



Владимир Якусевич: «Внедрение наиболее современных методов диагностики и лечения в России, достаточно быстрое в столице, сильно запаздывает в регионы»



Сегодня проблеме лечения артериальной гипертензии, ИБС, сердечной недостаточности здравоохранение уделяет должное внимание. Современная медицина располагает колоссальным арсеналом лекарственных средств. Специализированные медицинские учреждения и кардиологические отделения в многопрофильных больницах оснащаются новейшим оборудованием. Но почему распространенность сердечно-сосудистой патологии по-прежнему остается высокой, и умеют ли врачи правильно лечить сердечные недуги – об этом и многом другом в интервью нашему изданию рассказал доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, председатель Ярославского отделения Общества по кардиосоматической реабилитации Владимир Валентинович Якусевич. Профессор отметил важность профилактики сердечно-сосудистой заболеваемости и комплексной реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией. «Первейшая задача – то, что создано в мировой и отечественной кардиологии, довести до уровня первичного звена здравоохранения. И конечно же, до населения, которому пока есть дело до чего угодно, только не до собственного здоровья», – резюмировал В.В. Якусевич.

– Владимир Валентинович, по какому принципу строится терапия у людей, перенесших инфаркт миокарда или ишемический инсульт?

– Оба заболевания во многом определяются предшествующим наличием у пациентов так называ-

емых факторов риска. Важнейшими из них являются атеросклероз соответствующих сосудов (сердца, мозга), повышенное артериальное давление, повышенная свертываемость крови и нарушения углеводного обмена (нарушение утилизации глюкозы, диабет). Кроме того,

такие социальные факторы, как курение, избыточный вес, малоподвижный образ жизни, также существенно влияют на риск развития этих заболеваний.

Отсюда вытекает стратегия лечения, которая предполагает после проведения экстренных меро-

Врач и общество

приятый в первые часы сердечно-сосудистой катастрофы назначение пациенту лекарственных препаратов, доказанно влияющих на отдаленный прогноз, как жизни, так и повторного острого события. Важно, что лекарственная терапия должна сочетаться с устранением бытовых факторов риска – сбалансированной диетой, дозированными физическими нагрузками и, безусловно, отказом от курения. Кстати, ни один из современных препаратов для лечения сердечно-сосудистой патологии не позволяет снизить риск ее развития и прогрессирования в большей степени, чем избавление от табака.

– Какой комплекс препаратов существует для подобной терапии?

– Назначаются препараты, нормализующие липидный обмен, обычно из группы статинов (симвастатин, аторвастатин и др.), лекарства, снижающие потребность миокарда в кислороде и доказано уменьшающие риск внезапной смерти у больных инфарктом миокарда – бета-адреноблокаторы (прежде всего метопролол), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (рамиприл, периндоприл и др.) – это многофункциональные препараты, влияющие на большой ряд патогенетических механизмов и дезагреганты, препятствующие образованию новых тромбов, – аспирин, клопидогрель и прасугрель. Следует отметить, что долгосрочное лечение пациентов, перенесших острый инфаркт либо инсульт, не идентично и определяется в каждом случае лечащим врачом в зависимости от формы, тяжести, течения, наличия осложнений болезни и, конечно, индивидуальными особенностями пациента. Если для пациента с инфарктом миокарда терапия бета-адреноблокаторами показана в большинстве случаев, то при нарушении мозгового кровообращения они применяются гораздо реже. В свою очередь аспирин и

клопидогрель назначаются практически всем пациентам с вышеуказанными формами сосудистых расстройств. Наконец, в арсенале врача имеется еще ряд лекарственных средств, назначаемых по индивидуальным показаниям.

– С чем обычно связаны риски повторных сердечно-сосудистых событий?

– Основным риском является то, что, к сожалению, у нас в стране нередки случаи, когда пациент не следует назначениям врача. Виной тому множество факторов. В первую очередь, у нас в принципе отсутствует культура отношения к собственному здоровью. Во-вторых, лечение сердечно-сосудистых заболеваний – это сравнительно долгий процесс, и пациенты не всегда отождествляют улучшение состояния с назначенной терапией. В результате – практически сразу после улучшения самочувствия пациент прерывает курс лечения, не понимая того, что этим только еще больше усугубляет свое состояние. Ну и в третьих, все мы понимаем, что сердечно-сосудистым событиям больше подвержены люди старшей возрастной группы, хотя специалисты признают, что в последние годы болезнь стремительно молодеет. Это люди предпенсионного и пенсионного возраста, зачастую – с ограниченными финансовыми возможностями. И, к сожалению, им часто бывает просто недоступен полный курс лечения.

– Есть ли выход из ситуации?

– Выход есть всегда. Сейчас государство делает многое для привития культуры здорового образа жизни, пропаганды бережного отношения к своему здоровью. Отрадно, что активно подключаются к этому вопросу СМИ и общественные организации. Есть надежда, что открывшиеся по всей стране Центры здоровья с одной стороны несколько снимут нагрузку с районных терапевтов, а также будут способствовать выявлению заболе-

ваний на ранних стадиях, когда еще возможно избежать возникновения сердечно-сосудистых событий путем коррекции образа жизни пациента. Если же говорить о терапии уже после сердечно-сосудистого события, то я считаю, что врач должен не только назначать правильное медикаментозное лечение, но и обращать внимание на социальный статус больного, чтобы стоимость препарата позволяла довести назначенный курс до конца.

Во всем мире стремятся максимально снизить затраты на лечение и сделать современные препараты доступными для большинства пациентов. Поэтому через определенный промежуток времени после появления любого нового лекарственного средства на фармацевтическом рынке появляются его копии – так называемые препараты-дженерики. И здесь важный момент: к сожалению, часто имея идентичную оригиналу химическую формулу, эти препараты могут отличаться по биодоступности и в той или иной степени по клиническому эффекту. Поэтому очень важно каждую копию сопоставить с инновационным препаратом в корректных научных исследованиях. И если врач действительно профессионально подходит к своей работе, он обязан в этом разбираться.

Например, жизненно необходимый после операций на сердце клопидогрель уже имеет в России 6 зарегистрированных копий, в частности, препарат Эгитромб. Он изучен в Канаде по своим фармакокинетическим параметрам, которые оказались схожими с параметрами оригинала. Прошел он и сравнительное клиническое испытание в России, которое подтвердило его одинаковое влияние с оригиналом на агрегацию тромбоцитов, то есть на блокаду первичного механизма свертываемости крови. При этом, он в 3–4 раза дешевле оригинального лекарственного средства, что расширяет возможность его применения. И подобные примеры можно привести по каждому препарату,



Врач и общество

назначаемому пациентам с кардио-васкулярной патологией. Однако я должен напомнить, что кардиотропные препараты может назначить только специалист, а самостоятельный прием даже безусловно показанного лекарства может привести к необратимым негативным последствиям.

– Какие меры профилактики следует принимать, чтобы минимизировать риск сердечно-сосудистых заболеваний?

– Следует различать первичную и вторичную профилактику ССЗ. Все вышеизложенное как раз и направлено на вторичное предотвращение грозных сердечно-сосудистых расстройств. Если же говорить о первичной профилактике, то, боюсь, не буду оригинален. Здоровый образ жизни, отказ от курения, умеренные физические нагрузки, соблюдение общеизвестных диетических (ограничение холестеринасодержащих продуктов, потребление большого количества овощей и фруктов, морской рыбы, морепродуктов, замена животных жиров растительными) и режимных мероприятий – за последнее столетие ничего лучшего не придумано. Несоблюдение этих условий нельзя заменить никакой «кремлевской таблеткой» и множеством пищевых биодобавок, которые широко рекламируются в СМИ как панацея от всех болезней.

– На что нужно обратить внимание, чтобы избежать дальнейшего развития заболевания?

– Если уже появились клинические признаки поражения сердечно-сосудистой системы (приступы сжимающих болей за грудиной, особенно связанных с физической нагрузкой, головная боль и/или головокружение, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца) необходимо немедленно обратиться к специалисту.

На доклинической стадии следует регулярно проходить профилактические осмотры. Важно также овладеть методами самоконтроля

состояния сердечно-сосудистой системы – следить за частотой пульса (в покое у здорового человека она обычно не превышает 70 уд/мин), важен самоконтроль артериального давления (его стойкий подъем выше 140/90 мм рт. ст. – уже повод для беспокойства), лицам после 40 лет следует периодически проверять уровни сахара и холестерина в крови. Особое внимание этим простым методам должны уделять люди, имеющие неблагоприятный семейный анамнез, то есть родственников, страдающих тяжелыми заболеваниями сердца и сосудов.

Еще раз подчеркну, что устранение бытовых и социальных факторов риска во многом влияет на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в любой популяции.

К сожалению, Россия по-прежнему числится в числе мировых лидеров по заболеваемости и смертности от кардиопатологии. Нельзя отрицать, что в последние годы были разработаны достаточно эффективные программы снижения этих показателей, однако их реализация на местах оставляет желать лучшего. Простой пример: в Ярославле с недавних пор функционируют два федеральных сердечно-сосудистых центра, которые должны аккумулировать всех больных с острой коронарной и цереброваскулярной патологией. Одновременно существовавшие до этого блоки интенсивной терапии кардиологических отделений других городских больниц перестали снабжаться средствами первой линии для лечения больных с острым инфарктом миокарда (тромболитиками). Более того, отныне кардиологическим отделениям города предписано не госпитализировать больных с острым коронарным синдромом, а немедленно переправлять их в сосудистые центры. То есть, если раньше житель Ярославля, у которого развился острый инфаркт миокарда, мог получить специализированную помощь в ближайшем кардиологическом отделении, то сегодня его везут через три больницы в четвер-

тую. При этом отметим, что только в одном из двух функционирующих в Ярославле центров больному могут провести срочное оперативное вмешательство. Во втором – объем консервативной терапии не отличается от того, который десятилетиями оказывался в блоках интенсивной терапии других больниц города. Доходит до смешного (когда бы не было так грустно). В специализированном кардиологическом отделении у пациента, поступившего в плановом порядке, развивается острый коронарный синдром. Дежурный врач, оказав помощь практически только в догоспитальном объеме (других возможностей у него просто нет), должен договориться с сосудистым центром о переводе, оформить направление, спустить больного в приемный покой, вызвать бригаду скорой помощи и, пожелав больному выздоровления, отправить его с глаз долой. Профессионалам понятно, что даже полчаса задержки с проведением реваскуляризационных процедур ухудшает прогноз у такого больного. В действительности на это уходит не один час. Еще смешней, когда через 3–4 часа больного переводят обратно, поскольку время для тромболитика упущено, а лечение больного, не нуждающегося в этой процедуре, в задачи сосудистых центров не входит. Наконец, появление сосудистых центров лишило жителей большинства районов области возможности получать помощь на месте. Так, житель г. Переславля Залесского (42 тыс. населения) при диагнозе «острый инсульт» должен госпитализироваться не в центральную районную или городскую больницу по месту жительства, а в областной сосудистый центр в 130 км от Переславля.

Не хочу быть превратно понятым и всячески приветствую появление новых центров оказания высокотехнологической помощи, но совершенно не понимаю, зачем при этом разрушать структуры, уже доказавшие свою эффективность.

– Как Вы оцениваете профессиональный уровень врачей-

Врач и общество

кардиологов, особенно в регионах?

– Профессиональный уровень врача любой специальности регулярно оценивают аттестационные комиссии. Говорить о некоем среднем уровне подготовки специалистов по России в целом аналогично вычислению средней температуры по больнице. Мое мнение, что в целом профессионализм кардиологов Ярославля достаточно высок, чему в немалой степени способствовал открытый доступ к новинкам медицины через Интернет, периодику и большое количество конференций. Другой вопрос, что сегодня отмечается существенный разрыв между понятиями «знаю» и «реально могу». О необеспеченности большинства врачей необходимым минимумом диагностических возможностей, а пациентов современными лекарственными средствами и немедикаментозной помощью написаны горы статей, и ситуация на мой взгляд не сильно изменилась за последние годы. Сегодня от доктора требуется прежде всего выполнение стандартов лечения. Такие стандарты имеются в большинстве стран и представляют собой необходимый минимум выполнения существующих клинических рекомендаций. У нас же стандарты, которые составляются

непонятно кем и как, не только не учитывают последние достижения науки, но часто противоречат экспертным заключениям о пользе и безопасности того или иного метода. Например, в стандарте по оказанию специализированной помощи больным с диагнозом хронической сердечной недостаточности в качестве противоаритмических препаратов фигурируют атенолол и пропафенон, а как антигипертензивное средство – верапамил. Достаточно ознакомиться с аннотациями на эти лекарства, чтобы убедиться, что пациентам с ХСН они противопоказаны. Таких примеров можно привести немало и не только в области кардиологии.

Хотелось бы ошибиться, но думаю, что пока кардиолог, доктор наук будет возглавлять в России министерство сельского хозяйства, а в Минздравсоцразвития ключевые решения будут принимать лица без медицинского образования, существенных прорывов в этой области ожидать не следует.

– Как участник Форума «Кардиология» предыдущих лет, могли бы Вы рассказать, что, на Ваш взгляд, дает кардиологам участие в мероприятиях такого рода?

– Я считаю это мероприятие одним из важнейших в системе

профессиональной подготовки кардиологов, наряду с ежегодным Национальным Конгрессом. На Форуме практический врач получает возможность слушать лекции ведущих специалистов – как российских, так и зарубежных. Он может самостоятельно сопоставить различные, иногда альтернативные точки зрения и выбрать наиболее убедительную и соответствующую его собственному клиническому опыту. Важно, что на Форуме освещаются самые последние новости основных европейских и американских конгрессов, определяются пути дальнейшего развития кардиологии. Другой вопрос, что внедрение наиболее современных методов диагностики и лечения в России, достаточно быстрое в столице, сильно запаздывает в регионах преимущественно по экономическим причинам. Поэтому как бы ни были убедительны доказательства эффективности алискирена, прасугреля, дабигатрана или бозентана в различных клинических ситуациях лечение ими пациентов в регионах откладывается на неопределенно долгий срок. Вместе с тем еще раз подчеркну, что Форум является важнейшим звеном в цепи непрерывного последипломного образования врачей. ☺

Материал подготовила В. Павлова

Справка

ЯКУСЕВИЧ ВЛАДИМИР ВАЛЕНТИНОВИЧ,

зав. циклом ФПДО кафедры клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации

Выпускник Ярославского медицинского института 1974 г. Врачебную деятельность начал в качестве врача станции скорой медицинской помощи Ярославля (1974–1977 гг.) В 1977–1980 гг. обучался в аспирантуре на кафедре факультетской терапии. С 1980 г. работает в Ярославском медицинском институте (академии), с 2003 г. возглавляет курс последипломного образования кафедр.

Автор более 250 научных работ по актуальным проблемам ревматологии, гемореологии, кардиологии и клинической фармакологии, подготовил 1 доктора и 12 кандидатов медицинских наук.

Является официальным лектором ВНОК, возглавляет Ярославское отделение Общества по кардиосоматической реабилитации.

В 1996 г. организовал один из первых в России Центров клинических исследований эффективности и безопасности лекарственных средств, который продолжает возглавлять в настоящее время.

Член правления Всероссийской научной ассоциации исследования артериальной гипертонии им. Г.Ф. Ланга и А.Л. Мясникова (в 2008–2009 гг. ее президент).