выполнять их.

Какова потенциально максимальная продолжительность жизни?

Потенциальная продолжительность жизни определяется генетическими и расовыми факторами. В Японии, например, женщины, рожденные после 2000 года, имеют 50-ти процентный шанс дожить до 100 лет. Если мы начнем грамотно бороться с факторами риска, то увеличим продолжительность жизни лет на 15.

Когда начинать профилактику? Когда появляются факторы риска: неправильное питание и повышенный вес – с пеленок. Артериальная гипертензия возникает в 30–40 лет, а если человек курит, то с того момента, когда он начал курить. Повышенный уровень холестерина у мужчин обычно появляется после 30, у женщин – после 40 лет. Это три базовых фактора, а пол и возраст – неизменяемые факторы риска.

Куда будет двигаться фармакология?

Не могу прогнозировать, забегая далеко вперед, но сегодня хотелось бы, чтобы появились лекарства, растворяющие холестериновые бляшки, средства, способствующие замещению рубца, сформировавшегося в результате инфаркта, здоровой тканью. Ничего реального в этом плане я пока не вижу. Те же стволовые клетки, о которых все говорят, очень перспективные, но пока нет ни одного крупного исследования, которое бы показало возможность их реального использования для радикального решения проблем: косметология, еще ка-

кие-то вспомогательные области ничего не решают. Если говорить о кардиологии, то могут появиться вакцины от атеросклероза – это перспективно, или генетические методы, позволяющие дифференцировать назначения лекарств. Но это пока лишь разговоры.

Наталья Долгушина

Редакция журнала «Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии» от всей души поздравляет Сергея Юрьевича с 60-летним юбилеем. Желаем ему долгих, плодотворных лет жизни, новых научных достижений, счастья и здоровья!