



Об актуальных вопросах

отечественной терапии наш

корреспондент беседовал с ректором Днепропетровской государственной медицинской академии, академиком АМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Георгием Викторовичем Дзяком.

— Внедрение семейной медицины в практику до сих пор вызывает много споров. Как Вы оцениваете место терапевта в изменяющейся структуре здравоохранения?

— Это достаточно сложный вопрос с точки зрения организации здравоохранения, когда в сложившейся структуре появляется еще одно, принципиально новое звено. Внедрение института семейной медицины имеет свои преимущества, но ни в коем случае не является альтернативой терапии. Основные обязанности врача общей практики (семейного врача) выражаются в оказании первичной медико-социальной помощи населению, проведении санитарно-просветительской работы, пропаганде здорового образа жизни, консультировании и т. д.

Если обратиться к истории медицины, семейная практика в дореволюционные времена была представлена у нас земской медициной, в частности, существовало такое понятие, как «земский врач». Внедрение семейной медицины способно помочь решить многие локальные вопросы, особенно при нехватке врачей в регионах, в условиях сельской местности. Но терапия как базовая специальность никогда не утратит своей значимости. Терапевт остается на своих позициях как разносторонне ориентированный специалист, занимающийся профилактикой, диагностикой и лечением внутренних болезней. Это врач, который, общаясь с пациентом, определит перечень необходимых диагностических процедур, установит диагноз и проведет лечение широкого спектра заболеваний. Если выявленная патология выходит за рамки терапевтической специальности, он направляет пациента к соответствующему специалисту узкого профиля, руководствуясь стандартами лечения. Внедрение семейной медицины не должно вызывать опасений у врачей и пациентов — в любом случае качество оказываемой медицинской помощи зависит от того, какими знаниями обладает врач и какие задачи он ставит перед собой в выполнении ежедневной работы.

Значение терапевта также велико при наличии у пациента комплексных патологий, оказывающих влияние на разные органы и системы. Так, чрезвычайно актуальна проблема больных сахарным диабетом (СД), которые наблюдаются у эндокринолога, но причиной их смерти становится преимущественно сердечно-сосудистая патология или почечная недостаточность. В итоге оказывается, что наблюдения одного узкого специалиста недостаточно.

— Какие научные программы реализуются на базе Днепропетровской государственной медицинской академии?

— В настоящее время у нас осуществляются 6 государственных программ, а также 4 программы, утвержденные Министерством здравоохранения Украины по нашей инициативе. Так, в сотрудничестве с коллегами из Франции и Казахстана мы занимаемся проблемой лечения детей с врожденным отсутствием слуха; уже наработан большой опыт успешных операций, возвращающих слух такому ребенку. Специфика подобных вмешательств состоит в том, что чем в более раннем возрасте проведена операция, тем лучшим окажется эффект. Например, если провести операцию в младенческом возрасте, когда ребенок только начинает слышать, можно достичь полного восстановления; если такую же операцию провести в 10 лет, эффект будет гораздо менее выраженным.

Кроме того, мы принимаем участие в программе Международного банка реконструкции и развития, посвященной

Семейная медицина: научные поиски и реальные достижения

проблеме СПИДа и его распространения, выявления ВИЧ-инфицированных. Совместно с Американской ассоциацией борьбы со СПИДом занимаемся вопросами, связанными с передачей ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, возможными методами лечения этих женщин. Разрабатываем способ эндопротезирования суставов, в частности при остеопоротических переломах шейки бедренной кости. Помимо этого, наши специалисты занимаются лечением и реабилитацией больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), ревматизмом, артериальной гипертензией (АГ). На базе академии проводится изучение и практическое использование негемоглобиновых переносчиков кислорода, разработка и использование новых биохимических и генетических методов диагностики заболеваний. Среди основных направлений научной работы следует выделить такие, как кардиология (в частности проблема АГ), неврология, педиатрия, пульмонология, протезирование суставов. Большое внимание уделяется распространенным инфекционным заболеваниям (СПИДу, туберкулезу).

— Какие работы проводятся под Вашим непосредственным руководством?

— Приоритетными направлениями исследований на кафедре терапии являются кардиология и ревматология. Мы занимаемся проблемой ИБС, острого инфаркта миокарда, изучаем генетические детерминанты АГ. Особое внимание уделяется вопросам профилактики атеросклероза, артериальной гипертензии, остеоартроза, ИБС, ревматоидного артрита. На базе Днепропетровской государственной медицинской академии создан и активно функционирует центр по диагностике и лечению АГ.

Значительным достижением считаю появление национальной программы по борьбе и профилактике АГ, разработанной совместно с профессорами В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко, Ю.Н. Сиренко, И.П. Смирновой и удостоенной Государственной премии в 2003 г. В настоящее время программа успешно реализуется и уже дает ощутимые результаты. Налажен учет больных АГ, в нашем распоряжении появилась достоверная статистика, к сожалению, неутешительная. Достаточно отметить, что АГ выявляют у 34% взрослого населения городов Украины, а это действительно внушительные цифры.

— Прокомментируйте, пожалуйста, Ваш взгляд на основные принципы лечения АГ. Какие сложности возникают при их реализации в нашей стране?

— АГ является одним из наиболее значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. У пациентов с повышенным артериальным давлением значительно возрастает риск развития ИБС, инсульта, заболеваний периферических артерий, сердечной недостаточности. При ведении больного с АГ как в условиях поликлиники, так и в стационаре необходимо определение всех возможных факторов риска. На основании полученных данных рассчитывается прогноз фатальных сосудистых осложнений на ближайшие 10 лет, что позволяет более эффективно проводить профилактику подобных событий у пациента. Как правило, у большинства больных имеется сочетание нескольких факторов риска; чаще всего сопутствующими патологиями при АГ выступают СД и атеросклероз, что существенно ухудшает прогноз относительно развития ИБС и фатальных сосудистых событий.

В основе профилактики сердечно-сосудистых осложнений лежит комплексное лечение пациентов с применением немедикаментозных и медикаментозных методов воздействия на модифицируемые факторы риска. Немедикаментозное лечение возможно при уровне артериального давления 140-159/90-99 мм рт. ст. у пациентов с низким риском развития осложнений (при отсутствии поражения органов-мишеней, сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, СД, при наличии менее 3 факторов риска). При недостаточной его эффективности в течение 3-12 мес рекомендовано начинать медикаментозную терапию. Кроме того, необходимо помнить, что модификация образа жизни — обязательный компонент терапии как пациентов с угрозой развития АГ, так и больных с повышением артериального давления независимо от его степени. Из антигипертензивных препаратов наиболее часто назначают ингибиторы АПФ, несколько реже — β-блокаторы и антагонисты кальция.

Основной проблемой современного предупреждения сердечно-сосудистых осложнений у больных с факторами риска является редкое назначение гиполлипидемических препаратов, в первую очередь статинов. И это несмотря на то, что доказательная база применения статинов огромна,

их эффективность в первичной и вторичной профилактике достоверно доказана в ряде крупных исследований. Например, в исследовании 4S установлено, что назначение симvastатина способствовало снижению общей смертности на 30%, риска сердечно-сосудистой смерти — на 42%, а это весьма важные показатели. При применении симvastатина у больных с высоким риском коронарной смерти (исследование HPS) выявлено снижение общей и сердечно-сосудистой смертности на 12 и 17% соответственно.

— Каким категориям пациентов рекомендована липидснижающая терапия статинами?

— Профилактическое назначение статинов показано всем больным с ИБС и другими сосудистыми заболеваниями, связанными с атеросклерозом, АГ, требующей антигипертензивной терапии; пациентам с СД 2 типа с и без клинических проявлений АГ и ИБС. Это открывает широкое поле деятельности для кардиологов и врачей общей практики. Более сложным в организационном плане остается вопрос назначения статинов с целью первичной профилактики связанных с атеросклерозом сосудистых катастроф у здоровых лиц, имеющих отдельные факторы риска развития ИБС.

В понимании больных и многих врачей эффект статинов ассоциируется в первую очередь со снижением холестерина, но это не главная цель лечения. В ряде крупномасштабных исследований отмечено, что полученный от терапии статинами положительный эффект не зависел от пола, возраста пациентов и применения других препаратов. В целом эффект статинов при первичной профилактике больше зависит от общего риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем от уровня холестерина в крови. Эти данные стали основанием для рекомендации назначения статинов больным с высоким кардиоваскулярным риском независимо от уровня общего холестерина. Таким образом, первоочередная роль статинов — предупреждение сосудистых катастроф и увеличение продолжительности жизни, которая реализуется посредством их уникальной способности стабилизировать атеросклеротическую бляшку.

— В чем заключаются основные причины недостаточного назначения статинов?

— Причины недоназначения статинов заключаются как в недостаточной активности врачей, так и в низкой приверженности пациентов. Статины рассматриваются как один из факторов, замедляющих развитие атеросклероза, и назначаются именно с этой целью. Атеросклероз напоминает радиоактивное излучение — это незаметный, неосязаемый для пациента, но приводящий в итоге к смерти процесс. Согласитесь, трудно убедить пациента регулярно принимать препарат, когда у него ничего не болит. Ввиду такого подхода сам врач должен не только быть хорошо осведомленным обо всех преимуществах статинов, но и сообщить эту информацию в доступной форме пациентам. Ведь недостаточное назначение статинов оборачивается высокими показателями смертности, о чем необходимо всегда помнить. Именно адекватное назначение статинов предоставляет реальную возможность изменить к лучшему ситуацию с сердечно-сосудистой смертностью в масштабах всей страны.

— В последние годы все больше внимания уделяется приверженности к лечению как важному фактору успешности терапии. Что, на Ваш взгляд, может кардинально повлиять на этот критерий?

— В основе хорошей приверженности — терпение пациента и настойчивость врача. Пациент же будет терпелив, если точно знает, с какой целью он принимает конкретный препарат и какие преимущества это ему дает. Важно утверждение государственных протоколов лечения, вера врача в эффективность назначаемого препарата и его способность убедить пациента.

Дополнительную и весьма ощутимую помощь могут оказать обучающие программы для пациентов, информация, распространяемая в СМИ. Обучение пациентов особенно важно при серьезных хронических патологиях, таких как СД, бронхиальная астма и т. д. Большую поддержку в данном случае оказывают клубы, объединяющие больных с той или иной патологией. Приверженность — это задача не только медиков, но и всего общества. Мы имеем удачный пример зарубежных коллег, когда социальная реклама становится нормой и положительно меняет отношение человека к лечению и своему образу жизни.

Подготовила Катерина Котенко