

ИНТЕРВЬЮ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА, АКАДЕМИКА РАН, ПРОФЕССОРА, Д.М.Н., ДИРЕКТОРА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЦА, КРОВИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ ИМ. В. А. АЛМАЗОВА Е. В. ШЛЯХТО



Уважаемый Евгений Владимирович, добрый день. По данным исследований, в развитых европейских странах сердечной недостаточностью (СН) страдает около 28 миллионов человек. Известно, что в России число пациентов с диагностированным заболеванием составляет 5,1 миллиона человек, но реальные показатели значительно выше — около 9 миллионов человек, причем, 2,4 миллиона человек имеют терминальную стадию заболевания, часто сопровождающуюся декомпенсацией. Как Президент Российского кардиологического общества можете рассказать, насколько актуальны эти цифры к настоящему моменту?

Сердечно-сосудистые заболевания являются проблемой номер один в России, и составляют 57-58% в общей структуре смертности. Среди этой группы заболеваний СН, с точки зрения важности для общества, очень значимая патология. Расходы, повторные госпитализации, потеря трудоспособности, инвалидизация и смертность, особенно при III и IV функциональном классе, очень высокие. И самое важное, какие бы меры не предпринимались в последние годы, переломить эту ситуацию у данной категории больных пока не удается.

Какие пациенты входят в группу риска?

Больные с тяжелой стадией заболевания (III и IV функциональный класс), как правило, имеют сопутствующие патологии, например, нарушение функции

почек и печени, часто сахарный диабет, ожирение. Таким образом, поражение является системным: заболевание сердца, влечет за собой поражение почек и печени, поэтому существуют разные рекомендации для лечения пациентов с кардиоренальной патологией и с кардиоцеребральной.

Каковы же основные причины заболевания СН в России?

Если говорить о Российской Федерации, то основные причины — ишемическая болезнь сердца, тяжелое поражение коронарных артерий, инфаркт миокарда с развитием кардиосклероза. Однако, в общемировом масштабе ситуация меняется. Мы стали лучше лечить ишемическую болезнь сердца, своевременно используем лекарственные препараты, также используем реваскуляризацию, в связи с этим, количество больных, у которых СН связана с ишемической болезнью сердца, уменьшается. Но на первое место в мире (и в нашей стране) выходят кардиомиопатии и дегенеративно-дистрофические поражения клапана аппарата аорты. В ближайшее десятилетие, к сожалению, количество пациентов с некоронарогенной патологией будет увеличиваться.

Существует ли какая-то связь между экономическим уровнем пациентов и развитием заболевания СН?

У отдельных категорий пациентов такая связь существует, но вот прямой связи между уровнем экономики в государстве и заболеваемостью в целом — нет. Можно привести примеры очень многих стран, где валовой национальный продукт и доходы на душу населения значительно меньше, чем в развитых странах, однако, заболеваемость ниже. Например, по последним данным, Российская Федерация по уровню развития здравоохранения стоит на 51-м месте, а 44-е место занимают Соединенные Штаты Америки, где гигантские расходы на здравоохранение. А кто в десятке? Азербайджан, Куба — в этих странах расходы на здравоохранение значительно меньше. Поэтому важным фактором, на мой взгляд, является и социальный план.

Своевременная диагностика, диспансеризация, бытовые привычки, насколько значительный вклад они вносят в развитие СН?

Не столько привычки, сколько правильный образ жизни, уверенность в завтрашнем дне, отсутствие депрессий и тревоги — вносят огромный вклад в снижение уровня заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом, а не только СН.

Какова ситуация в регионах Российской Федерации? Какие из них более подвержены данному заболе-

ванию — богатые регионы или, наоборот, сельские, далекие от центра? Может быть, в более бедных регионах люди просто не доживают до оказания своевременной медицинской помощи?

По тем же предварительным данным здесь нет связи с экономической ситуацией. Я думаю, что в этом случае нужно ставить вопрос о качестве организации медицинской помощи, проведении диспансеризации, выявлении групп риска, своевременном лечении, обеспеченности лекарственными препаратами и высокотехнологичной медицинской помощью. Даже те ресурсы, которые есть, можно использовать по-разному. Если вы посмотрите статистику, то увидите, что смертность от острого инфаркта миокарда в некоторых регионах различается в два раза, условно говоря, городах с населением больше миллиона и с одинаковым бюджетом. Это указывает на различие в организации медицинской помощи. Поэтому принятие специальной программы для выполнения стандартов в лечении, обеспечение тяжелых групп пациентов бесплатными лекарственными препаратами — все это, безусловно, влияет на ситуацию: в одних регионах смертность от инфаркта миокарда меньше на 8%, в других — на 12-14%.

Можно ли говорить, что эти показатели искусственно занижены?

Я не думаю, что это так: наши показатели смертности, по сравнению с Европейскими странами в разы выше, при этом структура факторов риска приблизительно одинаковая. В настоящее время больные достаточно обеспечены бета-блокаторами, статинами, ингибиторами АПФ. Лекарственные препараты вполне доступны по стоимости, поэтому многие пациенты их получают. Необходимо отметить, что лечение и обеспеченность высокими технологиями в нашей стране даже лучше, чем на Западе. Однако, подсчет показателя смертности, который значительно выше в нашей стране, зависит от статистического подхода: больные сахарным диабетом умирают не от этой патологии, а от сердечно-сосудистых заболеваний. В сердечно-сосудистую патологию также попадают все случаи внезапной сердечной смерти.

Евгений Владимирович, Вы упомянули программу по ведению и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Эта программа касается именно СН, или она носит скорее общий характер?

Нет, это общая программа, и она также касается больных с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения. Важность этой программы в том, что была создана инфраструктура и центры, где сконцентрированы люди и оборудование. Появилась возможность оказания помощи пациентам с внезапно развивающимися острыми состояниями, в том числе и с острой СН.

Как часто в клинической практике удается диагностировать острую СН? Какие симптомы характеризуют развитие состояния острой декомпенсации?

Стандартные симптомы это — одышка, отеки, снижение работоспособности, появление одышки в покое. Пациенты с острой декомпенсацией поступают в стационары достаточно часто. Например, из всех поступающих больных — 80% уже имеют хроническую СН, а поступают с обострением, 20% — с какими-то другими ситуациями, такими как повышение давления, нарушение ритма сердца. Но в чем основная проблема? Одни и те же пациенты поступают с известной периодичностью, что влечет гигантские расходы на их лечение. А чем чаще такие пациенты поступают в стадии декомпенсации, тем выше вероятность смертельного исхода. Условно говоря, при первом поступлении пациента в стационар смертность составляет 6%, а при четвертом — 25%.

Насколько интенсивно ведется работа по профилактике СН? Могли бы улучшить ситуацию регулярные диспансеризации?

В этом случае важна не столько профилактика, сколько работа врачей-специалистов в стационаре, которые используют новейшие технологии, чтобы стабилизировать состояние больного. Для этого существуют разные врачебные подходы. Например, в США тактика направлена на сокращение пребывания пациента в стационаре: проводится интенсивная терапия, назначаются мочегонные лекарственные препараты, быстро снимаются отеки, и больного выписывают домой. Но декомпенсация очень быстро возвращается обратно, что увеличивает расходы на лечение. Поэтому в Санкт-Петербурге, в нашем Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова регулярно проводятся школы больных с СН. В нашем стационаре мы не стремимся к мгновенному, быстрому результату, устранению всех симптомов и быстрой выписке. Больной постоянно находится под наблюдением, при этом немаловажная роль отводится участию семьи пациента, что позволяет улучшить медикаментозную терапию и уменьшить возможность декомпенсации.

Диспансеризация же рассчитана на здоровых людей, которые еще не болеют. А главная проблема — это ведение больных с СН, поэтому мы стараемся совместно с органами управления здравоохранением выработать специальные технологии системы ведения этих сложных пациентов. Например, наблюдение вне стационара может вестись при помощи IT-технологий: больному не нужно лично посещать клинику, пользуясь телемедицинской технологией, он может передавать данные о себе, такие как — уровень артериального давления ЧСС, кардиограмму, объем жидкости в организме — в центр мониторинга. Наш центр уже обратился в Фонд обязательного медицинского страхования с предложением вклю-

чить в тариф по ОМС телемедицинскую услугу по ведению тяжелого больного с СН.

Каковы возможности фармакотерапии СН?

К сожалению, мы в последнее время уже вышли на плато фармакотерапии, и всяческие попытки использовать что-то новое для улучшения прогноза этих больных ничем убедительным не увенчались. Мы пробовали использовать при острых состояниях разные подходы: прекондиционирование, фармакологическое кондиционирование, кулинг при остром коронарном синдроме, использование механических устройств для поддержки кровообращения, контрпульсацию в частности. Но по всем данным видно, что какого-то радикального улучшения нет. Более трети больных уходит с листа ожидания пересадки сердца. Поэтому очень важно дать возможность больному пережить острую ситуацию. Это вопрос и в организации медицинской помощи, и в появлении новых препаратов, которые могут уменьшить число таких тяжелых пациентов.

Насколько вообще эффективны вазодилататоры? Чем действие препарата Реасанз принципиально отличается от предыдущего поколения препаратов, предназначенных для лечения острой СН?

Давно известен интерес к идее создания эффективной молекулярной структуры и аминокислотного состава эффективного препарата для использования при резистентной гипертонии. Реасанз (серелаксин) — это гормон релаксин, вырабатываемый женщиной во время беременности, который рекомбинантным способом синтезировали, воспроизвели и использовали для ведения больных с преэклампсией и эклампсией. Он воздействует не на женские гормональные рецепторы, а на эндотелиальный фактор, улучшая функцию эндотелия, поэтому с этой точки зрения, действие его молекулы является системным. Поэтому появился интерес к изучению препарата у кардиологических больных. Фармацевтическая компания “Новартис”, в настоящее время, сконцентрировалась на исследованиях применения препарата при СН, и два исследования, второй и третьей фазы*, показали гигантский, я бы сказал, эффект

* RELAX-AHF-2 и Паневропейское исследование с открытым дизайном

препарата в отношении конечных точек и в отношении улучшения функций печени, почек и сердца, при этом изучались маркеры функции печени, почек (уровень цистатина С), сердечной недостаточности (концевой натрийуретический пептид).

Препарат по механизму действия похож на вазодилататоры, влияет на эндотелий, улучшает системное кровообращение, что очень важно при стадии декомпенсации СН.

У препарата есть ограничения по его использованию у пациентов с нормальным артериальным давлением, поскольку по механизму действия он улучшает сосудистый тонус и функцию почек, вызывая расслабление, снижая артериальное давление. Но гипертоникам с СН, у которых есть тяжелые сердечные декомпенсированные состояния, такой препарат, как добавление к базовой терапии, крайне необходим.

Как Вы оцениваете степень доступности препарата для тяжелобольных?

31 марта 2014 года Реасанз зарегистрирован в России как лекарственный препарат. По мере накопления опыта его использования будут созданы региональные программы, по мере повышения доказательного уровня должна быть создана программа, где этот препарат будет оплачиваться по системе ОМС. Препарат, безусловно, попадет в “льготные списки”.

И напоследок, Евгений Владимирович, чтобы вы пожелали Вашим коллегам, нашим читателям?

Лучше быть здоровым и богатым, чем бедным и больным. Быть спокойным, наслаждаться жизнью, вовремя устранять факторы риска, не доводить состояние организма до болезни. Если есть порок сердца, то не надо ждать, пока придется делать ремоделирование. Если у Вас тяжелая ишемическая болезнь, не надо ждать инфаркта. Что касается качества лечения, то оно в нашей стране на очень приличном уровне, но для нас самое главное, для системы здравоохранения, это широкое использование регистра. Нам нужны инструменты для оценки качества и эффективности медицинской помощи, а также — инструменты для оценки распространенности заболеваний в популяции.