



ФГУ ГНИЦ  
ИМ Минздрав-  
соцразвития РФ,  
Москва

# Успехи и проблемы кардиореабилитации в России

Д.м.н., профессор Д.М. Аронов

*В СССР в начале 1980-х годов была внедрена государственная система поэтапной реабилитации и вторичной профилактики у больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Благодаря ее внедрению среднее количество койко-дней при ОИМ уменьшилось почти в 2,5 раза. Пребывание больных на строгом постельном режиме сократилось с 21 до 1–3 дней. Новые режимы двигательной активности при различных формах ОИМ давали больным возможность восстановить свою физическую работоспособность в значительно более короткие сроки, чем прежде.*

При новых режимах активизации в стационаре (госпитальный этап реабилитации) больные переводились прямо из больницы в отделения реабилитации местных кардиологических санаториев на срок 24 дня с предоставлением больничного листа. В хорошо организованных санаторных отделениях больные эффективно выполняли санаторный этап реабилитации и поступали далее под диспансерно-поликлиническое наблюдение. Все это позволяло большинству (81,8%) больных вскоре после санаторной реабилитации вернуться к трудовой деятельности [1].

К сожалению, в период бурных социально-экономических потрясений и развала СССР произошли значительные негативные изменения в нашем здравоохранении. При этом особенно сильно пострадала система реабилитации кардиальных больных. Поэтому считаем необходимым, остановиться на суще-

ствующим недостаткам и ошибках в системе кардиореабилитации и наметить некоторые пути их преодоления.

В настоящей статье рассматриваются важные направления борьбы с ишемической болезнью сердца (ИБС) – реабилитация и вторичная профилактика, предоставляющие большие возможности для существенного снижения смертности среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС).

Как известно, основу реабилитации составляют:

- программа физических тренировок (ФТ);
- образовательная программа «Школа для больных и их родственников»;
- коррекция психологических отклонений, развивающихся в результате болезни;
- рациональное трудоустройство больных;
- программа вторичной медика-

ментозной и немедикаментозной профилактики.

По данным последнего мета-анализа, проведенного R.S. Taylor и соавт., применение реабилитационных программ привело к достоверному снижению общей смертности на 20% и от сердечно-сосудистых причин – на 26% [2]. По данным этих же авторов, у больных, участвовавших в программах реабилитации, снижение содержания холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в крови достоверно было более значительным. У них отмечалось большее снижение уровня систолического артериального давления (АД) и более частый отказ от курения по сравнению с данными больных контрольной группы.

В настоящее время наличие эффективно действующей системы кардиореабилитации уже не является привилегией экономически развитых стран. Содержание, методы, структура кардиореабилитации значительно упростились. Она все больше «демократизируется», то есть становится более дешевой и доступной, позволяет включать в программы реабилитации все большее число больных, в том числе из тех, кому ранее реабилитация считалась абсолютно или частично противопоказанной. Эти тенденции были отражены в специальном докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1993 году «Реабилитация после кардиоваскулярных заболеваний в развивающихся странах» [3]. Документ адресован в первую очередь пра-



вительствам. Позволим себе перечислить отдельные положения, касающиеся и нашей страны. Комитет экспертов ВОЗ по реабилитации и вторичной профилактике (1993) полагает, что кардиореабилитация должна быть доступной *во всех странах и всем пациентам*. Работник системы управления здравоохранением и общей медицинской практикой должен быть осведомлен о необходимости и важности кардиореабилитации. Кардиореабилитация должна быть интегрирована в систему национального здравоохранения. Все больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны проходить обучение в Школах для больных и их родственников, а также программу ФТ.

Комитет экспертов ВОЗ рекомендует развивающимся странам три уровня организации кардиореабилитации: первый – на местном, общинном уровне; второй (более высокий) – на уровне межрайонной или городской больницы; и третий – наиболее высокий уровень, ассоциированный с крупными больницами или медицинскими центрами.

Комитет экспертов ВОЗ считает, что даже в странах с недостаточными материальными возможностями «реабилитационная помощь должна ... применяться широко в соответствии с культурной традицией и социальной нормой» [3].

Как известно, кардиореабилитация осуществляется последовательно. После острой сердечно-сосудистой катастрофы (ОИМ, нестабильная стенокардия, гипертонический криз, острая сердечная недостаточность) первый этап осуществляется в стационаре (стационарный этап). Как установлено нами с помощью анкетирования ряда больниц с кардиологическим отделением и блоком интенсивной терапии, на стационарном этапе в настоящее время реабилитационная помощь фактически сводится к соблюдению врачами режима быстрой активизации. Рекомендательная лечебная физкультура и врачебный контроль за расширением режима больных ОИМ не осуществляются. Продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем составляет 18–19 дней.

Фаза реконвалесценции (выздоровления) проходит в специализированном реабилитационном отделении санатория (санаторный этап). В настоящее время в трехступенчатом реабилитационном процессе реабилитация реально осуществима только в условиях отделения реабилитации в немногочисленных реабилитационных центрах, находящихся в ведении Фонда социального страхования, и отделений реабилитации в кардиологических санаториях ЗАО «Профкурорт». Общее число этих центров и отделений не превышает тридцати. Для сравнения приведем пример из США. В штатах Северная Каролина и Западная Виржиния в радиусе 30 миль (приблизительно 50 км) расположены 75 кардиологических центров реабилитации [4].

Только четвертая часть наших больных ИМ (только трудоспособного возраста и живущих преимущественно в крупных городах), имеющих показания на пребывание в отделениях реабилитации местных санаториев, получают бесплатную путевку на реабилитацию. При анализе эффективности санаторной реабилитации более чем у 12 000 больных, перенесших ИМ, установлено, что состояние больных, показатели деятельности ССС и физическая работоспособность существенно улучшаются [5].

После санатория начинается так называемая поддерживающая фаза реабилитации, практически – постоянная вторичная профилактика. Программа длительных ФТ играет наиболее важную роль среди основных аспектов медицинской реабилитации на всех ее этапах и в период начала вторичной профилактики, так как она буквально меняет судьбу кардиологических больных.

Накопленный разносторонний материал по изучению влияния ФТ на эндотелиальную функцию, атерогенез, кардиопульмонологическую систему в целом, эффективность тканевого дыхания и на другие органы и системы организма позволяет заключить, что ФТ того уровня и интенсивности, которые стали общепринятыми в кардиореабилитации, являются самостоятельным методом, позволяющим



Рис. 1. Общий вид системы кардиореабилитации

решать стратегические задачи лечения и профилактики ИБС, снижать общую и сердечно-сосудистую смертность, улучшать течение ИБС. Так, если комплексная система реабилитации снижала смертность на 26%, то на долю ФТ из этого числа приходилось 20%.

В последние годы значительно улучшились технологические условия организации и выполнения программ ФТ. В прошлом столетии тренировки у больных ИБС были подобны кустарному производству. В настоящее время широко применяются компьютеризованные системы тренировок, соединенные в единую сеть и позволяющие автономно регистрировать ЭКГ, частоту сердечных сокращений и, при необходимости, ряд других показателей. Применение подобных комплексов помогает превратить тренировки в высокотехнологичный процесс с несопоставимо более высокой производственной эффективностью (рис. 1). При этом надежность и оперативные возможности наблюдения за каждым больным неизмеримо возрастают. Такие реабилитационные программы очень широко используются центрами реабилитации во всех странах Западной Европы, Израиле, Японии, Австралии.

В силу недостатков нашего здравоохранения поддерживающая фаза кардиореабилитации и вторичная профилактика в условиях диспансера и поликлиники фактически заменяется нашим неэффективным так называемым диспансерно-поликлиническим наблюдением, где больному пре-

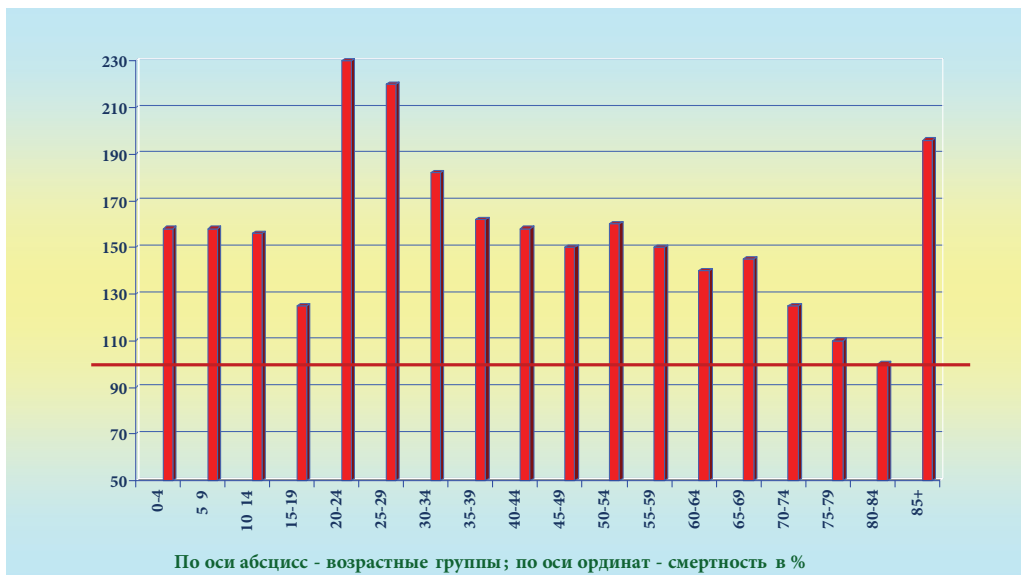


Рис. 2. Смертность в России от болезней системы кровообращения в зависимости от возраста в 1990 и 2000 гг. (уровень 1990 г. принят за 100%)

доставляется возможность находиться под наблюдением участкового врача и периодически консультироваться у кардиолога. Образовательная программа, играющая важнейшую роль в повышении мотивации больных к продолжительному и осознанному выполнению мероприятий по вторичной профилактике, соблюдение антиатеросклеротической диеты, систематические умеренно-интенсивные тренировки, отказ от вредных привычек (и в первую очередь от курения) практически не используется. Вся оказываемая помощь сводится к неадекватному медикаментозному лечению [6].

Будем откровенны – та терапия, которую получают наши больные, по объективным критериям может быть оценена как неэффективная. Об этом свидетельствует постепенно возрастающая год от года смертность, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста.

На рис. 2 видно, что в последнем десятилетии XX века интенсивность роста смертности была наивысшей у лиц 25–29 лет (прирост смертности на 130%), далее – у лиц в возрасте 30–34 лет (прирост на 82%) и после них – у пожилых людей старше 85 лет (прирост на 92%).

У лиц среднего возраста прирост смертности был в пределах 50–55%,

а у пожилых в возрасте 75–84 лет – в пределах всего лишь 10%.

Дело в том, что наши врачи фактически проводят лишь симптоматическую терапию, направленную на снятие приступов стенокардии, уменьшение одышки или отеков, снижение АД. Думать об отдаленном прогнозе заболевания, оценивать риск возможной смерти и тяжелых осложнений болезни, пытаться добиваться целевых уровней липидов крови, показателей воспаления, нормализации веса больных реально не приходится. Это беда, а не вина врачей. Их не учили стратегическому мышлению у постели больного, от них не требуют отчета о числе предотвращенных смертей или увеличении продолжительности жизни больных. Да и условий для выполнения этих функций не имеется.

Чтобы проиллюстрировать беду и неадекватность нашей лечебной практики у кардиальных больных, достаточно ознакомиться с потрясающими результатами обработки поисковых запросов по лекарствам в базе данных интернет-сайта RLSMET.RU (база данных Регистра лекарственных средств России). Обработано свыше 10 млн запросов.

Как показывает этот анализ, в 100 наиболее популярных средств

для лечения кардиологических больных вошли: Актовегин, Вобэнзим, Милдронат (1, 2, 4-е места соответственно) – препараты, имеющие второстепенное значение и не влияющие на плохой прогноз заболевания. На 8-м месте – экстракт артишока; на 14-м – деринат, показаниями к которому обозначены ОРЗ, ОРВИ, ринит, гайморит, фронтит, синусит, облитерирующие заболевания нижних конечностей, гангрена, ожоги, воспалительные заболевания слизистых различных органов, включая влажную. На 17-м месте – рибоксин, на 20, 21-м местах Дицинон и Солкосерил как ангиопротекторы, на 28 и 32-м местах – Компливит и Аевит (поливитамины) и т.д.

Из числа стратегически важных препаратов, доказавших свое достоверно положительное влияние на прогноз и течение ИБС, статины оказались: на 43-м месте – Вазилип, на 85-м – Зокор, других препаратов этой важнейшей в кардиологии лекарственной группы в первой сотне препаратов вообще нет.

Из препаратов-антиагрегантов в лидерах оказались: Трентал (7-е место!), аспирин (34-е место), Курantil (39-е место), Плавикс (63-е место).

Статины и аспирин – самые главные в кардиологии препараты – снижающие смертность в большей степени, чем другие средства, оказались позади Милдроната, Вобэнзима и бесполезных биодобавок к пище (артишок – 44-е место, Тыквеол – 46-е место!).

Следующие группы препаратов, рекомендуемые для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний – β-адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Им повезло чуть больше, чем статинам и аспирину, вероятно потому, что они используются для симптоматической терапии (снижение уровня АД, антиангинальный эффект). Престариум занимает 6-е место, Эгилок, Атенолол, Конкор – 12, 13 и 15-е места; Энап, Моноприл, Капотен, Эналаприл, Диротон, Ренитек занимают соответственно 16, 24, 25, 29, 31 и 48-е места – более или менее адекватные места.

А между тем именно стратегическая терапия с помощью **статинов, аспирина** и по показаниям – **β-блокаторов и ИАПФ** или **антагонистов к рецепторам ангиотензина II** дает реальную и надежную возможность добиться снижения смертности и улучшения течения ИБС.

Этот рейтинг, опубликованный популярным справочником «РЛС. Доктор, кардиология» (2007; №10: 51–54), отражает ситуацию в нашей медицинской практике лучше, чем самый дотошный аудит. Более того, он точно так же предсказывает печальный прогноз у многомиллионной армии больных, имеющих несчастье страдать болезнями сердца и сосудов и лечиться в условиях безнадежно отсталой медицины. На какой успех в снижении кардиальной сверхсмертности можно надеяться, если самые высокие «рейтинги» в списке кардиологи-

ческих лекарств приходится на малоэффективные, а то и просто сомнительные «антигипоксанты», «ангиопротекторы», или просто «биологически активные добавки к пище»!

Мало того, что высокочтимые в глазах нашего обывателя препараты (а может быть, и наших врачей? Ведь лекарства кто-то рекомендует и даже обязан выписывать!) просто бесполезны или их эффективность сомнительна, ведь за них нужно платить. А теперь для контраста представим некоторые факты из медицинской базы данных Великобритании.

В таблице 1 представлены результаты анализа эффективности одно-, двух-, трех- и четырехкомпонентной вторичной профилактики на примере популяции из базы данных Соединенного Королевства, включающей 7,5 млн больных с диагнозом ИБС. Используются результаты проспективного контроля в течение не менее 8 лет, начиная с 1996 года. Чтобы иметь возможность сравнить сопоставимые группы погибших от ИБС и продолжающих жить больных, были составлены группы одинаковых по клиническим характеристикам пациентов. Это позволило выделить группу из 2266 погибших больных и 9064 больных, подобранных по принципу случай (смерти) – контроль (сопоставимых больных, продолжающих жить). Эти две группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, наличию факторов риска, приему антагонистов кальция, конкретно-времени наблюдения.

В таблице в упрощенной форме представлены сведения о снижении риска общей смертности (т.е. от всех причин). Результаты даются в виде процента различий риска смертности под влиянием использованных методов лечения.

Как видно из таблицы, наиболее эффективными при монотерапии оказались статины (снижение риска смерти на 47%) и аспирин (-41%). Наиболее эффективными при назначении двух препаратов оказались пары: аспирин + β-блокатор (-62%) и статин + аспирин (-61%).

При комбинировании трех препаратов наибольший эффект наблюдался при сочетании статин + аспирин + β-блокатор (снижение риска смерти на 83%); статин + ИАПФ + аспирин (-71%).

Наименее удачная комбинация двух препаратов: статин в сочетании с ИАПФ; трех препаратов: статин + ИАПФ + β-блокатор (-33%). Сочетание четырех препаратов по эффективности несколько уступает (-75%) сочетанию статинов с аспирином и β-блокатором.

Из этого анализа видно, что наиболее благоприятные результаты связаны с приемом статинов и аспирина как при монотерапии, так и при комбинированном лечении. Эти данные из базы данных Соединенного Королевства не новы и еще раз подтверждают давно известное положение, что **аспирин является «золотым стандартом» в анти-тромботической терапии.**

Недавний крупный мета-анализ Antithrombotic Trialists Collaboration, включающий свыше 200 000 больных высокого риска, также показал, что прием малых доз аспирина (75–150 мг/день) достоверно снижает риск сердечно-сосудистой смертности (-15%;  $p < 0,0001$ ), нефатального ИМ (-34%;  $p < 0,0001$ ) и нефатального инсульта (-25%;  $p < 0,001$ ) [7]. У больных с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, ожирением, сахарным диабетом и другими серьезными факторами риска (4495 человек) за 3,6 года аспирин снизил риск развития кардиоваскулярной смерти на 44%, всех сердечно-сосудистых событий на 23% [8].

Другой высокоэффективной группой оказались статины. Они клинически эффективны как при первичной профилактике у людей с факторами риска, так и при вторичной профилактике, т.е. у больных с манифестированными заболеваниями атеросклеротического характера. Но в данной статье мы сосредоточены на вторичной профилактике.

В семи крупнейших исследованиях по вторичной профилактике, проведенных по правилам медицины, основанной на доказательствах, с общим числом включенных в исследование более 40 тысяч

**Таблица. Снижение риска общей смертности под влиянием различных лекарственных средств и их комбинаций, признанных положительно влияющими на прогноз ИБС**

Лекарства	Риск общей смертности	р
<b>Монотерапия</b>		
Статин	-47%	
ИАПФ	-20%	
Аспирин	-41%	
β-блокатор	-19%	НД
<b>2 препарата</b>		
Статин + аспирин	-61%	
Статин + ИАПФ	-31%	НД
Статин + β-блокатор	-54%	
ИАПФ + аспирин	-46%	
ИАПФ + β-блокатор	-36%	
Аспирин + β-блокатор	-62%	
<b>3 препарата</b>		
Статин + ИАПФ + аспирин	-71%	
Статин + ИАПФ + β-блокатор	-33%	НД
Статин + аспирин + β-блокатор	-83%	
ИАПФ + аспирин + β-блокатор	-66%	
Все 4 препарата	-75%	

Примечание: все значения снижения риска смертности достоверны за исключением обозначенных «НД» – недостоверно (BMJ, 2005).



больных с коронарной болезнью сердца (КБС), установлено, что под влиянием статинов произошло снижение риска смертности от КБС в пределах 24% – 42%, общей смертности (т.е. от всех причин) на 12% – 43%. Отмечалось также значительное уменьшение случаев фатального и нефатального ИМ и инсульта, потребности в оперативных вмешательствах на сосудах сердца. Статины обладают свойством достоверно и существенно снижать не только риск коронарных событий, включая смерть от них, но и общую смертность, поэтому **статины считаются средством номер 1 для эффективной вторичной профилактики.**

Чем объясняется такой впечатляющий успех статинов? Статины обладают гораздо более значимым влиянием, чем просто гиполипидемический эффект, т.е. имеют множество важных плеотропных (дополнительных) свойств. Плеотропные эффекты обусловлены разными, не совсем еще изученными механизмами, но главные из них определенно связаны с улучшением под влиянием статинов функций эндотелия, нарушенных при атеросклерозе.

Поскольку плеотропные эффекты проявляются в ближайшие дни и недели от начала болезни, они играют выдающуюся роль в стабилизации так называемых нестабильных атероматозных бляшек. При этом статины:

- уменьшают объем большого липидного ядра, состоящего из полужидких эфиров холестерина за счет их резорбции;
- подавляют воспалительный процесс, обязательно сопутствующий нестабильной атероме за счет снижения выделения активированными макрофагами цитокинов, медиаторов воспаления (тканевой фактор некроза), интерлейкина-1 и ИЛ-6,
- предохраняют фиброзную оболочку бляшки от разрушения металлопротеазами, продуцируемыми активированными макрофагами;
- подавляют склонность к тромбообразованию на локальном и системном уровнях;

- увеличивают сосудорасширяющий резерв артерий.

Тем самым статины способствуют стабилизации нестабильной атеромы в течение ближайших 6–14 недель, предотвращая драматические (острый ИМ, нестабильная стенокардия, инсульт) и трагические клинические исходы (внезапная смерть). Особая роль статинов в профилактике атеросклеротических заболеваний связана с тем, что:

- они снижают риск кардиальной и общей смертности в полтора-два раза сильнее, чем все другие группы препаратов;
- их эффект наступает значительно раньше, чем при применении других групп лекарств;
- они удобнее для осуществления мероприятий по профилактике (одно- или двукратный прием таблеток);
- наиболее безопасны и хорошо переносятся.

Одним из наиболее изученных статинов является симвастатин [9]. Его клиническая эффективность и полезность показана в многочисленных рандомизированных исследованиях. Наиболее крупные из них – Скандинавское исследование (4S) и Британское исследование «Защиты сердца» (HPS), выполненные у больных высоким и очень высоким сердечно-сосудистого риска, в первую очередь, больных ИБС [10, 11]. Кроме того, стали известны результаты 10-летнего применения симвастатина, приведшие к неожиданным, но благоприятным для симвастатина выводам [12]. Оказалось, что в группе плацебо за дополнительный период наблюдения (после исследования) произошло 97 смертей (4,9%), а в группе симвастатина – 74 (3,6%). За весь период наблюдения всего умерло в обеих группах, соответственно, 15,9% и 11,5% больных. Относительный риск смерти у больных, принимавших симвастатин, был низким и составил 0,7% (т.е. снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений составило 30%). При этом следует обратить внимание на то обстоятельство, что подавляющее большинство больных группы плацебо

в дополнительные годы наблюдения также получали статины.

Препарат симвастатина Симгал исследован в многочисленных клинических исследованиях. Так, исследование ПРИКАЗ (Повышение ПРИверженности К терапии статинами – важный аспект оптимизации гиполипидемической терапии), выполненное С.В. Недогодой с соавт., показало хорошую гиполипидемическую активность Симгала (20 мг) в снижении уровней общего ХС (-29%), его атерогенной фракции – ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП, -41%), ТГ (-17%) и повышении концентрации антиатерогенного ХС липопротеидов высокой плотности (на 19%) [13].

Другое годичное клиническое исследование Сигнал-Контроль, выполненное Ф.Т. Агеевым с соавт., предусматривало своей целью доказать возможность эффективного контроля в клинической практике уровней общего ХС и ХС ЛНП у больных ИБС с умеренной гиперлипидемией препаратом Симгал и определить преимущества более активной стратегии назначения статина перед «обычным» амбулаторным ведением таких больных, не исключая применения гиполипидемических препаратов [14]. Результаты исследования показали, что стратегия активной, с титрованием дозы контролируемой терапии с применением 20–40 мг/сут симвастатина (Симгал) превосходила по эффективности «обычное» ведение больных с ИБС и гиперлипидемией в условиях поликлиники. Активный подход к лечению позволил добиться более выраженного снижения содержания общего ХС и ХС ЛНП, большей частоты достижения целевого уровня ХС ЛНП (у 58% больных против 38% в группе «обычного» ведения). Также была обозначена тенденция к снижению вероятности смертельного исхода или развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений на фоне более «активного» назначения симвастатина по сравнению с «обычным» ведением больных ИБС. Сочетание активного врачебного контроля выполнения рекомендаций по лечению, предусматривающему применение про-



веренных, эффективных и безопасных статинов (например, Симгала), может стать стратегией выбора при амбулаторном ведении широкого круга больных с ИБС и гиперлипидемией. Исследование Сигнал-Контроль еще раз показало, что для существующей поликлинической практики в терапии больных с ИБС и ГЛП нет иной альтернативы, кроме повышения их приверженности к лечению статинами.

Монотерапия  $\beta$ -блокаторами оказалась менее эффективной в снижении общей смертности у больных ИБС в сравнении с аспирином и статинами. Все благоприятные результаты в крупных исследованиях по вторичной профилактике с применением  $\beta$ -блокаторов в большей степени были выявлены у больных ИМ. В данном исследовании (анализ базы данных Соединенного Королевства) подгруппа больных, перенесших ИМ, очень хорошо реагировала на комбинацию: статин + аспирин +  $\beta$ -блокатор – в этой подгруппе снижение риска смерти достигло 83% – это невиданный доселе результат!

Что следует добавить в завершение обзора этих принципиально важных данных? В статье указывается, что больные были включены в наблюдение в течение 8 лет, притом, что им выписывали регулярно соответствующие лекарства. Это очень важный момент. Мы уже обратили внимание на то, что двумя самыми эффективными средствами оказались статины и аспирин. Оба эти препарата стали широко назначаться в России где-то после 2000–2003 года.

По данным С.А. Шальной и соавт., статины в течение 3 лет принимают менее 6% больных (из числа тех, кому статин был назначен) [15]. Дозировка статинов в нашей стране недостаточна для достижения целевого уровня липидов крови. В этих условиях надеяться на отсроченный (3–5 лет) эффект препаратов этой группы не приходится. Аспирин же наши врачи в основном назначают больным после ИМ, точных сведений о продолжительности приема аспирина найти не удалось. Но все же в результате общения с постин-

фарктными больными складывается впечатление, что они принимают аспирин более или менее правильно и продолжительно. Теперь дело за тем, чтобы аспирин назначать всем больным ИБС.

В чем мы нуждаемся остро из того, чем не располагает наша медицинская практика в настоящее время? В первую очередь – в образовательных программах для больных. Больные – чуткие люди, они уже напуганы болезнью и с особым вниманием реагируют на возможность каких-то дополнительных (помимо их заболевания) опасностей и отрицательного влияния на здоровье. Получив в руки инструкцию к препарату и прочитав о возможных его побочных действиях, значительная часть больных в худшем случае не принимает предписанное лекарство, в лучшем – принимает в уменьшенной дозе и нерегулярно.

Это одна из множества причин низкого комплаенса со стороны больных и, следовательно, неэффективности нашего лечения. Есть и другие – мы не доводим до сведения больного назначение данного лекарства и механизм его действия, не объясняем как, через какое время и каким образом проявляется его действие. Больные остаются в полном неведении о свойствах препаратов стратегического действия и нередко разочаровываются, не ощутив каких-то эффектов от применения того или иного лекарства после «курса» в 2–3 месяца. А они должны были определенно знать, что конечная цель применения этих лекарств – предотвращение преждевременной смерти и коренное улучшение течения болезни, и что для этого требуется применение этих лекарств по крайней мере в течение 5 лет. При таких разночтениях комплаенс со стороны больных вряд ли значительно возрастет.

В задачи образовательных программ для больных, помимо указанных пунктов, входят и другие – обучение правильному образу жизни (с точки зрения требований медицины), мотивирование к отказу от вредных привычек и

пр. Исторически сложилось так, что до сего времени мы не дошли до понимания простых, но важных для эффективного лечения больных истин. А истина проста. России надо выживать. России необходимо решительно взяться за всеобъемлющую и тщательно организованную систему кардиореабилитации, программу первичной (среди здорового населения) и вторичной (среди уже болеющих заболеваниями сердца и сосудов) профилактики. Если первичная профилактика – в основном забота государства и каждого гражданина, то медицинская реабилитация и вторичная профилактика – дело государства и врачей вместе с больными.

Россия не отличается от стран Евросоюза или Северной Америки, где население так же испытывало всю тяжесть эпидемии заболеваний ССС. Но они прошли свой путь и победили.

Россияне никак не выберут правильное направление, не сосредоточиваются на главном – на создании комплексной национальной (т.е. государственной) программы (или программ) по атеросклерозу, ИБС, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности. Именно от этих причин зависит российская кардиологическая сверхсмертность.

Только общими согласованными усилиями основных государственных структур и средств массовой информации можно обеспечить успех этой (этих) программ. Роль медработников достаточно высока только в программах реабилитации и вторичной профилактики.

Для подготовки врачей к этим действиям их надо обучать по специальным программам. Только тогда врачи избавятся от госкливого ощущения своей неполноценности как специалистов, и врачебная должность вновь станет престижной. Надо сделать усилие, выбрать правильный путь и через 20–30 лет по заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний мы не будем отличаться от так называемых экономически развитых стран. ☺