



# Дмитрий ДУПЛЯКОВ: «Когда наука сталкивается с практикой, возникает много вопросов»

*В конце октября 2011 г. в Самаре при активном участии Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, Всероссийского научного общества кардиологов, Самарского областного научного общества терапевтов и Группы компаний «Медфорум» состоялась научно-практическая конференция «Кардионеврология – 2011». В программу мероприятия был включен широкий спектр тем: от острого коронарного синдрома, нарушений ритма сердца, кардиоэмболического инсульта до метаболического синдрома, хронической ишемии мозга и когнитивных нарушений при кардиальной патологии. О том, насколько интересными эти темы оказались для практикующих врачей, что дала прошедшая конференция врачам, работающим в Самарской области, а также о положении дел в службе кардиологической помощи этого региона мы решили спросить ответственного секретаря конференции, главного кардиолога Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, д.м.н. Д.В. ДУПЛЯКОВА.*



**– Дмитрий Викторович, расскажите, пожалуйста, о прошедшей конференции «Кардионеврология – 2011». Чем она была необычна, что особенно понравилось и запомнилось?**

– Для начала я хотел бы отметить, что необычной была уже сама тема конференции, предполагающая участие как кардиологов, так и неврологов в совместном обсужде-

нии вопросов ведения пациентов. В конференции приняли участие более 1600 человек из разных городов. Кстати, к нам приехали не только кардиологи и неврологи, но и эндокринологи, врачи функциональной диагностики, терапевты – словом, представители самых разных специальностей.

В ходе конференции прошло более 30 симпозиумов, причем очень важно, что насыщенной программа оказалась не только на бумаге. Все секции были заполнены участниками, практически каждое выступление вызвало оживленную дискуссию. Очень рад, что нам удалось привлечь и заинтересовать слушателей, – в последнее время немногие конференции собирают «аншлаг».

**– В чем причина успеха?**

– Во-первых, мы выбрали действительно интересную тему. Проблемы, находящиеся на стыке специальностей «кардиология» и «неврология», сегодня стоят очень

остро. А во-вторых, мы пригласили в качестве докладчиков не только ведущих специалистов, признанных экспертов в области, скажем, лечения острого коронарного синдрома или инсультов, занимающихся исследовательской работой, но и обычных врачей, обладающих большим клиническим опытом. А когда наука сталкивается с практикой, всегда возникает много вопросов, потому что клинические рекомендации не всегда идеально «ложатся» на реальную клиническую практику. И, конечно, возможность обсудить все эти расхождения, понять, чем они вызваны, оказалась для врачей очень важной.

**– Если вынести за скобки индивидуальную непереносимость того или иного препарата конкретным пациентом, как рекомендации могут «не подойти», ведь они пишутся на основании исследований, статистики, опыта экспертов, в конце концов?**

## Актуальное интервью

– Рекомендации – это сухой документ, разработанный в расчете на усредненного пациента. В них ничего не сказано о том, как лечить инфаркт миокарда где-нибудь в Красноярском крае, где расстояния между больницами такие же, как между столицами некоторых европейских государств.

Рекомендации врачам необходимы, однако для их успешного внедрения в реальную клиническую практику региона необходимо создание команды специалистов, которые бы занимались организацией работы службы кардиологической помощи пациентам в конкретном регионе. К сожалению, до сих пор большая часть врачей предпочитают оценивать свою работу по принципу: «Я хорошо работаю в своей больнице», совершенно забывая о том, что вокруг существует множество других лечебно-профилактических учреждений.

**– Может быть, это и правильно, ведь конкретного пациента привозят в одну-единственную больницу, а не в кардиологическую службу в целом.**

– Не совсем так. Конечно, пациент попадает в определенное ЛПУ. Но от того, что это за ЛПУ и какой у больного диагноз, зависит дальнейший «маршрут» пациента. Скажем, у нас в области только 15 больниц имеют право лечить острый инфаркт миокарда. И если пациент с данным диагнозом окажется в одной из больниц, не входящих в этот список, он будет перенаправлен, причем ответственность за доставку больного с ОИМ в ближайшую больницу, где есть все необходимое для лечения, лежит на первой больнице – той, в которую больной был доставлен изначально.

Но и это еще не все: из 15 больниц, имеющих право лечить пациентов с ОИМ, только 3 оказывают инвазивную помощь, и при необходимости пациент может быть перенаправлен в одну из этих трех. К сожалению, пока система не вы-

строена до конца, но мы активно над этим работаем.

**– Вы упомянули «все необходимое для лечения ОИМ». Скажите, а насколько хорошо обеспечены лекарствами пациенты кардиологического профиля в Самарской области?**

– У нас сегодня нет никаких ограничений по лекарственным препаратам. Все препараты, зарегистрированные на территории России и включенные в федеральные стандарты оказания помощи, включены и в областной стандарт, поэтому никаких проблем с назначением лекарств нет.

**– Какова ситуация с реабилитацией кардиологических пациентов в Самарской области? Получают ли они необходимое санаторно-курортное лечение?**

– Система реабилитации кардиологических больных была разработана в нашей стране достаточно давно, санатории начали свою работу еще во времена СССР. Однако не везде они сохранились, многие санатории прекратили свое существование во времена перестройки. В Самарской области систему санаториев удалось сохранить, поэтому пациентов, перенесших инфаркт или операцию на сердце, мы направляем в санаторий для дальнейшей реабилитации. Это тем более актуально в условиях, когда сердечно-сосудистые заболевания год от года молодеют и вопрос возвращения пациентов с ОИМ на рабочие места встает все острее.

**– Не следует ли в этом случае уделять внимание не только реабилитации и лекарственному обеспечению, но и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний? Известно, что проще не допустить развитие инфаркта, чем бороться с его последствиями.**

– Конечно, профилактика необходима, но следует понимать, что первичная профилактика – это, прежде всего, ответственность

самого человека за свое здоровье. Государство по экономическим соображениям не может взять на себя первичную профилактику: например, прием статинов еще до развития ОИМ или других сердечно-сосудистых событий способен отсрочить их наступление, при этом цена сохраненной жизни может составить значительную сумму – более 100 тысяч долларов. Готовы ли мы к этому сейчас?

Вообще, врачебный вклад в первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний невелик, по разным оценкам, он составляет от 8 до 15%. Остальное же должно делать государство и сами люди. Еще в детском саду детям следует прививать любовь к физкультуре, к здоровому образу жизни и к нормальной пище. При этом важно, чтобы люди, прививающие ребенку все эти ценности, сами не курили и не злоупотребляли спиртным, чтобы они были примером не только на словах, но и на деле. К сожалению, то же можно сказать и о врачах – когда курящий доктор убеждает больного, перенесшего инфаркт, отказаться от сигарет, это звучит не слишком убедительно, и это – одна из причин низкой эффективности вторичной профилактики в нашей стране. Второй причиной я бы назвал халатное отношение пациентов к собственному здоровью: люди, перенесшие инфаркт миокарда, выполняют все предписания лечащего врача, только пока находятся на больничном. Проходит 3–4 месяца, больничный закрывается, и все возвращается на круги своя: пациент вновь готов вести тот образ жизни, который привел к инфаркту. Как это преодолеть?

Возможно, изменить ситуацию удастся при помощи социальной рекламы и других методов, нацеленных на пропаганду здорового образа жизни среди всех слоев населения. Но пока в этой области несделанного больше, чем реализованного. ☺

Беседовала Анна Лозовская