



Профессор Л.Б. ЛАЗЕБНИК: «Компетентно, рационально и эффективно вести пациента с полиморбидностью может только врач с широким кругозором и глубокими междисциплинарными знаниями»

Большинство пациентов, обращающихся за медицинской помощью к терапевту или врачу общей практики, – это люди пожилого возраста, страдающие несколькими заболеваниями, спектр которых довольно широк – от артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и остеопороза до окклюзионных поражений периферических артерий. Почти все пациенты с полиморбидностью наблюдаются также у одного или нескольких специалистов. Каким кругозором должен обладать терапевт, для того чтобы компетентно вести пациента с несколькими заболеваниями? Какую опасность таит в себе все сильнее углубляющаяся специализация – двигатель прогресса медицинской науки? Почему нельзя запрещать преподавателям медицинских вузов работать практикующими врачами? Что такое мультидисциплинарный подход к ведению пациента с сочетанной патологией и как он осуществим в реальной жизни? Об этом – в беседе с заведующим кафедрой терапии, гериатрии и профилактики Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессором Леонидом Борисовичем ЛАЗЕБНИКОМ.



Профессор
Л.Б. Лазебник

– Можно ли поставить знак равенства между старостью и болезнями? Всегда ли пожилой возраст предполагает наличие нескольких заболеваний?

– Прежде чем начинать разговор о болезнях, следует дать определение здоровью. Если рассматривать здоровье как возможность человека легко и свободно передвигаться в окружающей среде, выполняя свои биологические функции, то болезни можно назвать факторами, затрудняющими выполнение этих функций. С годами груз болезней только увеличивается. Во-первых, развиваются заболевания, непосредственно ассоциированные со старением организма, а во-вторых, начинают сказываться последствия уже перенесенных болезней. В действительности заболеваний, разрешающихся полным выздоровлением, практически не существует. Завершается

обострение, наступает ремиссия, но какие-то следы пребывания болезни в организме все равно остаются. Даже полностью, казалось бы, вылеченная пневмония запускает деструктивный процесс в легких, который впоследствии может привести к развитию дыхательной недостаточности. То же происходит и с болезнями, поражающими другие органы, например, сердце или желудок. Кроме того, с возрастом в организме активизируются процессы старения, обусловленные истощением резерва стволовых клеток. Развивается атрофия органа, нарушаются его функции. Однако следует понимать, что это уже не болезнь, а естественный порядок вещей, предполагающий воз-

растную деградацию отдельных органов и организма в целом.

– **Значит ли это, что полиморбидность – проблема пожилых пациентов?**

– Отнюдь нет. Полиморбидность начинает развиваться смолоду, но не обозначает себя, так как функция органа либо не нарушена, либо нарушена незначительно, либо компенсирована за счет других, резервных механизмов. Обычно полиморбидность проявляет себя функциональной недостаточностью какого-либо органа или системы начиная со второй половины жизни.

– **Каковы факторы риска развития полиморбидности?**

– Вспомним изречение Козьмы Прутковка: «Первый шаг ребенка есть его первый шаг к смерти». В наше время в первую очередь это привычные бытовые интоксикации – табакокурение, употребление некачественного алкоголя, неправильное питание, а также психогенные перегрузки, чувство постоянной тревоги, ожидания опасности, неуверенности, нестабильности, неудовлетворенности. Важную роль играет малоподвижный образ жизни, это серьезнейший триггер развития самых разных заболеваний. Так, сегодня мы наблюдаем настоящую эпидемию метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний. В немалой степени высокая частота и распространенность этих заболеваний и состояний обусловлены режимом нашего питания и, конечно, рационом. Человеческий организм не приспособлен к той пище, которую мы едим, – к заменителям, наполнителям, ароматизаторам, консервантам, вкусовым добавкам. Мы кормим сельскохозяйственных животных гормонами роста и антибиотиками, а потом эти вещества попадают в наши же организмы в неизменном виде или в составе метаболитов. Сельскохозяй-

ственные угодья обрабатываются ядохимикатами, минеральными удобрениями. Все это попадает в нашу печень, в кишечник. Как результат, погибают печеночные клетки, изменяется микрофлора кишечника, нарушается жизнедеятельность организма в целом. Не забудем мудрого изречения Гиппократов: «Мы представляем собой то, что едим».

– **За медицинской помощью пациенты с полиморбидностью обращаются по конкретному поводу, будь то обострение ишемической болезни сердца или перелом на фоне остеопороза. Как наличие сопутствующих заболеваний у такого пациента учитывается в лечебном процессе?**

– Типичная современная клиника, российская или зарубежная, организована таким образом, чтобы эффективно лечить узкую группу патологий. Если пациент попадает в кардиологическую клинику, там ему лечат только заболевания сердечно-сосудистой системы, если в гастроэнтерологическую – врачи занимаются исключительно проблемами желудочно-кишечного тракта. Бывают редкие исключения. С профессиональной удовлетворенностью и большим уважением говорю о некоторых московских хирургах, которые не только успешно справляются с желудочными кровотечениями, но при этом еще и вылечивают от геликобактериоза.

Но, возвращаясь к проблеме узкой специализации, могу сказать, что это в корне ошибочный подход: сердце не может существовать отдельно от органов пищеварения, а легкие – отдельно от сердца. Как только мы перестаем рассматривать организм человека как единое целое и «делим» его на отдельные части, мы перестаем видеть и понимать патогенетические механизмы, лежащие в основе многих заболеваний. Атеросклероз, например, начинают рассматривать как сердечно-сосудистое заболевание, забывая о том, что

Диагностика полиморбидных больных при помощи популярных сейчас компьютерных систем невозможна – у таких пациентов практически отсутствуют симптомы, но есть синдромы, причиной развития которых являются несколько заболеваний сразу.

повышение уровня холестерина является результатом нарушения микрофлоры кишечника, приводящего к развитию поражения гепатоцита, начинающего вырабатывать в излишних количествах проатерогенные липопротеиды и выбрасывать их в кровотоки. Сужение врачебных специальностей, выделение из терапии многочисленных ответвлений привело к тому, что многие врачи воспринимают патологические процессы узко и изолированно, рассматривают их вне связи с организмом пациента в целом.

Это же явление лежит в основе полипрагмазии, серьезнейшей проблемы современной терапии. Каждый специалист, консультирующий больного, назначает лекарство для борьбы с той нозологической формой, лечением которой он занимается в данный момент. При этом системное действие лекарственных средств не учитывается, не принимаются во внимание побочные эффекты, что, конечно, создает дополнительные проблемы для пациента, является пусковым механизмом для развития ятрогенных заболеваний, дополняющих «букет» полиморбидности. В бытность мою главным терапевтом Москвы мне нередко приходилось объяснять и коллегам, и больным, что не может один человек принимать в день 53 (!) таблетки различных лекарственных препаратов...

– **Можно ли избежать полипрагмазии, когда речь идет о паци-**



Актуальное интервью

ентах с обширным списком диагнозов?

– Безусловно. Мы с коллегами разработали концепцию, получившую название «многоцелевая монотерапия». В рамках этого подхода больным с полиморбидностью назначаются препараты, системные эффекты которых охватывают как можно больше заболеваний, присутствующих у пациента. К таким препаратам относятся, например, альфа-адреноблокаторы. Как известно, средства данной группы снижают артериальное давление. Но они же улучшают отток мочи, что чрезвычайно важно для пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Еще один характерный пример – антагонисты кальция, препараты, наряду с альфа-адреноблокаторами широко используемые в лечении артериальной гипертензии. Но они же помогают пациентам с легочной гипертензией и больным со склонностью к спастическим процессам в органах пищеварения, поскольку антагонисты кальция обладают свойством снимать спазмы. Лицам с остеопорозом лучше назначать тиазидные диуретики и т.д.

Однако нужно понимать, что универсальных рецептов лечения пациентов с полиморбидностью не существует. Качество ведения таких больных напрямую зависит от квалификации и внимательности врача. Обострение какого заболевания послужило поводом для обращения

за медицинской помощью? Какие еще заболевания находятся в стадии обострения или ремиссии? Каково функциональное состояние организма в целом? Какие лекарства получает пациент? Соблюдает ли назначенный врачом режим лечения? Какой оптимальный препарат или какую эффективную и безопасную комбинацию препаратов нужно выбрать? И т.д. и т.п. ...

Только отыскав исчерпывающие ответы на эти вопросы, можно сформулировать диагноз, установить, какое заболевание является основным, а какие – сопутствующими, провести адекватную диагностику, а потом назначать лечение. Подбирая лекарственную терапию, следует помнить, что любой препарат может оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на течение сопутствующих заболеваний. И, конечно, необходимо избегать назначения большого количества лекарственных средств, список назначений должен включать 3–4 наименования, может быть, – 5, если у пациента одно из заболеваний находится в стадии обострения.

– А в реальной клинической практике эти ограничения соблюдаются?

– Чаще всего нет. Кардиолог назначает больному 2–4 препарата, гастроэнтеролог – столько же, потом свою лепту вносят артролог и невролог, в итоге пациент принимает 10–15 лекарственных средств. Печень не может переработать поступающие лекарства, которые начинают оказывать негативное воздействие. Недаром один известный отечественный геронтолог в шутку заметил: «Большое количество консультантов вредно для пожилого человека, ибо каждый назначит как минимум два новых лекарства...».

– Существуют ли справочники или пособия по рациональной

фармакотерапии полиморбидных больных?

– Мы с коллегами выпускаем книгу, в которой подробно рассмотрели вопросы лечения данной категории пациентов. Правда, в ее названии слова «полиморбидность» нет, книга называется «Старение», но вопросы рациональной терапии полиморбидных пациентов мы с коллегами осветили в полной мере.

Значительная часть книги посвящена старению как системному процессу, механизмам, лежащим в его основе. Понять их необходимо всем врачам, занимающимся лечением пожилых пациентов и пациентов любого возраста, страдающих системными заболеваниями.

Те болезни, которые ранее считались изолированными, локализованными, по мере изучения все чаще признаются системными. Например, синдром раздраженного кишечника по сути является проявлением запущенного невроза, а значит, терапия кишечных симптомов болезни может привести лишь к временному улучшению, но не излечению.

Меняются и представления о мультифакторных заболеваниях, к каковым относится, например, сахарный диабет 2 типа. Лишь недавно стало известно, что для борьбы с этим метаболическим заболеванием необходима коррекция кишечной микрофлоры, поскольку именно нарушения ее работы приводят к развитию инсулинорезистентности. Но здесь мы опять возвращаемся к проблеме качества повседневной пищи. В ситуации, когда все мы вынуждены употреблять злаковые, выращенные с использованием пестицидов, гербицидов и веществ, повышающих урожайность, сложно ожидать сохранения нормальной работы желудочно-кишечного тракта.

– Готова ли современная медицина бороться с последствиями употребления таких продуктов?

Мы с коллегами разработали концепцию, получившую название «многоцелевая монотерапия». В рамках этого подхода больным с полиморбидностью назначаются препараты, системные эффекты которых охватывают как можно больше заболеваний, присутствующих у пациента.

– Отечественная медицина, с моей точки зрения, сейчас переживает опасный этап своего развития, когда разрушаются традиционные концепции, согласно которым ключевую роль в ведении пациента должен играть терапевт. Закрываются терапевтические отделения, еще более сужаются специализации, падает уровень общей подготовки. Узкие специалисты направляют больного на консультацию к другим узким специалистам, но никто не задумывается над тем, а какой же специалист соберет, проанализирует, сопоставит мнения всех и назначит именно то, что нужно именно этому человеку именно в это время. «Лечить не болезнь, а больного человека!» – заповедь наших прадедов – М.Я. Мудрова, Г.А. Захарьина, С.П. Боткина, которые, поверьте, диагностировали и лечили несколько не хуже многих теперешних реформаторов от медицины.

Сопоставление имеющихся у больного заболеваний, назначение индивидуальной терапии, контроль лечебного процесса – вот задачи, которые на самом деле должен решать терапевт. Сэр Уильям Ослер говаривал: «Искусство диагноза есть искусство балансирования вероятностями». И мои учителя учили меня, что прибор должен только подтвердить мою диагностическую концепцию. Они совершенно справедливо считали, что лучший диагностический инструмент – это голова врача.

Но сегодня уровень подготовки терапевтов неуклонно снижается, во многом вследствие общепринятой образовательной политики, запрещающей сотрудникам кафедр учебных заведений заниматься лечебной работой. Это значит, что студентов обучают люди, не работающие в клинике, естественно, они не могут привить будущим врачам навыков общения с пациентом, сбора анамнеза, клинического мышления, вместо этого учащиеся привыкают пользоваться компьютером и факти-

чески подменяют реальный лечебный процесс компьютерной обработкой данных.

Налицо парадокс: с одной стороны, в распоряжении врачей появляются сложнейшие современные технологии, с другой – уровень общей медицины неуклонно падает. И постоянное упрощение подходов, несомненно, приведет к катастрофе.

Очень важно понимать, что в организме нет ничего лишнего, что нельзя просто «вырезать» болезнью даже самым совершенным лазерным скальпелем. Можно удалить часть кишечника, ликвидировав тем самым очаг болезни, но вместе с пораженным участком из организма будут удалены и определенные бактерии, возможно, полезные. Нарушится состав микрофлоры кишечника, начнутся изменения в других органах. Даже удаление аппендикса, считающегося безобидным вмешательством, отнюдь не безвредно – аппендикс задает ритм работы кишечника.

– Что бы Вы посоветовали сегодняшним молодым докторам, прежде всего – терапевтам, как преодолеть описанные Вами тенденции?

– Я бы посоветовал много и всю жизнь читать. Читать и думать. Компьютеры, программы, автоматизация – это очень важно. Но нужно еще и уметь узнавать болезнь «в лицо», определять, чем болен пациент, понимать, как ему помочь. Важно не только искать ответы, но и правильно формулировать и ставить вопросы, обозначать задачи, которые необходимо решить в процессе лечения. Этому нас учили врачи «старой» школы, и я стараюсь передавать эту традицию дальше, уже своим студентам.

Без личной ответственности лечащего врача за состояние пациента в целом невозможно понимание полиморбидности как явления. В отсутствие общетерапевтического подхода ни о каком

Отечественная медицина, с моей точки зрения, сейчас переживает опасный этап своего развития, когда разрушаются традиционные концепции, согласно которым ключевую роль в ведении пациента должен играть терапевт.

ведении полиморбидных больных говорить, конечно, не приходится.

Диагностика полиморбидных больных при помощи популярных сейчас компьютерных систем невозможна – у таких пациентов практически отсутствуют симптомы, но есть синдромы, причиной развития которых являются несколько заболеваний сразу. Так, одышка у пожилого пациента может быть обусловлена одновременно сердечной недостаточностью, возрастной атрофией сердечной мышцы, легочной недостаточностью и снижением уровня гемоглобина. И мы должны, с одной стороны, вылечить каждую из причин развития синдрома, а с другой – сделать так, чтобы устранение одной проблемы не привело к развитию других, чтобы лечение не повлекло за собой негативных последствий. И это задача, у которой нет готовых решений, план лечения следует каждый раз разрабатывать с нуля.

Иногда нужно брать таймаут, проверять, сверяться с книгами, с интернетом, со справочниками, искать новые подходы, но главным инструментом терапевта должна быть его собственная голова. Иногда оптимальное решение приходит быстро, иногда необходим долгий поиск. В любом случае работа с полиморбидными больными – это прежде всего готовность и возможность помочь любому пациенту, даже самому тяжелому. Альтруизм – неизменное качество хорошего врача... ☺