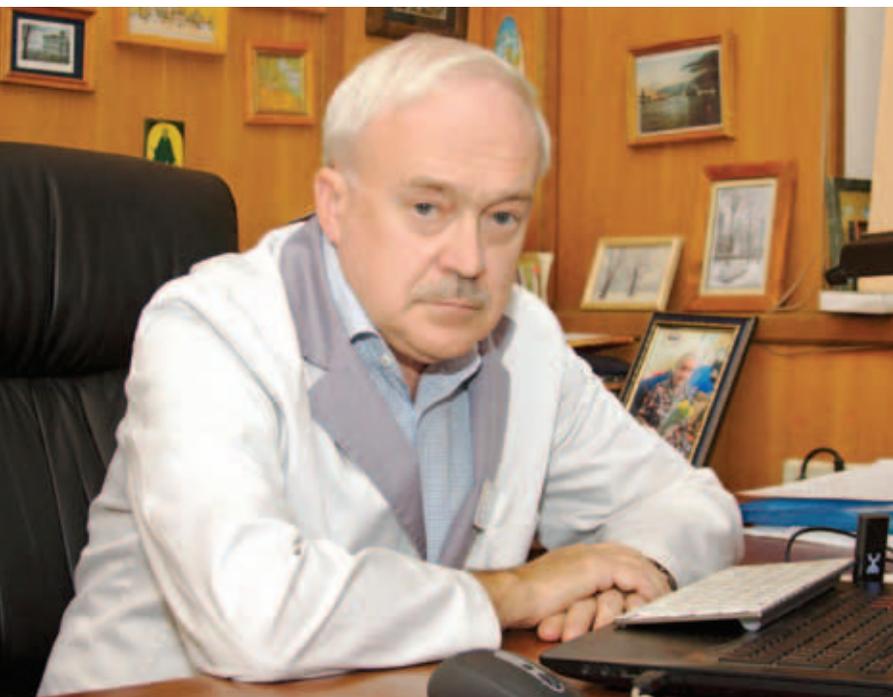




## Профессор С.Ю. МАРЦЕВИЧ: «Доказательная медицина дает возможность врачу грамотно проводить диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний»



*По данным Всемирной организации здравоохранения, болезни системы кровообращения остаются одной из ведущих причин смертности населения. О показателях смертности в нашей стране, роли профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и трудностях в ее реализации, об актуальности внедрения достижений доказательной медицины в клиническую практику и многом другом – в интервью с руководителем отдела профилактической фармакотерапии Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России, кардиологом, доктором медицинских наук, профессором Сергеем Юрьевичем МАРЦЕВИЧЕМ.*

– Сергей Юрьевич, наблюдается ли сегодня тенденция к снижению показателей смертности от сердечно-сосудистой патологии?

– Фактически в любой развитой стране мира, в том числе в России, сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре причин смертности населения. Это подтвердили результаты масштабных, прежде всего эпидемиологических исследований, проведенных к середине XX в., а также Фремингемского исследования, инициированного Институтом сердца США в 1948 г. Полученные данные позволили четко структурировать причины смерти, оценить вклад заболеваний системы кровообращения в печальную статистику.

Приблизительно в 45–55% случаев сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной летальных исходов. К сожалению, точную цифру назвать трудно. Объективно установить причину смерти пациента, особенно пожилого с несколькими заболеваниями, удастся далеко не всегда. У специалистов при постановке диагноза есть выбор, какому заболеванию отдать предпочтение. Следовательно, показателями сердечно-сосудистой смертности можно манипулировать. Не случайно в статистических отчетах присутствует большая доля субъективизма. Между тем совершенно очевидно, что сердечно-сосудистая патология, в первую очередь

ее осложнения в виде инфаркта миокарда и мозгового инсульта, – те болезни, которые являются основной причиной инвалидизации и смерти.

В нашей стране кривая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний долгое время выглядела необычно. В частности, в 1986–1987 гг. она пошла вниз, что в определенной степени было обусловлено проводимой в то время антиалкогольной кампанией. В первые годы реформ 1991–1992 гг. отмечался подъем кривой смертности, затем снижение – вплоть до кризиса 1998 г., когда она резко взмыла вверх и продолжала удерживать высокие позиции до 2005–2007 гг. С 2007 г. наметилась

тенденция к стабилизации показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Сегодня можно констатировать, что показатели смертности стабилизировались. Тем не менее абсолютные показатели смертности в нашей стране как минимум в три-четыре раза выше, чем в западных странах и даже ряде стран с более низким по сравнению с Россией уровнем экономического развития.

**– Чем это обусловлено – основными факторами риска или недостаточно развитой профилактикой заболеваний системы кровообращения в нашей стране?**

– С научной точки зрения факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний одинаковы для всех. Из основных факторов риска выделяют артериальную гипертензию, курение, нарушение липидного обмена, неблагоприятную наследственность, малоподвижный образ жизни, ожирение. Благодаря политике государства, направленной на снижение показателей смертности, открываются центры здоровья, внедряются программы всеобщей диспансеризации и борьбы с курением. Однако полноценная реализация любого благого начинания упирается в определенные проблемы. Так, главная задача центров здоровья заключается в выявлении пациентов с факторами риска, в том числе сердечно-сосудистыми заболеваниями, и проведении профилактических мероприятий. Но, как показывает практика, зачастую они работают вхолостую. Чтобы не быть голословным, приведу пример. Мы создали госпитальный регистр острого инфаркта миокарда на территории Люберецкого района Московской области. На основании данного регистра было проведено исследование, в ходе которого пациентам, поступавшим в стационар с инфарктом миокарда, задавали вопрос, известно ли им о функционирующем в Люберецком районе центре здоровья. Оказалось,

что о существовании центра здоровья знали всего 30% больных, но никто из них его не посещал.

Мощным инструментом профилактической медицины считается диспансеризация. К сожалению, подобное профилактическое мероприятие реализуется не в должной мере. На диспансерное обследование граждан необходимо вызывать, причем в удобное для них время. К слову, за последние пять лет ни я, ни мои родственники или друзья приглашения на диспансеризацию не получали. Москва занимает одно из последних мест по качеству проведения диспансеризации, хотя на ее проведение и организацию центров здоровья государство выделяет значительные ресурсы.

Отдельная тема – борьба с курением. Думаю, из всех законов, принятых в последнее время, это самый важный закон. В его подготовке участвовали и специалисты нашего Центра профилактической медицины. К сожалению, положения закона соблюдаются не полностью. Кроме того, пропаганда не достигла своей цели. Одна из возможных причин – особенности российского менталитета. Наглядный пример. К появившейся на сигаретных пачках надписи «Курение убивает» большинство российских курильщиков равнодушно, а в западных странах, где к здоровью относятся иначе, такая надпись пугает. В России запретительные меры слабо действуют на людей. Надо уметь разговаривать с пациентами, а не запугивать их.

**– Какое место в профилактике развития заболеваний системы кровообращения отводится фармакотерапии?**

– Вопрос важный. Фармакотерапия может использоваться как в качестве первичной, так и вторичной профилактики. В первом случае она назначается пациентам с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, во втором – пациентам с уже перенесенным заболеванием, например инфарктом

миокарда, в целях предотвращения дальнейшего развития неблагоприятных событий и смерти. К лекарствам, которые могут использоваться в качестве средств первичной профилактики, относятся, в частности, препараты для борьбы с курением и ожирением.

Никотинзамещающая терапия представлена целым спектром лекарственных средств, содержащих никотин. Она достаточно эффективна, но не все знакомы с принципом ее действия. Курение – больше чем привычка, это вид наркомании. У курильщика, который пытается бросить курить, как и у наркомана, развивается синдром абстиненции. Справиться с ним помогает никотинзамещающая терапия, принцип действия которой основан на введении в организм чистого никотина без каких-либо вредных веществ и продуктов горения. Никотинзамещающих препаратов много, они безрецептурные и выпускаются в форме таблеток, пластырей, жевательных резинок. Важно, чтобы решение бросить курить было осознанным.

Антигипертензивные препараты тоже можно рассматривать в качестве средств первичной профилактики, если речь идет о гипертензии как факторе риска. В качестве вторичной профилактики они применяются при наличии гипертонической болезни. Лекарственных средств для лечения гипертензии много. Современный врач практически в 100% случаев имеет возможность контролировать ее.

**– Однако, несмотря на наличие в арсенале кардиологов гипотензивных препаратов пяти классов, в нашей стране доля пациентов с контролируемым артериальным давлением невелика и даже имеет тенденцию к снижению. Возможно, назрела необходимость в новых инновационных лекарственных средствах?**

– Приходится констатировать, что за последние 20 лет на рынке не появилось ни одного нового



## Актуальное интервью

препарата для терапии артериальной гипертензии. Между тем, по словам известного американского кардиолога Нормана Каплана, изучавшего данную проблему, при грамотном применении имеющихся препаратов можно контролировать гипертензию практически у каждого пациента. Дело в том, что эти препараты не всегда правильно используют и врачи, и пациенты. И здесь уже имеет смысл говорить о проблеме приверженности, причем как врача, так и больного.

**– Приверженность пациента лечению предполагает четкое выполнение рекомендаций врача. В чем заключается приверженность врача?**

– Речь идет о приверженности врача соблюдению клинических рекомендаций. Клинические рекомендации разрабатываются на основе новейших достижений доказательной медицины и представляют собой алгоритм действий врача с учетом особенностей заболевания конкретного больного. Это позволяет активно внедрять научные достижения в реальную клиническую практику. Между тем врачи далеко не всегда следуют клиническим рекомендациям. В итоге лекарственные средства с доказанной эффективностью используются не в полной мере. Это не только российская, но и общемировая проблема. Подтверждение тому – результаты ряда международных исследований. Например, статины, польза которых сегодня ни у кого не вызывает сомнения, назначаются редко. Установлено, что практически все больные, перенесшие инфаркт, должны получать терапию статинами. Однако, по данным широкомасштабного международного многоцентрового исследования, средний показатель назначений составляет 5–10%.

О существовании клинических рекомендаций знают многие врачи, но немногие знакомы с их содержанием. Мы проводили опрос среди московских специалистов. Опрос-

ник содержал общие и конкретные вопросы. Так, на общий вопрос, используют ли клинические рекомендации в практической деятельности, около 70% врачей ответили положительно. Вместе с тем на конкретные вопросы и задачи, требующие фактического знания рекомендаций, лишь 30% респондентов дали правильные ответы.

Таким образом, зачастую врач знает о существовании клинических рекомендаций, но не считает нужным изучать и внедрять их в практику.

**– Может, одна из причин такого противодействия в том, что пациенты в реальной кардиологической практике отличаются от тех, которые проходят тщательный отбор при включении в рандомизированные клинические исследования?**

– Рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с широким спектром критериев включения пациентов достаточно много. В одних РКИ участвовали тяжелобольные пациенты, в других эффективность лекарственных средств оценивали по показателям смертности. Проблема в том, что врачи плохо знакомы с основами доказательной медицины, не способны правильно интерпретировать результаты РКИ и использовать их на практике. Врач, интересующийся результатами РКИ, прежде всего должен изучить характеристику больных, включенных в исследование.

К сожалению, разрыв между российскими врачами и их западными коллегами в отношении знаний доказательной медицины колоссальный. И в этом нет вины наших специалистов, этому плохо учат. Я, например, очень долго совмещал работу в Центре профилактической медицины с работой на кафедре доказательной медицины Московской медицинской академии. На кафедре преподаватели, аспиранты, научные сотрудники изучали основы доказательной медицины. Несколько лет назад кафедру закрыли. Теперь доказательную

медицину преподавателям медицинских вузов никто не преподает.

**– Насколько негативно это сказывается на лечении больных?**

– Кардиология как наука в плане доказательной медицины развивается очень активно, опережая другие области медицины. Пожалуй, сегодня соперничать с кардиологией может только онкология. Как известно, по степени доказательности лекарственные средства существенно различаются. Однако незнание доказательной медицины чревато назначением препаратов с малодоказанным действием, что может негативно сказаться на состоянии больного и долгосрочном прогнозе.

В неврологии, например, применяется множество препаратов, у которых отсутствует доказательная база. Популярны нейропротекторы имеют класс доказательности III. Их эффективность оценивали лишь в экспериментальных исследованиях. При этом исследования, результаты которых подтверждали бы, что эти препараты влияют на показатели смертности, не проводились. Тем не менее в структуре назначения доля подобных препаратов огромна.

**– Что можно сказать о доступности качественных лекарственных средств? Относятся ли к таковым дженерики?**

– Среди кардиологических препаратов на долю оригинальных приходится 5–10%, остальные – дженерики, более дешевые по цене. В настоящее время несколько российских компаний пытаются создавать качественные препараты. Они закупили высокотехнологичное оборудование, получили сертификат GMP (Good Manufacturing Practice). Я посещал некоторые заводы и могу сказать, что производство организовано очень грамотно. Вопрос в том, насколько полно дженерик воспроизводит оригинальный препарат. Например, эналаприл имеет более 100 дженериков как западного, так и оте-



## Актуальное интервью

чественного производства. Как определить, какие из них качественные? Остается довериться производителю, утверждающему, что стандарт производства соблюден. Но это не снимает с практикующего врача обязанности интересоваться качеством произведенных лекарственных препаратов, доказанностью их действия.

**– Насколько успешно этому способствует деятельность возглавляемого вами Национального общества доказательной фармакотерапии?**

– Врач, который не знает доказательной медицины, вряд ли способен принимать адекватные решения. На сегодняшний день решать задачу внедрения доказательной медицины в рамках просветительской деятельности очень сложно хотя бы потому, что большинство мероприятий спонсируется фармацевтическими компаниями. Очевидно, что независимый семинар по доказательной медицине поддерживать никто не будет.

Мы используем различные площадки для выступлений, в том числе интернет-ресурс, участвуем в интернет-сессиях. Мы заключили соглашение о сотрудничестве с Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ), что дает нам возможность на конференциях РНМОТ бесплатно проводить независимые симпозиумы, которые входят в систему непрерывного медицинского образования. Этого, конечно, недостаточно. Проблему можно было бы решить, если бы доказательная медицина преподавалась в вузах.

**– Насколько повышению уровня специалистов кардиологического профиля способствует внедрение концепции непрерывного профессионального образования врачей?**

– Концепция непрерывного образования находится в стадии апробации, она пока не внедрена, и говорить о ее эффективности преждевременно.

**– Как вы оцениваете качество оказания помощи кардиологическим больным на современном этапе?**

– В последнее время в клинической практике активно используются актуальные алгоритмы лечения и препараты с доказанным действием. Улучшилась ситуация с назначением статинов, антикоагулянтов. Это подтверждают данные регистров, результаты наших исследований.

**– Как вы думаете, смогут ли практические врачи, пользуясь результатами доказательной медицины, постепенно перейти от рутинного метода лечения к индивидуализированному?**

– Хочется в это верить. Во всяком случае сегодня доказательная медицина предоставляет врачам возможность грамотно проводить диагностику и лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нужно только активно использовать в клинической практике данные доказательной медицины. ☺



### • конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

**Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов. Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!**

**(495) 234 07 34**

**www.medforum-agency.ru**