



## III съезд кардиологов Приволжского федерального округа



24–26 ноября 2010 года состоялся III съезд кардиологов Приволжского федерального округа «Кардиология ПФО: возможности и перспективы». Организатором мероприятия стала группа компаний «Медфорум» совместно с СамГМУ при участии главного кардиолога Самарской области, профессора СамГМУ, д.м.н. Д.В. Дуплякова. В работе съезда приняли участие 1318 делегатов из разных областей ПФО и других регионов Российской Федерации. В рамках работы съезда прошла специализированная выставка, на которой участники мероприятия могли ознакомиться с продукцией, выпускаемой 40 компаниями-участниками выставки – современными приборами и препаратами, предназначенными для диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. III съезд кардиологов ПФО стал прекрасной площадкой для обмена опытом и мнениями, за время работы мероприятия было прочитано множество докладов, затрагивающих самые разные вопросы современной кардиологии, начиная от профилактики ССЗ и заканчивая вопросами борьбы с осложнениями данных заболеваний. В качестве основных тем работы съезда организаторами были выбраны фундаментальные исследования в кардиологии, эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистой патологии, первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, интервенционная кардиология, высокотехнологичная медицинская помощь в кардиологии и другие актуальные вопросы, например, проблемы взаимодействия кардиологов и врачей других специальностей.

## Кардиология ПФО: возможности и перспективы

Открывая пленарное заседание III съезда кардиологов ПФО, первый проректор СамГМУ Н.Н. Крюков отметил, что Самара в качестве места проведения данного мероприятия была выбрана не случайно. В этом городе существует мощная кардиологическая школа, серьезная научная база, к тому же в Самаре ведется активная работа по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии среди населения. Кардиологическая служба Самарской области, по словам Н.Н. Крюкова, в данный момент активно развивается в полном соответствии с программой модернизации здравоохранения РФ.

С приветственным словом выступил министр здравоохранения и социального развития Самарской области В.П. Куличенко. Он подробно рассказал о состоянии кардиологии в регионе, в частности, упомянул имеющийся в регионе кардиологический центр, возможности которого позволяют проводить операции детям с врожденными пороками сердца, вместо того чтобы отправлять их в Москву или Санкт-Петербург. Всего в регионе ежегодно выполняется более 2000 кардиохирургических вмешательств, причем их число постоянно растет.

По словам министра, в последнее время взгляд на проблему сосудистых катастроф в медицине претерпел существенные изменения. Теперь пациенту с острым коронарным синдромом при наличии соответствующих показаний проводят коронарографию. В Самарской области такое исследование может проводиться в нескольких ЛПУ, например, в муниципальной городской больнице № 2, на базе которой в соответствии с федеральной программой был открыт сосудистый центр, а также в клиниках СамГМУ и в дорожной клинической больнице. Имеется необходимое для коронарного вмешательства оборудование и в Тольятти.

Министр подчеркнул, что высокий уровень развития кардиологии



и кардиохирургии в Самаре – результат разумного использования значительных финансовых вливаний в данную отрасль. Программа лечения сосудистых заболеваний, которая осуществлялась в 2009 году, была разработана под непосредственным руководством академика Е.И. Чазова, оказавшего существенную помощь в выборе лечебных учреждений, где впоследствии были открыты сосудистые центры. Ценность данных учреждений для здравоохранения области трудно переоценить. В.П. Куличенко так описал проводимую в них работу: «Я совершенно обоснованно могу сказать, что сегодня сосудистые центры оказывают помощь при острых состояниях на уровне современных европейских стандартов».

Разумеется, работа сосудистых центров благоприятно влияет на показатели смертности. Если в среднем по России смертность от ССЗ составляет 835,5 случаев на 100 тысяч населения в год, то по Самарской области данный показатель – всего 760. Смертность от инфаркта миокарда – 46,6 и 38 случаев ежегодно соответственно. По мнению В.П. Куличенко, эти цифры наглядно демонстрируют, что «правильная организация медицинской помощи, правильное отношение к современным техно-

логиям и современным стандартам дают свои результаты».

Следующий выступающий, академик РАН и РАМН, генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса, главный кардиолог России Е.И. Чазов отметил важность проведения мероприятий, подобных III съезду кардиологов ПФО, особенно сегодня, когда в здравоохранении вообще и в кардиологической отрасли в частности существует множество проблем.

По словам академика Чазова, в последние годы смертность от ССЗ в России снижалась, только в 2009 году она снизилась на 17%. Разумеется, данный показатель является результатом работы, которая непрерывно ведется во всех регионах страны. Так, в рамках реализации федеральной программы по борьбе с артериальной гипертензией удалось выявить около 6 млн больных, находящихся на ранних стадиях этого заболевания, и снизить смертность от cerebrovascularных событий на 26%. «Это наши с вами успехи, – подчеркнул Е.И. Чазов. – Они говорят о том, что мероприятия, которые были предложены, активно работают».

К сожалению, не все тенденции современной отечественной кардиологии настолько позитивны:



## Кардиология ПФО: возможности и перспективы



*Р.Г. Оганов, академик РАМН, директор ГНИЦПМ Росмедтехнологий, президент Всероссийского научного общества кардиологов*

в некоторых регионах РФ в 2010 году отмечалось не снижение, а рост смертности от ССЗ. В частности, в Приволжском федеральном округе этот показатель вырос на 4,5%. По словам академика Чазова, для изменения этой ситуации и увеличения средней продолжительности жизни необходимо решить четыре задачи. Во-первых, следует увеличить эффективность работы первичного звена здравоохранения за счет использования в работе современных методов диагностики, первичной и вторичной профилактики и активной диспансеризации. Во-вторых, необходимо расширить область применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, а также увеличить количество сосудистых центров. Кроме того, повышение эффективности учреждений здравоохранения невозможно без решения ряда организационных вопросов оказания кардиологической помощи. И, наконец, не следует забывать о науке, о разработке и внедрении оригинальных методов диагностики и лечения.

По словам академика Чазова, анализ мер по оказанию кардио-

логической помощи в последние 3 года позволяет оценить значимость различных ее составляющих в снижении смертности от ССЗ. В решении этой непростой задачи нельзя разделять первичное звено здравоохранения, вторичную профилактику и работу, ведущуюся в сосудистых центрах. Добиться значимых результатов можно, лишь используя комплексный подход к лечению и профилактике ССЗ.

В качестве отдельной проблемы академик Чазов выделил организацию работы первичного звена: участковых терапевтов, врачей сельских больниц, фельдшеров, медиков, работающих в санчастях. С одной стороны, работа данных специалистов все время «на слуху» – она все время обсуждается на различных уровнях, постоянно принимаются меры различного характера. Тем не менее, результаты пока неутешительны, а ведь именно первичное звено играет важнейшую роль в повышении эффективности системы здравоохранения. В качестве примера Е.И. Чазов привел результаты выполнения федеральной и региональной программ по борьбе с артериальной гипертензией. Ни для кого не секрет, что успешная борьба с этим недугом – залог снижения смертности от инсультов и инфарктов миокарда. Еще в 1980-х годах было продемонстрировано, что многофакторная профилактика, проводимая в рамках обычной поликлиники в течение 5 лет, может снизить смертность больных с АГ на 50%. Но эффективность данной работы зависит именно от врачей первичного звена здравоохранения.

«Я бы даже сказал, что сотрудничество врача первичного звена и врача-кардиолога – залог снижения смертности от ССЗ. Кстати, в министерском приказе «О совершенствовании кардиологической помощи населению» четко указано, что организация и методическое руководство борьбой с ССЗ в рамках первичного звена здравоохранения возлагается на кардиологов поликлиник и кардиодиспансеров», – сказал Е.И. Чазов.

Затем академик описал основные проблемы организации диспансерного наблюдения и его эффективности. В частности, целевой уровень артериального давления в процессе лечения пациентов, проживающих в ПФО, не был достигнут в 43% случаев, что, по мнению Е.И. Чазова, свидетельствует о проблемах с диспансеризацией в регионе. Кроме того, на региональном уровне не используются многие современные методики диагностики и терапии ССЗ, что также негативно влияет на показатели смертности, то же относится и к применению в повседневной практике высокотехнологичных методик.

Завершая свое выступление, Е.И. Чазов призвал присутствующих проявлять активность в работе, принимать непосредственное участие в решении административных вопросов, которые помогут кардиологам в борьбе за здоровье и жизнь пациента.

### **Эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний: главное – профилактика**

В начале своего выступления академик РАМН, директор ГНИЦПМ Росмедтехнологий, президент Всероссийского научного общества кардиологов **Р.Г. Оганов** представил современные данные, отражающие связь между факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и эпидемиологическими показателями. На сегодняшний день во всех развитых странах мира ССЗ являются лидирующей причиной смертности населения. При этом в тех же странах можно наблюдать широкую распространенность ожирения, сахарного диабета и метаболического синдрома – заболеваний, являющихся факторами риска развития ССЗ. В то же время изменение образа жизни и снижение факторов риска может замедлить развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов.

## Кардиология ПФО: возможности и перспективы

Р.Г. Оганов подчеркнул, что в настоящее время, начиная с 2003 года, в Российской Федерации наблюдается тенденция снижения смертности от ССЗ. Однако насколько устойчивой она окажется, напрямую зависит от эффективности профилактических мероприятий, ведь распространенность ССЗ в основном зависит от особенности образа жизни и связанными с ней факторами риска. К последним Р.Г. Оганов отнес артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию и курение, которое является одной из причин роста смертности как от ССЗ, так и общей смертности. «Если мы с вами достигнем успеха в коррекции этих факторов риска, то мы повлияем не только на ССЗ, но и на многие другие неинфекционные заболевания», – отметил академик.

По словам Р.Г. Оганова, сегодня разработана достаточно эффективная прогностическая система, предсказанные и реальные риски практически идентичны. Однако эпидемиологические данные и обширная статистика ничего не говорит о том, сколько проживет конкретный пациент, даже если мы знаем, что при таком сочетании факторов риска умирают 50% больных. К счастью, современная кардиология обладает обширными диагностическими возможностями, что позволяет специалистам делать прогнозы на основании не только факторов риска, но и субклинических маркеров, к которым относятся изменение толщины комплекса интима-медиа, гипертрофия левого желудочка, наличие бляшек в сонных и периферических артериях, а также некоторые другие показатели.

Помимо диагностических методов, требующих наличия в клинике высокотехнологичного оборудования, существуют простые и надежные прогностические признаки, от использования которых не стоит отказываться. Так, известно, что избыточная масса тела, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет и

совокупность этих признаков – метаболический синдром негативно влияют на прогноз. При этом важнейшим прогностическим признаком, который к тому же очень легко определить, является наличие абдоминального ожирения, рассчитываемое в зависимости от окружности талии. Если этот показатель составляет 100 см у мужчин и 88 см у женщин – им следует задуматься об изменении рациона питания и всего образа жизни.

Не следует забывать и о таком факторе риска, как сахарный диабет. По словам Р.Г. Оганова, данное заболевание увеличивает риск развития ССЗ у мужчин в 2–3 раза, а у женщин – в 3–5 раз.

В то же время не следует забывать, что связь факторов риска с течением уже имеющихся ССЗ пока не вполне однозначна. Во всяком случае, меры по коррекции факторов риска у пациентов с ССЗ ожидаемого результата не дали. Более того, в ряде случаев они принесли вред, а не пользу. В качестве примера Р.Г. Оганов привел ситуацию с гормонозаместительной терапией у женщин зрелого возраста. С одной стороны, с наступлением менопаузы риск развития ССЗ резко возрастает. Однако анализ результатов исследования показывает, что гормонозаместительная терапия (ГЗТ) на 24% увеличивает риск развития цереброваскулярных заболеваний, на 32% повышает вероятность инсульта, а также негативно влияет на вероятность развития венозных событий. Приведенные цифры не означают, что от использования ГЗТ следует отказаться, они указывают на то, что ее нельзя назначать всем подряд.

Подводя итог выступления, академик Оганов отметил, что имеющиеся методы лечения, медикаментозные, эндоваскулярные и хирургические, не устраняют причину развития ССЗ. Чтобы действительно снизить заболеваемость ССЗ и смертность от них, следует оптимизировать работу первичного звена здравоохранения, усилить профилактическую активность,



*Е.В. Шляхто, член-корреспондент РАМН, директор Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова*

а также поощрять здоровый образ жизни и создавать соответствующие условия для тех, кто хочет его придерживаться.

### **Смертельный квартет метаболического синдрома: кому принадлежит первая скрипка?**

Метаболический синдром на сегодняшний день является общепризнанным фактором риска, к тому же он не только увеличивает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, но и ухудшает прогноз ССЗ. Следовательно, специалисты-кардиологи должны иметь представление об особенностях возникновения, развития и течения метаболического синдрома – патологии, которой был посвящен доклад директора Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Е.В. Шляхто.

По словам докладчика, история изучения метаболического синдрома началась не в 1988 году, когда данное заболевание было описано американским ученым Дж. Ривеном, а гораздо раньше. Еще в 20-х



## Кардиология ПФО: возможности и перспективы



годах XX века медики обнаружили связь между различными факторами риска, определяющими метаболический сердечно-сосудистый синдром. Позже, в 60-х годах, были проведены исследования, продемонстрировавшие, что у больных ИБС гораздо чаще наблюдаются также ожирение, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия. Более того, было установлено, что у больных с абдоминальным типом ожирения перечисленные патологии выявляются вне зависимости от степени самого ожирения.

Первое определение метаболического синдрома как смертельного квартета было предложено Н. Капланом в 1989 году и включало в себя ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, артериальную гипертензию и дислипидемию с высоким уровнем триглицеридов. Но какая из «скрипок» этого квартета может быть названа первой? За время поисков ответа на этот вопрос изменился список самих составляющих метаболического синдрома: к ним добавилось абдоминальное ожирение, которое вместе с гиперлипидемией определяет высокий риск развития сахарного диабета.

На первый взгляд может показаться, что данные патологии можно рассматривать и по отдельности, но практика показывает, что сочетание перечисленных факторов является хорошим предиктором осложнений. Поэтому лучше определить симптомокомплекс, в основе которого лежит единый этиологический механизм.

По мнению Е.В. Шляхто, грамотный подход к изучению метаболического синдрома поможет со временем выявить и другие факторы риска, что, в свою очередь, позволит своевременно выявлять пациентов с высоким риском развития ССЗ и сахарного диабета. Коррекция образа жизни, основанная на представлении об имеющихся факторах риска (а также о тех, определить которые медикам только предстоит), поможет уменьшить дозировки лекарственных средств и сократить количество принимаемых пациентами препаратов. Е.В. Шляхто также отметил: «Вся стратегия лечения метаболического синдрома направлена на уменьшение риска развития ИБС и сахарного диабета, кроме того, не следует забывать, что метаболический синдром – это междисциплинарная проблема, относящаяся не только к кардиологии, но и гастроэнтерологии».

Течение метаболического синдрома, являющегося сочетанием различных патологий, может существенно различаться у разных пациентов. Например, у одних больных будет наблюдаться изменение уровня триглицеридов, у других – нет, то же относится к АГ и другим факторам. Более того, не вполне ясно, какой из критериев может быть использован в качестве основного, ведь даже те значения окружности талии, которые можно принять за верхнюю границу нормы, существенно различаются в различных странах.

Особенно остро эта проблема стоит в России – в огромном многонациональном государстве очень сложно получить однозначные эпидемиологические данные, которые позволили бы медикам найти ответ на вопрос, сколько людей, страдающих метаболическим синдромом, проживает на территории РФ. Два года назад было начато масштабное исследование НИКА по изучению риска сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии. Уже полученные данные этого исследования позволяют говорить

о том, что в России распространенность метаболического синдрома составляет около 20%, причем у мужчин он встречается чаще. Структура заболеваемости в РФ несколько отличается от, например, американской. У молодых граждан РФ частота метаболических синдромов меньше, чем в Америке, а вот у россиян старше 40 лет метаболический синдром встречается чаще, чем у их ровесников из США.

По словам Е.В. Шляхто, несмотря на многообразие метаболического синдрома, на сегодняшний день уже можно выделить его основной фактор – абдоминальное ожирение. Данная гипотеза подтверждается и данными эндокринологических исследований, согласно которым абдоминальное ожирение тесно связано с инсулинрезистентностью, которая, в свою очередь, вызывает активацию симпатической нервной системы и приводит к развитию артериальной гипертензии. Можно говорить и о том, что храп и ночное апноэ также являются «тревожными звоночками», указывающими на повышение уровня кортизола и норадреналина, что приводит к увеличению сердечно-сосудистого риска. А значит, вполне вероятно, что через некоторое время «смертельный квартет» пополнится новым участником.

### Новые подходы к стратификации сердечно-сосудистого риска

Первый заместитель генерального директора РКНПК, профессор С.А. Бойцов начал свое выступление с характеристики двух существующих в настоящее время систем стратификации сердечно-сосудистого риска: фрамменгемской (применяющейся преимущественно в США) и европейской. В обеих системах используется примерно одинаковый набор факторов: курение, пол, возраст, показатели АД и уровень холестерина; во фрамменгемской системе учитывается также уровень липидов высокой плотности.

## Кардиология ПФО: возможности и перспективы

По словам профессора Бойцова, обе эти имеющиеся системы отличаются высоким уровнем предсказательности для категории пациентов с риском, оцениваемым как высокий или очень высокий. А вот с больными из группы низкого и промежуточного риска дело обстоит несколько сложнее: истинные величины сердечно-сосудистого риска недооцениваются на 38–40%.

На сегодняшний день уже известно, у каких категорий пациентов чаще всего недооценивается риск: это лица с избыточной массой тела, ведущие малоподвижный образ жизни, а также люди с неблагоприятным семейным анамнезом, пациенты, имеющие низкий уровень ЛПВП и высокий уровень триглицеридов, и, наконец, пациенты с клинически доказанным атеросклерозом.

Профессор Бойцов отметил, что в настоящее время очень активно ведутся работы по совершенствованию систем стратификации риска. Кардиологи пытаются определить такие параметры, включение которых в систему поможет сделать ее более простой, доступной и, самое главное, более эффективной. Уже известны требования к тем показателям, которые могут участвовать в системах стратификации: простота, достоверность и низкая стоимость измерения. Кроме того, новые параметры должны увеличивать риск при внесении в стратификационную систему, а не уменьшать ее. Сейчас список параметров, претендующих на место в системе, достаточно велик, но, по мнению С.А. Бойцова, их можно сократить до нескольких позиций. Три группы показателей активно изучаются уже сейчас: это наследственность, признаки органического поражения сосудов и биохимические маркеры воспаления как показатель нестабильности атеросклеротических бляшек. Последнее направление является особенно привлекательным, поскольку включение в систему стратификации малозатратного био-

химического исследования может резко повысить ее эффективность. Несколько сложнее дело обстоит с исследованиями, направленными на определение признаков органического поражения сосудов, например, утолщения комплекса интима-медиа.

Переоценка значимости различных факторов риска производится каждые 2–3 года. Относительно недавно американская ассоциация «Сердце» представила очередные рекомендации по использованию дополнительных критериев риска у асимптомных в отношении атеросклероза больных. Эти рекомендации были подготовлены с опорой на данные доказательной медицины, и первую позицию с уровнем доказательности 1В в них занял такой фактор, как семейный анамнез атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний.

Затем профессор Бойцов коротко рассказал об остальных факторах риска и описал ситуацию, в которой наличие риска, оцененного по стратификационной системе как «промежуточный», в сочетании с повышением уровня С-реактивного белка является основанием для назначения статинов.

Резюмируя свое выступление, С.А. Бойцов сказал: «Существующие системы стратификации риска имеют хорошую предсказательную способность для людей с высоким риском, но меньшую для людей с низким и умеренным риском. Существующие системы стратификации повышают свою предсказательную способность при дополнении либо гликемическими маркерами воспаления, либо прямыми морфологическими маркерами атеросклеротического поражения сосудов».

### **Самарская кардиология: прошлое, настоящее, будущее**

Также в ходе пленарного заседания выступили два представителя саратовской кардиологической школы. Первый из них, заслуженный врач России, профессор СамГМУ



*С.А. Бойцов, д.м.н., профессор, первый заместитель генерального директора РКНПК*

д.м.н. Г.П. Кузнецов зачитал доклад на тему «Самарская кардиология: прошлое, настоящее, будущее». Он познакомил собравшихся с историей развития кардиологии в Самарском регионе, начиная с того периода, когда кардиология еще не сформировалась как отдельная клиническая дисциплина, а существовала как составляющая факультетской терапии. Завершилось пленарное заседание выступлением почетного профессора СамГМУ д.м.н. В.П. Полякова. Его доклад был посвящен истории становления кардиохирургии в Самарском регионе, проблемам и сложностям, с которыми пришлось столкнуться саратовским кардиохирургам, прежде чем удалось достичь того уровня оказания хирургической помощи больным кардиологического профиля, о котором говорил министр здравоохранения и социального развития Самарской области В.П. Куличенко, приветствуя участников III съезда кардиологов ПФО в самом начале пленарного заседания.

*Материал подготовила  
А. Лозовская*