

## Перекрест польза/вред

Здравствуйте, дорогие братья и сёстры, в эфире «Православно-го радио Санкт-Петербурга» программа «Консилиум» и её ведущий врач-фитотерапевт Алифанов Александр Александрович. Сегодня мы в гости пригласили главного внештатного специалиста, клинического фармаколога Северо-Западного федерального округа Минздрава России, профессора, доктора медицинских наук Александру Тимофеевну Бурбелло.

Профессор: Здравствуйте!

Ведущий: Александра Тимофеевна, есть пациенты хроники, они принимают месяцами, годами лекарства, но приходит время, эти лекарства перестают быть эффективными. Например, противодиабетические препараты. Снижение эффективности называется толерантностью, правильно?

Профессор: Это не совсем так. Толерантность сама по себе, эффективность сама. Что касается сахарного диабета просто по течению сахарного диабета происходит усиление, как бы продолжение или утяжеление сахарного диабета и поэтому лекарства меняют не потому что они не действуют, а потому что сахарный диабет вступил в другую фазу. И надо заново сдавать все анализы и смотреть гликолизированный гемоглобин, т. е. содержание глюкозы непосредственно в эритроцитах, и тогда это будет истинная картина.

Ведущий: Основные три группы препаратов для лечения сахарного диабета второго типа — и на все три толерантности точно нет?

Профессор: Как таковое понимание полное — нет.

Ведущий: Скажем так, снижение результативности.

Профессор: Снижение эффективности. Этот вопрос дискуссионный. Даже больше не снижение эффективности, а «снижение» самого сахарного диабета.

Ведущий: Значит, сам вопрос не прорабатывался. Вопрос толерантности, наверное, хорошо прорабатывался в области гипотензивных средств?

Профессор: Там — да.

Ведущий: В частности, если долго пьёшь ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента эналаприл, каптоприл и прочие, что же происходит через несколько месяцев? — Наступает толерантность.

Профессор: Опять же вопрос дискуссионный, зависит от пациента. Одни могут пить препарат несколько лет и препарат эффективен, а у других — пропьёт полгода-год и отмечает, что давление перестаёт снижаться. Это связано не только со снижением эффективности, но и с появлением побочных эффектов. А потом причин гипертонической болезни может быть много, и первоначальная причина может не вырисоваться.

Ведущий: Мы не будем нашим слушателям рассказывать о разных причинах гипертонической болезни, а то запутаемся. Давайте с точки зрения толерантности. Хотелось бы раскрыть эту тему. Эта тема обширна и в ней можно утонуть. К тому же Вы уже поднимаете вторую тему. Наряду с уменьшением, а то и прекращением эффективности ингибиторов АПФ начинают появляться нежелательные побочные действия. В частности, характерно появление мочекишечного диатеза вплоть до подагры.

Профессор: Да. Но самое первое осложнение — кашель, поэтому врач должен тщательно собрать анамнез: курит ли пациент, есть ли признаки бронхита. Эти препараты таким пациентам сразу не показаны.

Ведущий: А с точки зрения осложнений встаёт вопрос: развиваются ли через год-два нарушения обмена мочевой кислоты с возможными приступами подагры. Несколько пациентов обратились ко мне по этому поводу. Насколько эта проблема изучена сейчас?

Профессор: Эти проблемы есть среди побочных эффектов, поэтому обращаю ваше внимание, вероятно, у пациента какие-то начальные признаки были, и лекарства просто подстегнули это, и соли у него выкристаллизовались.

Ведущий: Понятно, что у всех есть гены и конституциональная предрасположенность к определенным заболеваниям. Если один всю жизнь «мучается желудком, другой почками, третий кожей» и так далее... Когда спрашиваешь, что было у мамы и папы, то получаются похожие проблемы. Со временем наступает толерантность, лекарство прекращает действовать, но нарастают побочные и даже токсические эффекты. Получается перекрест — эффективность дробь / токсичность — он изучался?

Профессор: Конечно изучался, как эффективность и появление побочных эффектов, не будем говорить о токсичности. Это появление нежелательных эффектов, или появление скрытых каких-то моментов, которые были у пациента. И они на фоне этого препарата обостряются, мы получаем нежелательный побочный эффект. Чтобы его замедлить или уменьшить, важно правильно собрать анамнез. Чтобы первично опросить больного, требуется полчаса, чтобы составить чёткое представление о данном пациенте. Полное представление появляется на второе-третье посещение, и вот когда врач меняет первый препарат, на другой, он уже должен знать, что у пациента есть и почему первый препарат либо вызвал побочные эффекты, либо стал неэффективным.

Ведущий: Да, именно снижение эффективности препарата и параллельно повышение нежелательных его побочных действий... Ой, я придумал, как сформулировать этот перекрест, я бы назвал польза/ вред.

Профессор: Да, оно так и называется: польза-вред.

Ведущий: И кто же его так назвал?

Профессор: А фармакологи его так и назвали. Ещё со времён С.П. Боткина они говорили, назначая препарат, взвесь пользу и вред, если полезен, то он назначается. А если на равных или больше

вред, то нет. Сейчас у нас так много групп лекарственных препаратов, тех же гипотензивных, с разными механизмами действия, с разными побочными эффектами, что индивидуально можно подобрать любому. Вы, наверное, обратили внимание, что подбор гипотензивной терапии должен происходить не менее 3 недель. Рекомендуют пациенту измерять давление в течение дня, или вешают монитор, смотрят как колеблется давление в течении суток, и от этого выбирают время назначения препарата. У одних давление повышается вечером, у других утром. Надо подобрать режим приёма препаратов, чтобы предотвратить повышение, тогда доза должна быть меньше, а эффективность больше.

Ведущий: Да. Это больше касается других вопросов, и я опять возвращаюсь к толерантности. А на бета-блокаторы любимые врачами как?

Профессор: На них толерантность даже больше возникает.

Ведущий: И как же этот вопрос изучен?

Профессор: Некоторые пациенты принимают годами, 2-3 года и всё нормально. У других наступает раньше, у всех по-разному.

Ведущий: Но всё равно у всех наступает.

Профессор: Но пациента просят, чтобы он следил за своим давлением.

Ведущий: Пациента просить сложно. Всего снижающих давление пять групп, а назначают сходу четыре. Как он может отследить?

Профессор: Нет, нет. Назначение лекарств начинается с монотерапии.

Ведущий: Ой, это вы про кого? Про поликлинику?

Профессор: Я говорю как должно быть в идеале. Начинать надо с одного препарата.

Ведущий: Ну так логично, с точки зрения толерантности, давайте дадим один, ну максимум два.

Профессор: Только один.

Ведущий: А если разовьётся толерантность, тогда другой. А на-

значают сразу все группы и пациенты жалуются: «Я пью таблетки горстями, а давление всё равно двести».

Профессор: Да. Вот потому что плохо подобрано изначально. А потом есть очень психологически вредные слова. Так называемое рабочее давление, когда давление 150/80. Пациентам говорят — это нормально, а между тем это изначально плохо леченная артериальная гипертензия. Если мы не добьемся 130/80, по международным стандартам давление при нормальном лечении должно быть не выше 130. Ещё раз подчеркиваю — нет такого понятия «рабочее давление».

Ведущий: Насчет мировой практики сомневаюсь: у моей мамы тридцать лет давление было до 300 и ничего, до 80 лет дожила.

Профессор: Это говорит о том, что её не лечили.

Ведущий: Нет, лечили, правда у нее был выраженный атеросклероз аорты.

Профессор: Это уж извините. У очень многих пациентов понятие: «Это химия, давление снизилось и я перестала пить препараты». Так же как бывает у пациентов почечная недостаточность, у него почечное давление, ему надо лечить почки.

Ведущий: У него всё равно будет давление 180. Тут получается, мы начинаем дозу повышать — а почки выключили.

Профессор: Не все же препараты влияют на почки. Например, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, или кальциевые антагонисты, они даже улучшают почечный кровоток, расширяя сосуды почек. Потом у нас есть центрального действия препараты. Врач должен хорошо собрать анамнез, чтобы на первичном этапе представить, какая основная причина повышения артериального давления.

Ведущий: Да. И начинать пробовать подбирать по одному препарату. Но не сразу все 4-5 групп. И тут встает вопрос о толерантности на антагонисты кальция...

Профессор: Тоже бывает. Все препараты в конечном итоге при длительном применении могут вызывать толерантность.

Ведущий: При этом побочные эффекты всё же нарастают.

Профессор: От них никуда не уйдешь. Поэтому сам гипертоник должен периодически измерять давление и периодически посещать врача, что бы врач видел динамику чаще, а не раз в год.

Ведущий: Тут важно, чтобы был один и тот же врач. Пациенты бегают туда-сюда. То платно к профессорам, то ещё к кому. Вообще я мечтаю, что со временем государство поймёт и станет назначать приплаты участковым терапевтам, которые «сидят» на участке много лет. Например, ставку получают по 20 тысяч и ещё плюс. Смотришь через 10 лет уже 40 тысяч. Уходить врачу с этого участка не захочется, он тут же теряет 20 тысяч. В советское время участковые врачи долго стабильно не менялись. И практически участковый терапевт был как семейный врач. А сейчас проблема маленьких зарплат. Нагрузка большая, пациентов много, повторные пациенты не учитываются, что влияет на зарплату. Когда я работал участковым врачом, первый год я работал с 8 до 23 часов, но на третий год уже работал до обеда, потому что знал, для чего пришёл пациент. Очень важно, когда участковый терапевт или семейный врач годами был на одном и том же месте. Только он может отследить толерантность на назначенный им препарат у конкретного Иванова через много лет.

Профессор: И подобрать, и знать, чем ему заменить лекарство.

Ведущий: Только он поймет, что у этого пациента от мочегонных средств через несколько лет появился сахарный диабет. А перемена в кадрах, текучка — в ней заинтересованы фармфирмы.

Профессор: Мы раньше не ориентировались на фармфирмы. Это сейчас они диктуют свои условия.

Ведущий: Мы обсуждаем вопросы долгосрочного прогноза для каждого человека, который интересуется каждой личностью. Но судьбы людские мало интересуют фармфирмы, которым надо лишь продать товар. А насколько сложно протекают эти исследования, можно представить, и они в принципе не хотят. Я недавно прочитал у академика Владимира Ивановича Петрова, он главный клинический фармаколог России, что мы в стране не отслеживаем побочные эф-

фекты препаратов. А пользуемся данными Всемирной организации здравоохранения, зарубежными данными.

Профессор: К сожалению, это так. Сейчас появились формы заполнения по побочным эффектам. Во всём мире оно заполняется и поощряется. У нас же, к сожалению, такого нет. В начале 90-х был организован Центр по изучению нежелательных побочных реакций, и тогда рекомендовалось их заполнять, но сейчас его закрыли, никто его не финансировал, фармфирмы в этом не заинтересованы. Фармфирмы лишь частично собирают эти побочные явления. Но этим должно заниматься Министерство Здравоохранения. Формы существуют, за этим должны смотреть клинические фармакологи.

Ведущий: Довольно сложно отследить, потому что каждому больному в среднем назначается от 7 до 12 препаратов.

Профессор: К сожалению, да. Хотя по приказу Минздрава если человек принимает в клинике 5 препаратов и более, он должен получить консультацию клинического фармаколога.

Ведущий: Но ставки такой нет.

Профессор: Почему? Есть. Больница не аттестуется, если нет клинического фармаколога. Это приказ десятилетней давности. В больнице должен быть клинический фармаколог, но, к сожалению, иногда на эту должность берётся заваптекой или фармацевт или кто-то из администрации, кто мало представляет, что такое фармакология.

Ведущий: Сталин бы сказал: саботаж.

Профессор: Саботаж. Сейчас идёт разработка сертификатов профессионального стандарта для каждой специальности, в частности, я принимала активное участие в этом, и по этому стандарту фармацевт обязанности фармаколога нести не сможет, потому что там столько специфических обязанностей.

Ведущий: Фармацевт — это среднее медицинское образование.

Профессор: Ну, провизор будем говорить.

Ведущий: Тут мы ничего не можем изменить, потому что это

процессы, которые насаждаются сверху, а мы можем для слушателей наших рассказать только то что им интересно, они всё равно найдут у кого проконсультироваться, раз нет такого в поликлинике. Вот вопрос по развитию толерантности. Мужчинам любят назначать альфаблокаторы. Насколько изучен вопрос толерантности к ним?

Профессор: Так же как и по всем. Потому что, как правило, это назначается при простатитах. Связано как с прогрессированием самого заболевания и, естественно, развивается толерантность от полугода до трёх лет. Болезнь потихоньку развивается, а эффективность снижается. Много зависит от поведения самого больного.

Ведущий: От того, как живёт. И вторая группа, которая назначается мужчинам — это ингибиторы 5-альфа редуктазы: дутастерид.

Профессор: Они гормонального действия. Толерантность развивается скорее, потому что они меняют функцию многих эндокринных желез, а у нас всё взаимосвязано. Гормональная перестройка начинается в центральной нервной системе.

Ведущий: Тут я бы сказал, если омник или другие альфа-блокаторы можно сразу бросить, то с гормональными может быть синдром отмены

Профессор: Синдром отмены это уже другой разговор. Фон меняется сразу

Ведущий: А если «отходить» от препарата, то какая лучше схема? Уменьшать ежедневный приём, скажем, по полтаблетки или просто через день, такие две лесенки есть.

Профессор: Это зависит от длительности действия препарата, от частоты приёма. Решать надо в индивидуальном порядке.

Ведущий: Врач должен «висеть на телефоне» и быть в контакте с этим пациентом.

Профессор: Нет, прежде всего сам пациент следит за своим изменением состояния и регулировать исходя из этого. Врач за каждым пациентом следить не может. В поликлинике это не реально.

Ведущий: Сейчас медпомощь стала недоступна. Жалуются



друзья, что надо целыми днями к обычному терапевту записываться, ждать номерок, а к узкому специалисту месяц или два ждать очереди...

Профессор: Если к онкологу полгода, что будет с пациентом с онкологическим заболеванием через полгода?

Ведущий: Медицину сделали недоступной. Странно, деньги на очень хорошие дорогие ремонты выделяет государство, почему она стала недоступной?

Профессор: Это просто переводят наше сознание на платную медицину, чтобы мы привыкли, что надо ходить к платному.

Ведущий: Так вот вернёмся к теме нашей беседы: толерантность и польза-вред. На противодиабетический препарат метформин возникает толерантность?

Профессор: Конечно. Это препарат, с которого обычно начинают лечение сахарного диабета.

Ведущий: Если человек уже лет десять его принимает, препарат может уже и не работать. Насколько изучена толерантность на метформин?

Профессор: Он может работать несколько лет или к нему могут что-то добавлять. Если у пациента гликозилированный гемоглобин не меняется на фоне, то его отменяют, тогда берут препарат из другой группы.

Ведущий: Всё-таки он токсичен для печени.

Профессор: Любой препарат токсичен.

Ведущий: Пациентку на метформине замучили поносы. Стала пить травы гепатопротекторные, стало лучше. Бросила метформин, три дня попила кукурузные рыльца, и стул восстановился.

Профессор: Возможно, побочный эффект метформина.

Ведущий: Пациенты приходят и показывают длинные списки лекарств, которые они пьют, я открываю интернет, любимые справочники лекарственных средств и начинаю смотреть, отчего у них развиваются побочные эффекты. Кстати, при приёме бета-блока-

торов развивающаяся сыпь похожа на псориатическую, или резко обостряется псориаз.

Профессор: Как таковой аллергической реакции на приём бета-блокаторов нет. Нужно заполнить карточку что есть такой эффект, чтобы его зафиксировали и внесли в информацию о побочных эффектах.

Ведущий: Мы попросим у фармфирм денег в несколько миллиардов рублей и откроем ставки регистраторов побочных эффектов...

Профессор: Вы слишком много хотите. Фармфирмы заинтересованы с нас взять, а не нам дать.

Ведущий: Да. Мы с вами обсуждаем вопросы, с которыми рано или поздно столкнётся государство, потому что недовольство народа растёт. И всё-таки я возвращаюсь к теме толерантности на лекарство. Мы можем нашим слушателям сказать, что не надо принимать комбинированные лекарства.

Профессор: Начинать терапию с чего то одного, а если вещество не помогает, либо к нему добавляют, либо переходят на другие и можно на комбинацию. А начинать всегда с одного.

Ведущий: И лучше на нём «посидеть». Как сказал академик Александр Владимирович Шабров: «Один препарат, максимум — два».

Профессор: Не горстями, но ведь причина бывает в том, что у пациентов пожилого возраста много заболеваний. Надо смотреть, чтобы препараты хорошо сочетались между собой.

Ведущий: Это уже настоящие вопросы клинической фармакологии. Итак дорогие братья и сёстры, мы сегодня в нашей программе «Консилиум» обсуждали вопросы того, что мы, принимая одно и тоже лекарство на протяжении ряда лет должны понять, что наступает снижение эффективности, которое называется толерантностью. Но побочные эффекты его всё равно остаются и даже нарастают, и получается перекрест польза/вред, когда вреда настолько больше, что лучше этот препарат отменить. Но делать это постепенно и под контролем врача во избежание синдрома отмены. С вами был

врач-фитотерапевт Алифанов Александр Александрович и Александра Тимофеевна Бурбелло, профессор, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист, клинический фармаколог Северо-Западного федерального округа Минздрава России. Спаси вас Господи.

Профессор: Спаси вас Господи!