

Интегративная медицина и стандарты

Здравствуйте, дорогие братья и сёстры, в эфире «Православного радио Санкт Петербурга» программа «Консилиум» и её ведущий врач-фитотерапевт Алифанов Александр Александрович. У нас в гостях профессор, доктор медицинских наук, президент межрегионального общества интегративной медицины Парцерняк Сергей Александрович.

Профессор: Спасибо большое за возможность рассказать о нашей региональной ассоциации интегративной медицины, которая существует в Санкт-Петербурге с 2000 года, а с 2004 года создана Секция интегративной медицины при Обществе терапевтов Санкт-Петербурга имени Сергея Петровича Боткина.

Ведущий: Сергей Александрович, прочитал Вашу книгу «Интегративная медицина. Путь от идеологии к методологии здравоохранения». Некоторые вещи настолько меня поразили, что я Вас сейчас буду «пытать». Но мы начнем с малого. Я сделал конспект, цитирую: «В случае высокой температуры врач-аллопат всегда приписывает больному жаропонижающие средства, тогда как подобное состояние необходимо, ибо оно свидетельствует о подключении защитных свойств организма». Однако все врачи дают жаропонижающие и все больные пьют жаропонижающие.

Профессор: Мы должны рассматривать лихорадочную реакцию через призму того, что лежит в её основе. Учитывая, что я представитель официального здравоохранения, нужно провести дифференциальную диагностику лихорадки. Но если это простуда, ОРВИ, то

воздействовать сразу антибиотиками рано. Лучше воздействовать на те точки, которые позволяют оптимизировать иммунный ответ организма.

Ведущий: Звучит красиво, но всё-таки давать жаропонижающие или не давать?

Профессор: В стандартах, которые утверждены Министерством здравоохранения, назначение жаропонижающих средств прописано. И врач обязан исполнять, если выставляется соответствующий диагноз.

Ведущий: Но мнение, высказанное Вами в книге, противоречит стандартам.

Профессор: Это верно лишь отчасти. Но категорично так сказать нельзя.

Ведущий: А Вы категорично ничего и не говорите - Вы цитируете Луи Броуэра.

(Смеются)

Профессор: Луи Броуэр — это эксперт Всемирной организации здравоохранения, он написал очень интересную монографию, в которой проанализировал негативные стороны использования медикаментозного лечения.

Ведущий: Давайте от умных слов вернемся к простоте районной поликлиники, где у дверей стоит много больных простудой, особенно в зимне-весеннее время. И всем дают парацетамол в качестве жаропонижающего. А мы видим категории «часто болеющие дети» и «часто болеющие взрослые». И их становится больше и больше.

Профессор: И даже более того, я могу перечислить много осложнений такого лечения парацетамолом: и реакция желудочно-кишечного тракта в виде обострения гастритов, гастродуоденитов и так далее. Мы прекрасно знаем, что безвредных лекарств нет. Поэтому каждому врачу важно не только отталкиваться от предписанных требований а подходить к каждому больному индивидуально.

Ведущий: Есть такое понятие — «врачебное искусство».

Профессор: Да, я своим студентам на лекции в Военно-меди-

цинской академии любил говорить, когда преподавал на кафедре военно-морской госпитальной терапии и сейчас в СЗГМУ им. И.И. Мечникова что главное — это врачебное искусство. *Omniium artium medicina nobilissima est* — говорили сначала в древней Греции а потом Древнем Риме — из всех наук, безусловно, медицина самая благородная.

Ведущий: Так то ж в древнем Риме, Сергей Александрович, Вы отстали — у нас сейчас стандарты. Современные стандарты.

Профессор: Формально есть стандарты. Но медицина как искусство остается таковой. При большинстве хронических болезней и при многих острых наши представления о лечении не абсолютны. Да, есть определенный договор между специалистами о порядках стандартов, но есть еще и конкретный больной с массой своих особенностей, которые не укладываются в рамки стандартов. Поэтому важен индивидуальный подход. Даже если назначаешь жаропонижающее — одному хватает четверти таблетки, другому половина, а третьему мало и целой таблетки. Если будешь назначать по таблетке три раза в день, то можно добиться ненужного эффекта: кроме снижения температуры тела будет отрицательное действие на желудочно-кишечный тракт.

Ведущий: Да, токсическое поражение печени вследствие применения парацетамола.

Профессор: Но это не только парацетамол. У Луи Броуэра рассмотрен целый спектр препаратов с осложнениями которые сопутствуют фармакотерапии и которые часто приводят к негативу в условиях узкоспециализированной модели (мы все в ней работаем). Почему и возникла потребность к более широкому взгляду. Интегративный подход не отрицает узкоспециализированный, но мы видим, что есть уже тупиковые ситуации, которые требуют переформатирования взгляда на пациента с полиморбидной патологией. То есть, тогда когда у него имеет место три-пять и более заболеваний.

Ведущий: Если ко мне приходят люди «за сорок», то в среднем двенадцать болезней — нормальный джентльменский набор И Вы

цитируете серьёзные источники в которых говорится, что все медикаменты нужно рассматривать как потенциально опасные, а руководители фирм, производящих вещества, имеют своей целью только доходы от продаж медикаментов. Аллопатическая медицина полностью зависит от фармацевтических компаний, обе находятся под государственной защитой, так как их интересы во многом совпадают. И любое научное открытие в области медицины курируется этими тремя партнерами. — Цитируете Вы Броуэра.

Профессор: Моя монография является пионерским трудом по этой проблематике...

Ведущий: Но я Вам больше скажу, что Вы на страницах своей книги вслух сказали то, что врачи по-тихому думают про себя...

(Смеются)

Профессор: Спасибо! При написании монографии учитывался практический материал, анализировалась узкоспециализированная область. Была попытка вычлнить направления, которые бы так или иначе отвечали бы комплексным представлениям об организации лечения теперешнего больного с полиморбидной патологией. Интегративная, комплементарная, традиционная медицина очень близки друг другу, хотя эти термины не совпадают друг с другом полностью. И на международном съезде терапевтов в Чили в 2012 году было заявлено, что полиморбидность — основная проблема терапии в мире. Со столь высокой трибуны это официально было заявлено впервые. А что мы видим: наша современная высшая медицинская школа обучает студентов основам именно узкоспециализированного подхода. Мы изучаем 50 нозологических единиц по терапии и около 20 нозологических единиц по хирургии. А кто же учит лечению и диагностике полиморбидной патологии? Кто учит интегративному подходу? К сожалению, никто!

Ведущий: А диагноз у реального пациента многогранен. Бывает гипертоническая болезнь вследствие заболевания почек, скажем, при мочекаменной болезни, и я пациентам объясняю: «Вы хоть сколько пейте нифедипинов, лозартанов и так далее, но пока вы не очистите ваши почки от камней, от гипертонической болезни не вы-

лечитесь. Потому что у вас не гипертоническая болезнь, а симптоматическая гипертензия, то есть высокое давление из-за мочекаменной болезни». Вот одновременно две болезни, связанные друг с другом. Но есть ещё один пример: шейный остеохондроз. Вследствие него происходит пережатие шейных артерий и стартует гипертензия. И пока мы эту причину не ликвидируем, мы не восстановим человеку нормальное давление. А это, в свою очередь, касается врачей другой специальности — остеопатов. Есть ещё одна частая причина гипертонической болезни — это климактерический синдром у женщин. Идёт гормональная перестройка организма. Обычное назначение гипотензивных здесь не подходит, так как у них давление то низкое, скажем, 100/60, то высокое, и 200 мм рт.ст. бывает. Но если мы нормализуем гормональный статус, то давление у них гармонизируется. Оно может «подскакивать», но без таких резких «переходов».

Профессор: И добавлю: проблема артериальных гипертензий очень актуальна для людей современной популяции, как для младшего возраста, так и для старших возрастных групп. Но важно учитывать, что за последние 25 лет произошло омоложение сосудистых катастроф — инфарктов, инсультов. И если ещё лет тридцать назад это был удел мужчин в возрасте старше 55-60 лет, женщин 70-ти, то на сегодняшний день эти грозные патологические состояния с высоким процентом летальности и инвалидизации спустились в возрастную градацию 35-45 лет для мужчин. Принято считать, что женщины начинают страдать хронической патологией на 12-15 лет позже. Но исследования, проведенные последние годы на нашей кафедре, показывают, что и у женщин происходит омоложение сердечно-сосудистой патологии.

Ведущий: У женщин — старение, а у болезней — омоложение.

Профессор: Наука считала, что пока у женщин уровень эстрогенов на нормальных значениях, пока не наступил климактерический период, они в определенной степени защищены от прогрессирования атеросклероза и от возникновения инфарктов и инсультов.

Это подтверждают и американские коллеги и западноевропейские, что у женщин развиваются инфаркты миокарда на нормальном уровне эстрогенов, при сохраненной функции эндокринных органов.

Ведущий: Мы ещё подвергаемся влиянию на биохимическом уровне — с помощью продуктов, которые влияют на организм. И Вы пишете в своей книге, что пищевые продукты принимают участие в перерождении рода человеческого из-за применяемых технологий с опасными химическими веществами. Вот пример из Вашей книги: «Мясо содержит гормон рактопамин. Люди, которые употребляют это мясо в пищу, довольно быстро получают повышенное артериальное давление, нарушение сердечного ритма и ускорение развития атеросклероза. И мы снова видим, что одного врача-терапевта мало, на страже здоровья должен ещё стоять врач-гигиенист. Например, такой врач-гигиенист как Геннадий Григорьевич Онищенко.

Профессор: Главный санитарный врач России.

Ведущий: Да, работа его была видна — запретил мясо с рактопамином из США. Его стали закупать в Бразилии, но там тоже содержался рактопамин, — и его запретили. А на днях обнаружили что «рактопаминовую» эстафету переняли австралийцы. Получается, гигиенисты борются-борются, но их противники тоже не дремлют. А теперь уже нет нашего защитника Онищенко, перевели на другую работу.

Профессор: Перейдем к фармакологии. Конечно, важно оценивать многоточечное действие лекарственных препаратов, отрицательные эффекты бывают при назначении даже монотерапии, но особенно часто, когда мы назначаем три-пять-десять лекарственных препаратов. И мы доводим до сведения наших студентов, что при назначении более 5-6 препаратов одному больному, эти препараты уже начинают жить в организме своей жизнью. То есть мы сталкиваемся с явлениями полипрагмазии, лекарственной болезни. Мы разрабатываем новую, интегративную модель с привлечением крупнейших специалистов — члена-корреспондента Академии

наук Федосеева Глеба Борисовича, академика Шаброва Александра Владимировича, оториноларинголога профессора Янова Виктора Константиновича, психиатров, психологов и других. Мы объединились в один коллектив для разработки принципов новой модели организации оказания медицинской помощи. За интегративной медициной будущее. И нельзя забывать огромный опыт, накопленный за тысячелетия традиционной медициной, славянской, нашей отечественной, китайской, индийской и других. Можно рассмотреть этот опыт с точки зрения современных взглядов и технологий и разработать максимально эффективные методики лечения и диагностики современных больных с полиморбидной патологией. Литература, касающаяся узкоспециализированной модели лечения, показала, что за последние 30 лет (это данные ВОЗ) эффективность диагностики и лечения по основным группам хронических заболеваний выросла всего лишь на 5-10%. Это касается как диагностики так и лечения, ПРИ УДОРОЖАНИИ медицинской услуги, я подчеркиваю это, в десятки раз. При такой ситуации требуется разработка новых подходов в здравоохранении, потому что у большинства населения просто не хватает средств.

Ведущий: Вы и пишете, что фарминдустрия за последние годы получила возможность рассматривать врача не как дипломированного специалиста, а как простого распространителя фармацевтической продукции.

Профессор: Отчасти.

Ведущий: Естественно отчасти.

Профессор: Обращая внимание на такую динамику, мы начинаем думать и работать в этом направлении. Поэтому у думающих врачей, как у нас, так и за рубежом возникла потребность в разработке новой модели взамен узкоспециализированной. Например, представители медицинского университета Дюка Северной Каролины США, Гарвардского, Аризонского выступили с инициативой разработки новой модели здравоохранения 21 века, которая исповедует принципы интеграции, комплексного подхода. То есть смотреть

на пациента не через призму органа, не через призму отдельной системы, а через реализацию комплексного холистического подхода. Нас со скамьи медицинского института учат подходу древнего врача-чечателя Гиппократ: нужно лечить не болезнь а больного. А что на выходе? Эту позицию мы все знаем. А на выходе — сформировались узкие специалисты, которые рассматривают больного только через призму либо отдельного органа, либо отдельной системы. А осмыслить проблему больного в целом — некому.

Ведущий: Что такое лечение по нозологии? — Очень просто: у тебя гипертоническая болезнь? — Вот тебе таблетка «от давления». У тебя аденома простаты? — Вот тебе таблетка «от аденомы». У тебя аллергия? — Вот тебе таблетка «от аллергии». Так вот, Вы пишете: «Теория Луи Пастера, объясняющая происхождение болезней попаданием внутрь микробов, находящихся в воздухе, возводится в ранг закона. И считается, что если вы заболели, то это вас атаковал вирус или микроб. А труды профессоров Тиссо и Бешама доказали, что организм человека уже содержит в себе определенные вирусы». Так что же простуда — это процесс извне или изнутри? Кто прав, Бешам и Тиссо или Пастер?

Профессор: Истина где-то посередине. Нельзя преувеличивать роль микроорганизма в происхождении болезни. Есть ещё и макроорганизм. С одной стороны, нужно учитывать вирулентность микроорганизма. Есть крайне патогенные виды. Специальные штаммы, используемые для бактериологической войны. Но они в природе нечасто встречаются — как чума например — сегодня это в основном дело рук человеческих.

Ведущий: Да, вокруг России сейчас кольцо бактериологических лабораторий. Об этом даже телекомпания ТВЦ выпустила хороший фильм. Последнее время встречаются какие-то подозрительные ротавирусы — сопли текут и понос два месяца у нашего населения...

Профессор: Я не хочу останавливаться на этой проблематике, потому что это не является предметом моих исследований. Лучше продолжим о соотношении роли микро- и макроорганизма, хотя бы

в процессе протекания ОРВИ. Что более значимо, и в какой мере наши действия должны быть направлены на то, чтобы уничтожить микроорганизм, или, наоборот, поднять иммунную защиту в разных ее проявлениях, у макроорганизма...

Ведущий: Я сейчас переведу для слушателей на просторечный язык. С одной стороны, существует инфекционность. На тебя чихнули в троллейбусе и передали аденовирус. И ты заболел — ОРВИ, температура, сопли... А с другой стороны, в тебе самом есть цитомегаловирус, ты простоял на автобусной остановке один, не было никого — час. Охладился организм, упал иммунитет и активировался твой внутренний цитомегаловирус. То есть в происхождении ОРВИ могут играть оба механизма.

Профессор: Конечно. Вы абсолютно правы. Крайне важно разобратся в каждом конкретном случае что является превалирующим в плане значимости — патогенность микроорганизма или падение иммунорезистентности макроорганизма. Могла снизиться стрессустойчивость. Мы же живём в быстроменяющемся мире. Иногда нельзя объяснить быстрое старение, быстропрогрессирующий атеросклероз у мужчин 35-45 лет только изменившейся экологией.

Ведущий: Нервы. Нет стабильности. Человек живёт в подвешенном состоянии. От чего может снизиться иммунитет, а нужно помнить что здоровый человек носит в себе 1200 видов вирусов и 7000 видов микробов. Отчего они могут активироваться? — «От нервов». Поссорились жена с мужем, разошлись, — он и она заболели, потому что упал иммунитет. Или другое. Взял человек кредит в банке, купил квартиру, машину, а тут на работе ему говорят: «Завтра уволим!» — А как отдавать кредит? Мне кажется, отсутствие стабильности влияет на старение человеческого организма.

Профессор: Согласен, конечно. Влияние хронического стресса имеет очень большое значение в плане прогрессирования преждевременного старения. Прежде всего, это касается атерогенеза, онкологии, остехондроза, остеопороза. Мы оцениваем состояние полиморбидных больных и обнаруживаем нездоровое состояние нервной

системы, мы называем это вегетозами. Превалирование биологического возраста над календарным составляет от 10 до 15 лет. Это особенность современной ситуации. И врачи узких специализаций тоже бьют тревогу, что невообразимо в рамках современной медицинской модели чисто медикаментозного подхода достичь очевидного успеха. Вот я являюсь членом Российской Ассоциации специалистов по гипертонической болезни. На форумах декларируется уже на протяжении последнего десятилетия постулат о том, что даже при наличии комплаенса, взаимопонимания между врачом и пациентом, даже при достаточных финансовых возможностях приобретения любых лекарственных препаратов, удастся добиться стойкой стабилизации артериального давления не более чем в 20-25% случаев. А что же делать? И тут ответ напрашивается сам собой: использовать методы традиционной медицины, той же фитотерапии с широким арсеналом воздействия, той же иглорефлексотерапии, психотерапии, гомеопатии. Стандарты, к сожалению, рассматривают гипертоническую болезнь в отрыве от остальных патологий, с которыми она сочетается. Стандарт, которым будут лечить данного пациента на кардиологической койке и соответственно оплата медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования подразумевает, что счёт будет выставлен по медико-экономическому стандарту лечения одной болезни. А весь остальной блок болезней либо будет отчасти упущен, либо его лечение будет не комплексным, фрагментарным. И эти вопросы сейчас обсуждаются как у наших коллег, так за рубежом, как разработать новые подходы, которые могли бы оптимизировать и диагностику и лечение пациентов. Я приведу один пример. В 2005 году в США заключен согласительный протокол между координаторами панамериканских специализированных ассоциаций — кардиологической, нефрологической, пульмонологической и ряда других, и координаторами нового направления интегративной медицины. В интересах разработки новых комплексных стандартов оказания медицинской помощи современному больному и оптимизации финансирования этих процессов. И мы разрабатываем такие подходы.

Ведущий. Но вот я лечу своего ребёнка. А как я могу его лечить по стандарту? Или Вы лечите свою маму... А как вообще можно лечить по стандарту?

Профессор: Стандарт — это понятие прежде всего экономическое.

Ведущий: Вопрос: «Вы будете лечить свою маму или своего ребёнка в соответствии со стандартами принятыми, на Западе? Или Вы будете лечить по-своему?»

Профессор: Вопрос не совсем корректен. Вашего ребенка или вашего родственника будет лечить тот или иной врач.

Ведущий: А как я своего ребенка доверю лечить какому-то врачу?

Профессор: А Вы знаете такой принцип — не лечи ближнего?

Ведущий: Нет, я такого принципа не исповедую. И не верю никому.

Профессор: А я знаю. Моя альма матер, Военно-медицинская академия имени Сергея Мироныча Кирова меня учила: ближнего не берись лечить.

Ведущий: Это понятно только в той части патологии которую я не умею лечить в силу своей консервативной специализации — операции или травмы. Но я всегда курирую процесс назначения антибиотиков и прочего.

Профессор: Это другой вопрос, курировать, принимать участие в процессе. Тем более Вы — врач. Никто не запрещает Вам думать, правильно ли тот или иной Ваш коллега назначил то или иное лечение.

Ведущий: Мой коллега, к примеру, это мой друг я ему верю. А вот насколько соотносится стандарт, который в бумагах прописан?

Профессор: Мы с Вами не должны говорить что не признаем стандарты медицинской помощи. Это будет не совсем корректно, неправильно.

Ведущий: Да, стандарты есть и будут, установка принята государством. И нам придется с этим в какой-то мере смириться.

Профессор: Стандарт — понятие прежде всего экономическое. И стандарт подразумевает минимально достаточный объем медицинской помощи конкретному больному.

Ведущий: Итак, мы пришли к выводу, что к стандартам нужно еще присоединить и подходы интегративной медицины.

Профессор: Абсолютно с Вами согласен. Мы не отрицаем стандарты.

Ведущий: Мы не революционеры, но нужно добавить.

Профессор: Будущее — за сочетанием узкоспециализированного и интегративного подхода. В единстве может быть прорывное развитие здравоохранения 21 века. После Второй Мировой войны появилась узкоспециализированная медицина. Люди были окрылены надеждами, увлеченность прогрессом обещала в будущем успехи. В науке накапливалось множество новых данных. Казалось всё по плечу, мы можем справиться с атеросклерозом и с канцерогенезом и с заболеваниями соединительной ткани. Но на сегодняшний день...

Ведущий: Наш энтузиазм не оправдался. А новых болезней всё больше.

(Посмеиваются)

Профессор: Вот приходится искать новые пути.

Ведущий: Итак дорогие братья и сёстры, вы слушали программу «Консилиум». Сегодня в гостях был профессор Парцерняк Сергей Александрович, Президент межрегионального Общества интегративной медицины. Спаси Вас Господи.

Профессор: Благодарю Вас за очень интересное общение.