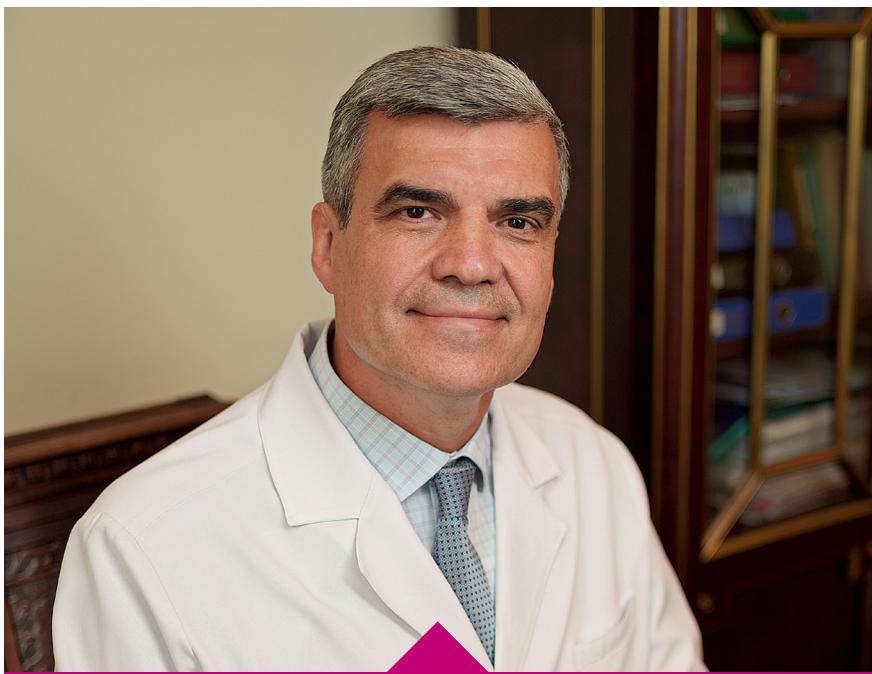


«...усложнив модель управления заболеванием, мы упростили нашу цель: продлить полноценную жизнь пациента»



Халимов Юрий Шавкатович — доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе, заведующий кафедрой терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой имени Г.Ф. Ланга ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, главный эндокринолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заслуженный врач Российской Федерации.

Автор более 350 научных работ, в том числе 12 монографий и 5 руководств для врачей. Под его руководством подготовлены и защищены 5 докторских и 15 кандидатских диссертаций.

Член Правления Российской ассоциации эндокринологов, Профессиональной медицинской Ассоциации эндокринологов Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина.

— Уважаемый Юрий Шавкатович, каким был Ваш путь в профессию?

— Выбор профессии зависел от ответа на вопрос самому себе: «Чем бы тебе было интересно заниматься?» Медицина показалась мне не только самой нужной, но необычной и даже таинственной специальностью. Так получилось, что первая попытка оказалась безуспешной — после окончания средней школы я не поступил в один из престижных медицинских вузов столицы. У меня был год на раздумья и на серьезную подготовку. С мечтой стать врачом я не расстался и, узнав, что в Ленинграде есть Военно-медицинская академия, подал документы и смог успешно пройти вступитель-

ные экзамены. С 4 курса я начал заниматься эндокринологией в военно-научном обществе курсантов и слушателей.

— На Ваш взгляд, почему кардиология и эндокринология так долго существовали параллельно? Что стало точкой объединения?

— Действительно, эндокринология и кардиология долгое время двигались параллельными путями: в рамках одной дисциплины занимались вопросами гормональной регуляции метаболизма, другой — изменениями со стороны сосудов и миокарда. Сближение стало очевидным, когда крупные исследования показали:

“... by making the disease control model more complex, we have simplified our objective: to extend the high-quality life of the patients”

Professor Yuri Shavkatovich Khalimov, MD, Assistant Principal for Clinical Work; Head of the G. F. Lang Chair of Intermediate Level Therapy with a Course of Endocrinology and Cardiology at I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of Russia; Chief Endocrinologist of the Healthcare Committee at the St. Petersburg Government; an honoured physician of the Russian Federation.

He is the author of over 350 scientific papers, including 12 monographs and 5 guidebooks for medical professionals. He supervised the preparation and defence of 5 doctorate and 15 PhD theses.

A member of the Presidium of the Russian Association of Endocrinologists, the Professional Medical Association of Endocrinologists of St. Petersburg, S. P. Botkin Municipal Therapeutic Association (St. Petersburg).

Yuri Shavkatovich Khalimov told us about the transformation of the idea of type 2 diabetes mellitus: it is currently viewed as a systemic cardiac-renal-metabolic disease, requiring the team work of endocrinologists and cardiologists. Yu. Sh. Khalimov emphasised the key role of the life style changes, early prevention and the use of disease-modifying agents with cardiac and renoprotective characteristics.

The interview points out the significance of the multidisciplinary approach to the therapy and patient motivation, as well as training of doctors, who understand the risks, interpret evidences and make decisions together with their patients.

ожирение с дисфункцией жировой ткани, артериальная гипертензия, гипергликемия и дислипидемия, стеатоз печени — основные и тесно взаимосвязанные драйверы сердечно-сосудистого риска. Появление классов препаратов с доказанными кардио- и нефропротективными эффектами — ингибиторов SGLT2, агонистов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) — закрепило интеграцию в клинической практике.

Сейчас эндокринолог обязан мыслить категориями клинических исходов и состояния кардиоренальной оси, а кардиолог — видеть за инфарктом и сердечной недостаточностью метаболическую основу. Иначе мы вместо системы лечим ее отдельные фрагменты, и это лечение менее эффективно, чем могло бы быть.

— Как научить молодых врачей мыслить сразу кардиологическими и метаболическими категориями?

Главное в преподавании — убедительно донести до молодого врача важнейшие инсайты: самые частые хронические заболевания современного человека (сахарный диабет 2 типа (СД2), атеросклероз, гипертония, неалкогольная жировая болезнь печени и др.) происходят «из одного гнезда» и когда-нибудь будут отнесены к болезням энергетического гомеостаза, а инсулинорезистентность как основной фактор, препятствующий неуклонному набору массы тела у лиц с хроническим положительным балансом энергии, взимает за это очень высокую метаболическую плату.

В настоящее время накоплена огромная доказательная база, подтверждающая, что раннее устранение дисфункции жировой ткани может прервать цепочку событий кардиоренометаболического континуума или замедлить их развитие. Эту информацию специалисты должны передать широкому кругу врачей. К сожалению, эффективность снижающих массу тела стратегий, особенно с точки зрения первичной профилактики сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний, по-прежнему недооценивается, хотя в последние годы здесь наметился явный прогресс.

— Есть ли в Вашей практике клинический случай, который стал для Вас символичным, когда метаболический подход буквально изменил судьбу пациента?

— Лучший учитель для врача — безусловно, клиническая практика. Великий клиницист У. Ослер заметил, что тот, кто изучает медицину без книг, плывет по неизведанному морю; кто изучает медицину без пациентов, вовсе никуда не плывет». А символичный клинический случай, который произошел много лет назад и заставил задуматься, является яркой иллюстрацией к ответу на предыдущий вопрос. Пациент с ожирением в возрасте менее 50 лет был так напуган возникшим у него впервые СД2, что стал строго соблюдать все рекомендации врача, сбросив 15 кг за 3 месяца. После этого у него не только нормализовался уровень глюкозы крови (даже на фоне отмены сахароснижающих препаратов), но и восстановился липидный профиль, снизилось до нормы артериальное давление, уменьшился стеатоз печени и был устранен цитолитический синдром. Хотя теперь такими наблюдениями никого не удивишь, их очень много, особенно среди пациентов после бariatрических вмешательств.

— Уже много лет Вы являетесь главным эндокринологом Санкт-Петербурга. Что, на Ваш взгляд, изменилось в понимании природы сахарного диабета за последние 20 лет?

На моих глазах взгляд на СД2 как на «синдром хронической гипергликемии» менялся, и сейчас он рассматривается как системное кардиоренометаболическое заболевание. Наши интервенции сместились от контроля гликемии к управлению заболеванием с позиции устранения максимально возможного числа факторов кардиоренального риска, включая гипергликемию, с его стратификацией. Сменились и терапевтические приоритеты: выбор противодиабетических препаратов диктуется не просто желанием достичь целевых показателей гликемии, артериального давления и холестерина, но прежде всего модифицировать клиническое течение заболевания — снизить частоту смертельных исходов, крупных сердечно-сосудистых событий, госпитализаций по поводу сердечной недостаточности и замедлить снижение расчетной скорости клубковой фильтрации, отсрочив на годы назначение заместительной почечной терапии.

Стало реальным достижение длительной ремиссии СД2 с помощью уменьшения массы тела на 10% и более у пациентов с коротким анамнезом диабета. И, пожалуй, самое важ-

ное — активно внедряется командный подход к лечению СД2: теперь эндокринолог не только «солист», сколько «участник ансамбля» с кардиологом, нефрологом, невропатологом, диетологом и другими специалистами (например, сомнологом, психологом). Парадокс, но, усложнив модель управления заболеванием, мы упростили нашу цель: продлить полноценную жизнь пациента.

— Современные препараты — агонисты ГПП-1, ингибиторы SGLT2 — заметно изменили парадигму терапии пациентов. Как Вы оцениваете реальные барьеры при их внедрении: это больше экономический вопрос или вопрос медицинской привычки?

Барьеры для более широкого применения болезнь-модифицирующих классов препаратов (агонистов ГПП-1 и ингибиторов SGLT2) — это смесь экономики (стоимостной фактор) и клинической инерции, связанной с глюкозоцентрической привычкой, страхом побочных эффектов, недостатком опыта в титрации и сопровождении, а также отдельные организационные детали (например, кто и когда инициирует назначение препаратов — эндокринолог, кардиолог, нефролог).

Хотя доступность инновационных препаратов возрастает год от года, особенно современных агонистов ГПП-1, производство которых наладила отечественная фарминдустрия, нам еще есть куда двигаться. В настоящее время комплексно решаются задачи оптимальной маршрутизации пациентов высокого риска, в том числе в рамках федеральных и региональных программ, неуклонно расширяется мультидисциплинарность подготовки врачей-специалистов. Не менее важной задачей является и формирование нового типа больных — мотивированных, проактивных, прошедших качественное обучение в школах для пациентов сахарным диабетом.

— Какие метаболические нарушения сейчас наиболее недооценены? О чём, по Вашему мнению, мы будем говорить через 5–10 лет так же часто, как сейчас говорим о висцеральном ожирении?

Очевидно, что пока недооцененными звенями кардиоренометаболического континуума являются метаболически ассоциированная

жировая болезнь печени, нарушения сна (включая синдром ночного апноэ), саркопения и постпрандиальная дисгликемия. Так как влияние этих факторов малозаметно и растянуто по времени, они по-прежнему недостаточно подвергаются нашим интервенциям, хотя относятся к важным факторам прогрессирования метаболического нездоровья. Через 5–10 лет, вероятно, мы будем столь же активно обсуждать гепато-церебро-кардиальный континуум, объем и качество мышечной массы как терапевтические цели, а также циркадную гигиену как часть стандартного плана профилактики кардиометаболических заболеваний.

Безусловно, сохранится интерес к роли микробиома и метаболического воспаления, дополнительный мощный толчок в клинической практике получит изучение параметров, которые можно измерить и изменить: массы жировой ткани и органной эктопии жира, объективных параметров сна, показателей носимых датчиков активности. По-видимому, именно эти факторы второй очереди будут определять дополнительное снижение различных рисков у наших пациентов.

— Вы руководили множеством научных работ, подготовили десятки кандидатов и докторов наук. Есть ли тема, которую Вы с удовольствием дали бы аспиранту как перспективную и еще не закрытую?

— В области кардиоренометаболической медицины остается огромное количество открытых вопросов, и приоритетные темы определяются прежде всего сложившимися традициями научного коллектива. На кафедре факультетской терапии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, которую сейчас возглавляю, уже много лет разрабатываются вопросы эпидемиологии, патогенеза, генетики, лечения и профилактики метаболического синдрома и его компонентов. Совсем недавно мы стали заниматься проблемой овариального резерва в ассоциации с факторами сердечно-сосудистого риска у женщин репродуктивного возраста с ожирением, а также изучать влияние различных регуляторных факторов на клиническое течение неалкогольной жировой болезни печени.

Особый интерес вызывает проблема фенотипирования пациентов с метаболическим синдромом и возможности персонификации терапии, поэтому актуальная тема для аспиранта могла бы быть посвящена, например, изучению взаимосвязи саркопении и кардиометаболического статуса у пациентов с СД2.

— Создается впечатление, что человек с СД2, ожирением, артериальной гипертензией и дислипидемией — «тяжелый» пациент. Но возможно ли, что мы будем предотвращать эти состояния, а не только лечить осложнения? Есть ли у Вас надежда на реальную профилактическую революцию?

— Действительно «тяжелым» наш пациент становится в конечной части кардиоренометаболического континуума, когда серьезные осложнения (инфаркт, инсульт, сердечная или почечная недостаточность) резко ухудшают прогноз и ограничивают возможности проводимой терапии с неминуемым ростом затрат. Высказывание классика «Будущее за превентивной медициной» крайне актуально сейчас для хронических неинфекционных заболеваний. Предупреждение ишемической болезни сердца, сахарного диабета, хронической болезни почек, цереброваскулярной патологии возможно при условии, что первичная профилактика станет главным приоритетом, а работу врача будут оценивать не по количеству принятых им пациентов, а прежде всего по показателям заболеваемости, частоте госпитализаций и смертности.

Несмотря на сложность и многомерность этого вопроса, краеугольной является стратификация риска в доклинической зоне, после которой некоторым пациентам будет назначена лишь поведенческая модификация (структурированное питание, сон, аэробные и силовые нагрузки), а другим, отнесенными к группе высокого риска, — ранняя медикаментозная профилактика.

— Как Вы восстанавливаетесь и отдохаете, работая в столь интенсивной и многоуровневой системе?

— По аналогии с принципами гражданской авиации замечу, что кислородная маска в первую очередь нужна врачу, чтобы он смог помочь другим. Зачастую мы игнорируем собственный кардиометаболический ресурс: как показывает практика, врач неред-

ко является наименее комплаентным пациентом. Выдерживать интенсивный ритм медицинской и учебной среды меня учит дисциплина микроритуалов: простейшие, но ежедневные физические упражнения в домашних условиях. Лучшая аэробика для меня — большой теннис. Взбодриться по утрам помогают дыхательная гимнастика и холодный душ, для психологической разрядки люблю читать неслужебную литературу и готовить: кулинария — самый простой способ эмоциональной перезагрузки.

Проблема хронического недосыпа, конечно, существует, но я настойчиво пытаюсь стать членом модного «клуба 5 утра», что означает не только ранний подъем, но и раннее, не позднее 22.00, засыпание. Помогает сохранить свежесть на работе «правило коротких пауз» с закрытыми глазами, очень рад, когда удается выкроить на них хотя бы 15–20 минут в течение дня.

— Чему бы Вы хотели научить молодых врачей будущего? Что они не должны забывать, сталкиваясь с диабетом и метаболическим синдромом через 10–15 лет?

— Молодым врачам я бы пожелал следующее. Первое — мышление риска: нужно видеть перед собой не «глюкозу 8,2», а траекторию пациента и, заглядывая на многие годы вперед, надежно оценивать риск развития неблагоприятных событий. Хороший специалист в области кардиометаболической медицины — не тот, кто знает и назначает новые классы препаратов, а тот, кто умеет создать из анализа множества факторов объективный прогноз и выбрать самые действенные пути его улучшения. Второе — методологическая грамотность: умение читать результаты доказательных исследований, отличать суррогатные точки от «твёрдых», понимать, где польза клиническая, а где — только статистическая и т. д. Третье — совместное принятие решений с пациентом. Современные технологии и нейросети уже становятся нашими ассистентами, но они пока не заменяют эмпатию и холистический подход, когда мы лечим не болезнь, а больного. И не следует забывать, что назначить таблетку всегда легче, чем научить привычке, но именно привычки продлевают здоровые и активные годы жизни.

Специально для Doctor.Ru
Жилина Н.Ю.