

«Профилактика подразумевает целую систему защитных мер...»



Рафаэль Гегамович Оганов — доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, президент Всероссийского научного общества кардиологов. Автор и соавтор более 350 научных работ и 16 книг, опубликованных в России и за рубежом. Главный специалист-эксперт по профилактической медицине Минздравсоцразвития России, главный редактор журналов «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», «Рациональная фармакотерапия в кардиологии», заслуженный деятель науки Российской Федерации, лауреат Государственной премии РСФСР в области киноискусства (за цикл фильмов о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний), лауреат премии Правительства РФ «За разработку и внедрение медицинских профилактических технологий».

— **Рафаэль Гегамович, Вы располагаете информацией о самом широком спектре профилактических медицинских мероприятий. Какие меры профилактики, на Ваш взгляд, являются наиболее действенными?**

— За последние 20 лет на основе серьезных эпидемиологических исследований была выделена группа факторов риска, общих для многих неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных и т. д. Они широко известны — это курение, повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, низкая физическая активность и нерациональное питание, нарушение углеводного обмена. Их роль в заболеваемости и смертности очень велика. Так, вклад в смертность населения России артериальной гипертонии составляет 35%, повышенного уровня холестерина — 23%, курения — 17%. Поэтому лучшей мерой профилактики является такой образ жизни, который исключает их наличие. В «черный» список нужно внести также психосоциальные факторы. В нашей стране на них стали обращать внимание относительно недавно, между тем они имеют большую значимость. Например, согласно результатам нашего исследования депрессия по вкладу в смертность у больных артериальной гипертонией и ИБС заняла второе место, лишь на долю процента уступив такому мощному фактору риска, как курение.

Однако мы сможем с бóльшим или меньшим основанием судить о влиянии тех или иных факторов риска на здоровье, если будем рассматривать их в совокупности, учитывая все имеющиеся у человека «плюсы» и «минусы», то есть оценивать суммарный риск. Только детальная проработка такой информации поможет спрогнозировать возможные заболевания — самого по себе наличия отдельной вредной привычки или, наоборот, благоприятного фактора недостаточно для точного прогнозирования. Об этом я пишу в статье «Несбывшиеся надежды и парадоксы профилактической кардиологии», где подробно описываются ситуации, когда отдельные общепринятые истины не получили подтверждения.

«НЕСБЫВШИЕСЯ НАДЕЖДЫ И ПАРАДОКСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ»:

Избыточная масса тела и ожирение как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти являются общепризнанным фактом. Однако в ряде исследований было показано, что у больных ИБС и другими атеротромботическими заболеваниями, острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, даже после учета других факторов, риск был ниже у больных с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с больными, имеющими нормальную или пониженную массу тела. Научно обоснованного объяснения этому факту пока нет. Возможно, на определенных стадиях некоторых сердечно-сосудистых заболеваний избыточная масса тела в сочетании с другими, пока неизвестными, факторами риска влияет благоприятно на прогноз заболеваний.

— **Вы хотите сказать, что можете «предсказать» заболевание?**

— Да, и с очень высокой степенью вероятности. В частности, последняя разработка нашего центра — компьютерная программа, которая при введении определенных данных, полученных в ходе опроса и ряда обследований, дает прогноз в отношении риска смерти от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний на ближайшие 10 лет. Это достаточно точные цифры. Сейчас выпущено много прогностических тестов, но все они основаны на теоретических разработках и предположениях, а наша программа базируется на реальных эпидемиологических данных. И в этом ее практическая ценность.

— Допустим, пройдя тестирование по этой программе, человек узнает, что риск инфаркта миокарда через пять лет у него составляет 100%. И что ему делать?

— Стопроцентной вероятности быть не может, если только инфаркт не развивается на глазах у врача. В целом же тяжелый прогноз будет руководством к действию. Ведь риск сосудистой катастрофы и ее сроки напрямую зависят от образа жизни — с его изменением прогноз станет меняться. Человеку надо только объяснить, что и как ему надо делать, чтобы избежать своей «судьбы». Наша программа дает исчерпывающую информацию о роли того или иного фактора риска в развитии заболевания. Исключив его, можно снизить вероятность негативного события.

— Среди факторов риска Вы назвали **нерациональное питание. Какая пища является наиболее здоровой?**

— Как правило, простая, низкокалорийная. Она, выражаясь простым языком, постная, в ней меньше животных жиров и больше растительных продуктов. Каши, хлебобулочные продукты, овощи благоприятны для здоровья.

— Мне, честно говоря, кажется сомнительным, что треска лучше осетрины, хоть она проще и дешевле...

— И то и другое полезно. Вообще вредных продуктов, если они качественные, не существует. Все зависит от того, в каких количествах и как часто эти продукты употребляются. И мясо полезно, и вино, и яйца, даже про сало ничего плохого сказать не могу. Дело не в стоимости продукта, а в культуре питания: люди, привыкшие плотно и вкусно поесть, рискуют своим здоровьем в большей степени, чем те, кто питается рационально. Преобладание растительной пищи, круп и овощей в сочетании с умеренностью в еде — несомненно, положительный фактор. Приверженность к жирной, углеводистой пище, неумеренность в еде — отрицательный.

Есть большая доля истины в афоризме: человек есть то, что он ест. С пищей тесно связаны ожирение, сахарный диабет, гипертония; она является неотъемлемой частью нашего образа жизни. Это показывают даже самые простые наблюдения. Например, в Японии очень низкая смертность от заболеваний, связанных с атеросклерозом, но когда японцы переезжают в США, то начинают болеть и умирать, как американцы. То же самое происходит с итальянцами, чья средиземноморская диета считается одной из лучших в мире.

— У нас и американцев разные вкусовые пристрастия, а болезни те же.

— Болезни те же, а вклад в заболеваемость тех или иных факторов риска (той же диеты) — величина для каждой страны своя. Если мы захотим механически перенести в условия России данные, полученные при исследовании этого вопроса в какой-либо другой стране, то получим искаженную картину.

— А если сравнить общую заболеваемость и распространенность факторов риска у нас и за рубежом, например в странах Западной Европы?

— Плохого у нас, к сожалению, будет больше. Взять хотя бы распространенность курения, гипертонии. По сравнению с европейскими это высокие цифры.

— Каковы причины?

— Их много, и все зависит от особенностей образа жизни в целом. Если говорить конкретно об артериальной гипертонии, то основная проблема в том, что в большинстве случаев она протекает бессимптомно. Мы как привыкли жить: если ничего не болит, то к врачу идти не за чем. А в Европе люди следят за своим здоровьем, поэтому раньше узнают о неблагополучии и начинают лечение на невысоких цифрах артериального давления, не доводя ситуацию до инсульта или инфаркта.

Вторая составляющая — доступность здравоохранения. Поликлиники-то у нас работают, но времени на то, чтобы их посещать, особенно у работающего населения, часто не хватает. В России не принято давать людям отгулы хотя бы дважды в год на профилактические осмотры. А если и отпускают, то нередко приходят единицы. К нам, например, записаны на сегодня 10 сотрудников одной фирмы. Пришли двое...

В европейских странах также меньше людей с повышенным уровнем холестерина, а те, у кого он повышен, занимаются его снижением при помощи диеты или лекарств.

— Но что-то у нас должно быть лучше? Или вообще нечем «похвастаться»?

— У нас меньше людей с избыточным весом.

— Никогда бы не подумал. И с чем это связано?

— С едой и физической активностью. Большинство наших сограждан проще питаются, а двигаться их заставляет необходимость зарабатывать деньги.

— Парадоксальная ситуация: факторами риска развития гипертонической болезни являются избыточная масса тела и гиподинамия. У нас больше стройных и физически активных — и уровень ее выше. В чем же дело?

— Гипертоническая болезнь, как и любое другое заболевание, связана с множеством факторов, в том числе со злоупотреблением алкоголем. В США за последние 30 лет смертность от ИБС снизилась на 50%. Американцы проанализировали, за счет чего это произошло, и получили очень интересные данные. Благодаря коррекции четырех основных факторов риска — снижению у населения уровней артериального давления и холестерина, распространенности курения и повышению физической активности — смертность уменьшилась на 61%. Но одновременно выросла распространенность сахарного диабета и ожирения, и это увеличило ее показатель на 17%. Баланс получился 44%.

А вследствие повышения качества лечения смертность стала меньше на 47%. На первый взгляд кажется, что лечить — более эффективно, чем проводить коррекцию факторов риска. Хотя на самом деле, без негативной роли диабета с ожирением, результат профилактических мер был бы намного выше — 61%.

«НЕСБЫВШИЕСЯ НАДЕЖДЫ И ПАРАДОКСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ»:

Известно, что витамины E и C подавляют окисление липопротеидов низкой плотности и препятствуют развитию окислительного стресса, с которым связывают развитие атеросклероза и других заболеваний. Однако все попытки использовать эти витамины в клинических исследованиях для снижения воздействия окислительного стресса не принесли желаемого результата.

В подтверждение преимуществ профилактики приведу еще одну цифру: за счет применения высоких технологий в лечении стабильной стенокардии снижение смертности в США составило всего 5%.

— **Болезнь все-таки легче и лучше предупредить, чем вылечить, истина стара...**

— Легче. Однако этот лозунг нам сильно повредил.

— **Почему?**

— В нашем понимании легче — значит дешевле. Развесили плакаты профилактической тематики, оформили разъяснительные стенды в поликлиниках, как предупреждать заболевания, и этим ограничились. А ведь профилактика — это не только санитарное просвещение и наглядная агитация. Она подразумевает целую систему здравоохранительных мер: создание у населения мотивации к ведению здорового образа жизни, обеспечение условий для этого, выявление факторов риска и их коррекцию, обнаружение ранних признаков заболеваний и профилактику их прогрессирования. Сейчас в этих направлениях есть определенные подвижки, однако в целом картину благоприятной пока не назовешь.

— **Надеюсь, Ваш центр будет способствовать ее улучшению. Какие работы в нем ведутся?**

— Одна из наших крупных научных работ — оценка социально-экономического эффекта профилактических вмешательств. В формулу «болезнь легче предупредить, чем лечить» мы вводим совершенно конкретные цифры: насколько именно дешевле. Рассчитываем прямые и непрямые затраты, упущенные выгоды государства и прочее. Это имеет большое значение для принятия конкретных мер по оздоровлению населения.

Мы изучаем также проблему профилактики у людей, перенесших баллонную дилатацию и стентирование. После операции такие пациенты не становятся здоровыми в полном смысле слова. У них ликвидировали следствие — сужение артерии, — но не устранили причину болезни. В соседнем сосуде в ближайшие годы тоже может случиться закупорка. Что необходимо сделать, чтобы этого не было? Как не допустить дальнейшего развития болезни? На эти вопросы мы даем конкретные ответы. Концепция факторов риска прагматична.

— **Кто чаще всего заказывает клинические исследования?**

— Во всем мире это в основном фармкомпаниями. Большинство интересных крупных исследований оплачиваются большими фармацевтическими фирмами. Они заинтересованы в продвижении своих лекарственных средств, а для этого нужны серьезные эпидемиологические и клинические исследования, обоснования эффективности и безопасности их лекарственных препаратов.

— **Получается, что в изучении заболеваний заинтересованы те, кто выпускает препараты для борьбы с этими заболеваниями? Мне трудно представить себе бизнесмена, который хочет потерять рынок сбыта. Ведь больные — это конечные потребители. Чем их больше, тем лучше...**

— Можно об этом сожалеть, но так происходит во всем мире, это не российская практика. Я знаю, что в некоторых странах — Венгрии, Польше — были введены строгие законы, запрещавшие контакты фармкомпаний с медиками. Но уже через несколько лет эти законы изменили, потому что они повлияли на серьезные научные исследования, снизилось число новых перспективных разработок. Нужен закон о взаимоотношениях фарминдустрии с медицинским сообществом, и такой закон сегодня в России разрабатывается.

Выполняя исследования, заказываемые фармкомпаниями, мы стараемся решать и собственные научно-практические вопросы. Многие проведенные нами научные работы в каком-то смысле — «дополнительный продукт» от коммерческих программ. Например, мы получаем информацию о качестве профилактики и лечения в реальной клинической практике, о факторах, влияющих на развитие и прогноз заболеваний, и их распространенности, об использовании врачами национальных и международных клинических рекомендаций. Сотрудничество фарминдустрии и медиков неизбежно, но важно, чтобы при этом не нарушались этические нормы, поэтому правила этого сотрудничества должны быть четко сформулированы.

«НЕСБЫВШИЕСЯ НАДЕЖДЫ И ПАРАДОКСЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ»:

Считается, что риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, принимавших эстрогены в постменопаузальном периоде, ниже. Однако результаты клинических исследований оказались неоднозначными. Метаанализ показал, что гормональная заместительная терапия увеличивает риск инсульта и венозных тромбоэмболических осложнений, включая легочную тромбоэмболию и тромбоз глубоких вен голени, если не учитываются возраст женщин и наличие симптомов менопаузы.

Беседовал Михеев А. В.