

Что наиболее важно в новых российских и европейских рекомендациях?

Интервью с доктором медицинских наук, профессором кафедры факультетской терапии №1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) **Дмитрием Александровичем Напалковым**.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические коронарные синдромы, дислипидемия, статины, модификация образа жизни.

Для цитирования: Что наиболее важно в новых российских и европейских рекомендациях? Интервью с Д.А. Напалковым. Consilium Medicum. 2020; 22 (1): 9–13. DOI: 10.26442/20751753.2020.1.200079

Interview

Which aspects are the most significant in Russian and European guidelines?

Interview with Dmitry A. Napalkov, D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Key words: arterial hypertension, ischemic heart disease, chronic ischemic heart syndrome, dyslipidemia, statins, lifestyle modification.

For citation: Which aspects are the most significant in Russian and European guidelines? Interview with Dmitry A. Napalkov. Consilium Medicum. 2020; 22 (1): 9–13. DOI: 10.26442/20751753.2020.1.200079

– Дмитрий Александрович, прежде чем мы перейдем непосредственно к рекомендациям, поясните, пожалуйста, юридический статус российских рекомендаций, например, рекомендаций по артериальной гипертензии (АГ), утвержденных Минздравом, и документов, принятых Европейским обществом кардиологов. О них и будут дальнейшие вопросы.

– Рекомендации по АГ у взрослых, подготовленные Российским кардиологическим обществом (РКО) и утвержденные Минздравом России, – документ, определяющий тактику ведения пациентов, обязательный для применения в практической работе. Главный врач может положить его себе на стол и потребовать неукоснительного выполнения. А европейские документы для российских врачей носят исключительно рекомендательный характер. Знать их содержание необходимо для общего образования, для понимания международных трендов в терапии тех или иных состояний. С формальной точки зрения только русскоязычный документ, утвержденный Минздравом, подлежит к исполнению российскими врачами.

– Дмитрий Александрович, начнем с рекомендаций по АГ у взрослых, подготовленных РКО. Есть ли важные новшества?

– Мне кажется, главное достоинство российских рекомендаций 2020 г. заключается в том, что они максимально приближают нас к тексту европейских рекомендаций 2018 г. Традиционно у российских экспертов на протяжении многих лет по ряду позиций были свои точки зрения, и российские рекомендации по ним существенно отличались от европейских. Пожалуй, только термин «гипертоническая болезнь», традиционно признаваемый в нашей стране, остался единственным отличием, но это лишь вопрос терминологии. А все остальное, включая подходы к стратифи-



кации пациентов по сердечно-сосудистому риску и алгоритмы подбора лекарственных препаратов, теперь стало универсальным, общим. Я считаю это главным достижением данных рекомендаций, они нас активно сблизили с тем, как диагностируют и лечат гипертонию в Европе, что, на мой взгляд, совершенно правильно.

– Поменялись ли целевые цифры артериального давления (АД), подходы к терапии?

– Нет, принципиально ничего нового не произошло. Для большинства пациентов целевые цифры остались на уровне 130/80 мм рт. ст. и ниже. Для пожилых пациентов (старше 65 лет) целевое давление позиционируется на уровне 130–140/80 мм рт. ст. Это те цифры, которых рекомендуется достигать у пациентов, причем не сразу, а в процессе планомерного снижения давления. В терапии максимальный фокус сделан на комбинированную антигипертензивную терапию, которая должна назначаться подавляющему числу пациентов.

– Каким пациентам допустимо назначать монотерапию?

– На монотерапии остаются, по решению врача, пациенты с низким или умеренным риском и невысоким уровнем АД (не выше 1-й степени), пациенты старше 80 лет, так называемые «хрупкие» пациенты (со старческой астенией), у которых назначение сразу двух препаратов может спровоцировать резкое снижение АД. Кроме того, за врачом остается индивидуальное решение о назначении монотерапии у пациентов, имеющих в анамнезе эпизоды резкого снижения давления. Врач, вне зависимости от того, что написано в рекомендациях, конечно, не будет рисковать и будет пытаться титровать дозировку одного препарата.

Идея комбинированной терапии, предпочтительно реализуемая в виде фиксированных комбинаций, способствует преодолению инертности и врача, и пациента в том, что касается достижения целевых цифр АД. Врачи далеко не всегда назначают комбинированную терапию пациентам, которые в ней действительно нуждаются, предпочитая «выжимать» максимальный эффект из какого-то одного препарата или безостановочно меняя один препарат на другой при их предшествующей неэффективности. Кроме того, многие пациенты прекращают применение ряда препара-

тов, которые они сами считают «лишними». В таких случаях фиксированные комбинации повышают вероятность успешности лечения. Комбинации «2 препарата в 1 таблетке» или даже «3 в 1» улучшают и приверженность терапии, и эффективность лечения, так что это очень логичный подход, который в первую очередь направлен на реальное попадание в организм пациента тех препаратов, которые назначил врач.

– Поменялись ли подходы к лечению пожилых пациентов с АГ?

– В принципах ведения пожилых пациентов появились некоторые изменения, причем те, которые поддерживаются и одобряются далеко не всеми кардиологами. Речь идет о более жестких цифрах целевого АД для пожилых пациентов по сравнению с предыдущими клиническими рекомендациями. Но это позиция не рекомендаций 2020 г. против 2018 г., а 2020/2018 г. против более ранних европейских вариантов. Собственно говоря, для пожилых пациентов при хронической переносимости установлена цифра 130/80 мм рт. ст., хотя в прежних рекомендациях для пациентов с АГ старше 80 лет без сопутствующих заболеваний целевые цифры рассматривались на уровне 140–150 мм рт. ст. Изменения внесены благодаря данным исследования SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial), результаты которого были опубликованы в 2016 г. между пересмотрами разных версий европейских рекомендаций. В данной работе было показано, что у пациентов со средним возрастом 70 лет достижение целевого уровня АД 120 мм рт. ст. и даже ниже приводило к улучшению прогноза и уменьшению смертности. Нужно отметить, что эти результаты не были однозначно восприняты (в частности, из-за особенностей регистрации АД у участников исследования, которые могли привести к более низким, чем в реальной жизни, цифрам), поэтому европейцы не пошли по пути снижения целевого уровня АД до 120/80 мм рт. ст., показанных исследованием SPRINT, и не стали проводить границу между нормой и гипертонией на уровне 130/80 мм рт. ст., как предложило одно из американских профессиональных сообществ. Тем не менее, уровень 130/80 мм рт. ст. был принят в качестве основы и является целевым. В большинстве исследований, проведенных за последнее время, включая крупное рандомизированное исследование ONTARGET, было показано, что если пациент на наибольшем числе визитов к врачу имеет цифры давления 130/80 мм рт. ст. и ниже, то у него снижается риск сердечно-сосудистых событий – инфарктов, инсультов, а при 140/90 мм рт. ст. эти риски повышаются. Уровень АД 130/80 мм рт. ст. в наибольшей степени является целевым для пациентов с гипертонией высокого риска, и этих показателей нужно добиваться, в том числе и назначением комбинированной терапии.

– В 2019 г. Европейское общество кардиологов подготовило рекомендации по ишемической болезни сердца (ИБС), которые впервые были озаглавлены как «Хронические коронарные синдромы». Что можно сказать об этих рекомендациях?

– Среди кардиологов есть консерваторы, а есть те, которые, наоборот, все время хотят изобрести что-то новое. И как раз вторые радостно сказали: у нас теперь появилась новая нозологическая форма – хронические коронарные синдромы. Консерваторы логично возразили: а что это принципиально изменило с точки зрения подходов к терапии? Сильные аргументы есть у обеих сторон. Понятно, что при наличии термина «острый коронарный синдром» рано или поздно должно было появиться что-то на тему хронических состояний.

В данных рекомендациях выделены 6 клинических сценариев, наиболее часто встречаемых при стабильной ИБС. Каждый из предложенных сценариев имеет разный риск

сердечно-сосудистых событий и несколько отличающиеся подходы к лечению.

Если говорить о принципиальных подходах к терапии, то она стала более индивидуализированной в зависимости от клинической ситуации, причем в рекомендациях есть указания на то, какие препараты наиболее целесообразно использовать. В предшествующих европейских рекомендациях 2013 г. по лечению стабильной ИБС, в частности попыток дифференцировать пациентов в зависимости от их клинического портрета, не предпринималось.

Что, на мой взгляд, действительно важно в этих рекомендациях – это даже не новые термины и не лечение, а вопросы, связанные с диагностикой. Результативность диагностических мероприятий для практического здравоохранения – это крайне важная тема. Значимость ряда нагрузочных тестов, включая тредмил-тест, начинает подвергаться сомнению в силу значительного процента как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. В то же время стало очевидным усиление позиций индекса коронарного кальция, определяемого с помощью компьютерной томографии, и стресс-эхокардиографии в качестве методов ранней диагностики сниженного коронарного резерва, а это значимо для всех уровней медицины – и стационарной, и амбулаторной. Отечественная кардиология обязана принять во внимание эти диагностические возможности и международные диагностические тенденции. В большинстве крупных сердечно-сосудистых центров, даже не дожидаясь этих рекомендаций, стали опираться на результаты этих новейших исследований при решении вопроса о наличии, например, латентно протекающей ишемии миокарда. Кардиологи должны понимать, что при болях в области сердца результатов суточного мониторинга по Холтеру и тредмил-теста может быть недостаточно для того, чтобы докопаться до истины и выяснить истинную природу жалоб пациента. Инструментальные подходы сейчас значительно расширились, усложнились, и требования к компетенции врача увеличились. Современная диагностика требует более вдумчивого, глубокого подхода. Во всем мире проведены миллионы коронарографий, по результатам которых не были выявлены признаки поражения коронарных артерий и, соответственно, этим пациентам не проводились ненужные интервенционные инвазивные вмешательства. В то же время мы понимаем, что локально далеко не всегда есть возможность сделать стресс-эхокардиографию и тем более компьютерную томографию коронарных артерий. Тем не менее, несмотря на усложнение такого подхода, который невозможно внедрить завтра же на всей территории страны и во всех учреждениях, думаю, это движение в правильном направлении.

– Пожалуйста, вкратце расскажите о подходах к лечению хронических коронарных синдромов.

– Вообще в медикаментозной терапии продемонстрирована очевидная тенденция к отходу от унифицированных схем и движение в сторону дифференцированного подхода. С одной стороны, это кого-то может запутать, ведь гораздо проще реализовать одну схему на всех, с другой стороны, кардиология движется по пути индивидуализированной терапии, и это то, от чего отвернуться будет нельзя, так оно и будет продолжаться впредь. Одному пациенту с одними клиническими характеристиками должна быть назначена одна терапия, а другому она может быть назначена с рядом изменений и корректив.

В этих рекомендациях принципиально сохранились убедительные позиции у тех препаратов, которые традиционно чаще всего упускаются в назначениях пациентов с ИБС. В частности, статинотерапия, причем высокодозовая в Российской Федерации назначается крайне редко, – это, действительно, объективная реальность. По данным регистровых исследований конца 2019 г. больные с диагнозом ИБС стали получать статины чаще, ситуация немного улучша-

ется, но в то же время пациент, например, с диагнозом АГ из группы высокого риска, с высоким уровнем липидов должен был бы тоже получать статины для первичной профилактики ИБС, но этого не происходит. Эти пациенты очень часто оказываются вообще без гиполипидемической терапии. Иными словами, терапевты и кардиологи недостаточно участвуют в предотвращении развития хронических коронарных синдромов.

Следующий достаточно важный момент – это различные комбинации антиагрегантных препаратов. Схемы терапии антиагрегантами становятся все более сложными, появляются возможности пролонгации приема двойной антиагрегантной терапии (например, удлинение срока сочетанного приема ацетилсалициловой кислоты и тикагрелора после острого коронарного синдрома на срок до 1,5 года и более). Эту терапевтическую тактику, приведенную в новых рекомендациях, следует внедрять в клиническую практику.

Некоторые препараты несколько утратили свои позиции. Так, никорандил, триметазидин, ранолазин, которые зачастую используются как препараты первого ряда, в этих рекомендациях отнесены скорее к препаратам резерва, которые можно «подтягивать» к основной терапии тогда, когда не удастся справиться с ситуацией с помощью основных препаратов. Также не улучшились позиции мононитратов пролонгированного действия, но надо отметить, что и в реальной клинической практике эти препараты все реже назначаются при диагнозе ИБС. Это говорит о том, что врачи перестают назначать пациентам препараты, не влияющие на прогноз. Если у пациента нет стенокардии, ему не нужно назначать нитраты только за диагноз ИБС или, по-новому, хронический коронарный синдром.

– Дмитрий Александрович, что Вы хотели бы отметить в европейских рекомендациях по ведению дислипидемий?

– Новая позиция связана с ужесточением целевых значений липопротеидов низкой плотности для пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска. Мне кажется, очень важно то, что подчеркнута важность максимального, интенсивного титрования дозы статинов перед их комбинированием с другими гиполипидемическими средствами. Понятно, что идея комбинированного лечения происходит из терапии АГ. В случае с дислипидемией идея давать разные препараты в небольших дозах видится менее результативной по сравнению с терапией статинами в высоких дозах. Пока, к сожалению, из таблетированных форм никто не может составить конкуренцию статинам, потому что они действительно улучшают прогноз, а все остальные препараты могут им помочь, но не могут их заменить. Если правильно работать с препаратами из группы статинов и действительно назначать их пациентам с высоким и очень высоким риском, то, как показано на огромных популяционных исследованиях, это в самом деле улучшает прогноз у очень большого числа пациентов.

Важно понимать, что статины, назначаемые у пациентов с высоким риском в низких или недостаточных дозах, не демонстрируют ожидаемого эффекта. Показательно, что в этих рекомендациях практически в каждой таблице, в каждом разделе есть указание «титровать статины до максимально переносимых доз». Эта тактика подчеркивается в тексте многократно, и она видится мне очень правильной.

Другое новшество этих рекомендаций – это появление новых маркеров дислипидемии. Так, липопротеин (а) рекомендуется уточнять при биохимическом исследовании крови, и на данный момент он считается чуть ли не альтернативой для уровня липопротеидов низкой плотности и генетического исследования в плане уточнения риска развития инфаркта миокарда в будущем. Это перспективный показатель, но, безусловно, пока его широкому внедрению в практику будет препятствовать финансовая сторона вопроса: это не скрининговый показатель, и он не включен в

обязательное медицинское страхование. Пока определять его будут у немногочисленных, скорее всего, молодых пациентов, имеющих семейный анамнез раннего сердечно-сосудистого события для уточнения индивидуального сердечно-сосудистого риска и определения дальнейшей тактики терапии.

Следующее новшество – это, безусловно, значительное повышение значимости препаратов из группы ингибиторов пропротеинконвертазы субтилизин/кексин 9-го типа (PCSK9), которые по ряду позиций, например, у пациентов с высоким риском, не достигших целевых значений, при семейной гиперлипидемии и некоторых других ситуациях перешли в статус IA класс (нельзя не назначить, польза однозначна). В условиях российских реалий недостатком препаратов этой группы является их стоимость: они должны назначаться на постоянной основе, при этом их стоимость превышает 30 тыс. руб. в месяц. Без каких-либо компенсаций и попыток как-то демпфировать цену за счет средств страховых компаний перспективы препаратов из группы PCSK9 не видятся радужными, несмотря на их высокую эффективность. Большинство кардиологических пациентов считают, что траты в размере 2–3 тыс. руб. в месяц – это уже много. Эта ситуация, конечно же, значительно более перспективна в Европе, где данные препараты почти полностью или полностью компенсируются страховыми компаниями, если врач назначает такой препарат и обосновывает свое решение. В Москве есть клиники, которые берут пациентов на начальный, продолжительностью в несколько месяцев, прием препаратов из группы PCSK9, но отсроченные данные не ясны, и продолжают ли пациенты покупать себе эти препараты сами, неизвестно. Пока же можно следовать рекомендациям по назначению статинов в максимально переносимой дозировке.

– Каковы признаки непереносимости статинов?

– Позиции по данному вопросу за последнее время остались неизменными. Повышение печеночных трансаминаз – повод для снижения дозы препарата и контроля динамики, но ни в коем случае не отмены статинов. Если на фоне приема статинов отмечаются высокие трансаминазы, нужно исключить заболевание печени и прием других препаратов, который может сопровождаться данным эффектом. Гораздо опаснее (хотя крайне редко) развитие миопатии и рабдомиолиза. При подозрении на статининдуцированную миопатию препараты нужно отменить на 10–14 дней, однако если при этом мышечные боли сохраняются и/или уровень креатинфосфокиназы остается повышенным, то, значит, проблема не в этом и статины нужно возвращать. Если на фоне даже такой краткосрочной отмены статинов все симптомы уходят, врач может сделать заключение о том, что это была действительно миопатия, и попробовать назначить другой статин в меньшей дозе, поскольку реакции, как правило, связаны с непереносимостью определенной молекулы, а не всего класса препаратов. Тем не менее всегда нужно помнить о возможности повторения схожей ситуации и с другим препаратом. Если тактика по подбору препарата не увенчалась успехом (хотя это бывает крайне редко), остаются эзетимиб, ингибиторы PCSK9. Надо уточнить, что жизнеугрожающее осложнение терапии статинами, рабдомиолиз, встречается в мире с частотой не чаще чем 1 на 10 тыс. Конечно, при подозрении на развитие рабдомиолиза статины необходимо отменять сразу, без раздумий, а дальше – контроль состояния пациента на фоне отмены статина.

– Названы ли наиболее эффективные, более безопасные статины?

– Во всем мире и во всех последних рекомендациях, если мы говорим о пациентах высокого или очень высокого риска, выделено два основных статина – аторвастатин и розувастатин.

Есть определенная вероятность того, что статины как класс в принципе несколько повышают риск развития сахарного диабета (СД), хотя не очень понятны механизмы этого явления. На питавастатине этого как будто не происходит. Таким образом, вероятно, с этой точки зрения он более безопасен. Но проблема питавастатина заключается в том, что по этому препарату нет клинических исследований с конечными точками, т.е. он не доказал свою эффективность в том, что касается влияния на прогноз. Как к гиполипидемическому препарату, к нему претензий нет, хотя с точки зрения снижения липидов он откровенно проигрывает аторвастатину и розувастатину. Поэтому ключевыми препаратами, с которыми сейчас работает весь мир, являются аторвастатин и розувастатин, а питавастатин находится в резерве при непереносимости или при каких-то проблемах, например, межлекарственном взаимодействии. Нужно отметить, что между собой эти 3 препарата ни в одном клиническом исследовании не сравнивались, и говорить, что питавастатин безопаснее – это не совсем правильно, потому что он не сравнивался ни с аторвастатином, ни с розувастатином. Сейчас такие исследования только начались, и их результатов пока нет. Представлять питавастатин препаратом выбора в силу его большей безопасности было бы некорректно, поскольку у него, как уже было сказано, нет доказанного влияния на прогноз.

– **Перейдем к европейским рекомендациям по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям.**

– Данные рекомендации отразили определенного рода революцию, происходящую в умах. Эта переоценка возможностей терапии связана с тем, что в целом ряде исследований на двух классах препаратов – ингибиторах натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа – иНГЛТ-2 (глифлозины) и агонистах рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 – арГПП-1 (глутиды) было доказано их влияние не только на снижение уровня гликированного гемоглобина и уровня глюкозы, но и на улучшение долгосрочного прогноза в плане сердечно-сосудистых событий и смертности. Эти исследования проводились эндокринологами, но затем на их результаты обратили внимание кардиологи, которые находились в постоянном поиске дополнительных терапевтических возможностей для пациентов с СД. Эти больные часто имеют очень высокий сердечно-сосудистый риск и повторные события, даже несмотря на порой совершенно адекватную терапию. Эти эндокринологические препараты имеют позитивное влияние на сердечно-сосудистый прогноз.

Если говорить о недавно появившейся группе иНГЛТ-2 (ингибиторы SGLT-2), с которой мне приходилось сталкиваться чаще в своей клинической практике, нужно отметить, что на данный момент нет прямых сравнительных исследований между отдельными ее представителями. Есть проведенные клинические работы, которые продемонстрировали отдельные аспекты применения того или иного препарата, но у нас нет четкого понимания кому, когда, какой препарат лучше назначать и с какой целью. Сейчас даже в рекомендациях эти препараты написаны списком через запятую. Наверное, эта ситуация изменится, поскольку по этим молекулам параллельно идет достаточно много исследований с разными портретами пациентов, с разными задачами и конечными точками. И наверное, лет через 5, не раньше, мы начнем понимать, все ли так оптимистично, эффективно и безопасно при таком очевидном влиянии на прогноз и смертность, или все-таки есть нюансы. Также необходимо составить представление о портретах пациентов – эндокринологических и кардиологических. Есть данные о том, что имеет место влияние на будущие события у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска с СД. Предприняты попытки применения дапаглифлозина у пациентов без СД, но с сердечной недостаточностью; был показан хороший результат в плане улучшения прогноза.

Эти данные, конечно, переворачивают представления кардиологов о лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Ожидаемо, что компании, которые производят эти препараты, будут «тянуть одеяло на себя» и приукрашивать свои истинные достоинства и занижать какие-то свои недостатки, и я думаю, что здесь надо быть достаточно осторожным. Можно уже наблюдать такие тенденции в виде аккуратных информационных вбросов, идея которых сводится к тому, что назначение такого препарата кардиологическому пациенту может предупредить необходимость в привычных кардиологических назначениях или позволит отменить, например, статины. Такие бездоказательные предположения могут упасть на благодатную почву сознания врачей-консерваторов, которые считают, что для пациентов с СД 2-го типа главное – назначить, например, витамины группы В, а статины ему совершенно не нужны, поскольку они «сажают печень». Увы, уже есть такие прецеденты назначения новомодных препаратов вместо, а не в дополнение к основной терапии. Этот очень важный момент необходимо подчеркнуть: речь идет о дополнительной к стандартной терапии.

Со временем, после попадания новых препаратов в группу лекарственного обеспечения пациентов с СД, их назначение станет рутинной практикой терапевтов, кардиологов, возможно даже в большей степени, нежели эндокринологов. С одной стороны, все эти междисциплинарные вопросы очень интересны, потому что пациентов с сопутствующей патологией довольно много. С другой стороны, это требует времени и определенных интеллектуальных усилий. Для таких принципиальных изменений в мышлении, умении формировать новые тактические и стратегические задачи требуется время и опыт. Мы помним, с какими трудностями входили в практику статины: изначально казалось, что это будет терапия для каких-то избранных пациентов. Вероятно, точно так же будет происходить и с новыми для кардиологов противодиабетическими препаратами при условии подтверждения их эффектов и конкретизации целей назначения.

– **Как сочетается общий тренд индивидуализации терапии с российской действительностью?**

– С определенной долей юмора можно сказать, что индивидуализация у нас процветает и выражается в назначении препаратов, не имеющих достаточной доказательной базы. Настоящая персонализация имеет отношение к науке – изучению генома, одиночных мутаций нуклеотидов, которые повышают риски сердечно-сосудистых событий, изучению особенностей метаболитов и биомаркеров и т.д. Понятно, что генетические исследования не являются частью рутинной практики. Говорить о том, что мы большими шагами движемся в этом направлении, было бы неверно. Публикаций на эту тему много, банки данных переполнены разной генетической информацией, и мы обращаем внимание на публикации на эту тему, но неизвестно, насколько данный подход может быть целесообразен на популяционном уровне. Поэтому, вероятно, с такого рода персонализацией история будет развиваться медленно. Актуальна персонализация другого рода, которая предполагает не лечение цифр давления или холестерина, а взгляд на пациента в целом, его сердечно-сосудистые риски и уязвимые места с целью улучшения его прогноза.

– **Дмитрий Александрович, во всех упомянутых сегодня документах важная роль отводится модификации образа жизни. Каким образом, по Вашему опыту, врач может подтолкнуть пациента к изменению своих привычек?**

– Однозначно сказать нельзя, поскольку пациенты относятся к разным психотипам. Смена образа жизни требует значительных усилий со стороны пациента. Здесь разговор идет не просто о покупке лекарств и механическом их при-

менении. Изменение пищевых привычек, активизация физической нагрузки, отказ от вредных привычек требуют очень активного участия пациента, гораздо большего, чем прием лекарств; активной, а не пассивной позиции. Даже относительно молодым пациентам трудно вносить изменения в свою жизнь, а самый тяжело модифицируемый контингент – люди старше 60 лет, которые выросли в другой медицине, в другое время. Многие из них считают, что серьезное лечение – только лекарства. Как их мотивировать? Многие возрастные пациенты имеют свои личные планы. Стоит попытаться объяснить, что, если не будет предпринято то-то и то-то, этих личных планов может не стать в одночасье. Только так их можно «зацепить». Пугать 70-летнего человека, что у него будет инфаркт, часто бывает бесполезно. Обещать, что если по соответствующему списку будут внесены изменения в привычки, то человек проживет еще 20 лет, мы не можем: это может оказаться неправдой, поскольку это позволяют сделать только хорошая

генетика и давно заложенные основные принципы здорового образа жизни.

Если говорить о более молодых пациентах 30–50 лет, их мотивировать проще, они чаще обладают навыком беспокоиться за свою здоровье наперед. Молодые – совершенно другая популяция пациентов, увлеченная различными гаджетами, девайсами, иногда как раз это помогает их мотивировать, поскольку напоминает им какую-то социально-сетевую игру, некоторых подталкивает возможность сообщать знакомым в социальных сетях о своих достижениях.

Общего подхода нет, поэтому врачу необходимо научиться правильно определять психотип пациента, кого-то напугать, кому-то что-то объяснить, привести какую-то аллегория, а кого-то просто поддержать и привести собственный пример.

– Дмитрий Александрович, благодарим Вас за интервью.