

## КАРДИОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) населения в настоящее время очень актуальна. Если в XIX веке причиной эпидемий являлись инфекционные заболевания, то сейчас на первое место вышли неинфекционные.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире летальность от ишемической болезни сердца (ИБС) составляет 3–8,8%. Из 1000 мужчин 45-ти лет вероятность заболеть ИБС существует для 175, а в возрасте 60 лет этот показатель составляет уже 225. Обращаясь к народам и правительствам всех стран мира, исполнительный комитет ВОЗ выступил с серьезным предупреждением: «Ишемическая болезнь сердца достигла огромной распространенности, поражая все более молодых людей. В последующие годы это приведет человечество к величайшей эпидемии, если мы не будем в состоянии изменить эту тенденцию путем настойчивых исследований по выявлению причин возникновения и профилактики данного заболевания» (4).

К сожалению, Россия вышла на одно из первых мест в Европе по смертности от ССЗ. Этот показатель продолжает оставаться высоким, в то время как в других странах за последние 2–3 года произошло его резкое снижение (1).

Доля ССЗ в общей смертности в нашей стране составляет 53,5%, при этом 48,5% приходится на случаи, обусловленные ИБС, и 35,2% – на цереброваскулярные заболевания и прежде всего мозговой инсульт (МИ). Среди умерших людей трудоспособного возраста (20–64 года) 34% составляют мужчины и 39% – женщины.

Большую лепту в развитие этих патологических состояний вносит артериальная гипертония (АГ), так как, с одной стороны, является фактором риска разви-

тия ИБС и МИ, а с другой – заболеванием, усугубляющим течение ИБС. АГ среди трудоспособного населения в возрасте 40–49 лет имеется у 34%, в возрасте 50–59 лет – у 50% мужчин и 56% женщин. АГ является причиной около 35% атеросклеротических ССЗ, включая ИБС, МИ, сердечную недостаточность (СН), патологию периферических артерий.

Частота любых манифестных проявлений ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная смерть) значительно выше у лиц с АГ, более того, она пропорциональна степени ее тяжести. По неизвестным причинам АГ предрасполагает к бессимптомному течению инфаркта миокарда (ИМ). Подобный вариант ИБС наблюдается у 35% мужчин и 45% женщин (4). В структуре АГ 70% больных составляют лица с мягкой АГ (диастолическое артериальное давление менее 105) и именно среди таких больных наблюдается более 60% случаев МИ. У лиц с высоким АД они возникают в 7 раз чаще и в возрасте до 40 лет средняя продолжительность предстоящей жизни сокращается на 6 лет (3).

Установлено, что в России МИ возникают в 4 раза чаще, чем в США и странах Западной Европы (4). Информированы о наличии АГ 37% мужчин и 39% женщин. Мужчины лечатся в 26% случаев, женщины – в 45%, причем эффективно – где-то 6% мужчин и 17% женщин. Согласно данным мета-анализа, основанного на 5 рандомизированных исследований пациентов старше 60 лет с наблюдением более 5 лет, снижение систолического АД всего на 12–14 мм рт. ст. и диастолического АД на 5–6 мм рт. ст. достоверно снижало возникновение МИ на 34% (2).

В Татарстане по сравнению с другими регионами России проблема смертно-

сти от сердечно-сосудистых заболеваний стоит особенно остро и составляет 59%. То есть эти заболевания являются причиной более половины (!) смертей в нашей республике. Наиболее высока смертность от таких сердечно-сосудистых заболеваний, как ИБС и МИ. Если по распространенности инфаркт миокарда и инсульт соотносятся как 1:2, то в Татарстане данное соотношение – 1:3. И происходит это потому, что в РТ очень распространена гипертония (2).

К сожалению, наши стандарты лечения АГ и ИБС отстают от принятых международных подходов. Так, например, еще незакончившееся исследование VALIANT указывает, что только 0,6% российских пациентов, перенесших инфаркт миокарда, получают статины, в то время как в среднем по Европе этот показатель превышает 50%. Разумеется, можно все попытаться объяснить экономическими причинами, однако в Аргентине и Бразилии, несмотря на кризис, статины получают 26% таких больных. Очевидно, что в первую очередь проблема связана с инертностью менталитета нашего врача и, как следствие, с неосведомленностью пациента. Нам дали четко понять, что в основе высокой смертности от ССЗ лежит элементарное несоблюдение стандартов лечения (1).

Для перелома этой негативной ситуации, начиная с 2002 года, у нас начала реализовываться Федеральная программа по профилактике АГ. Ввод в практику стандартов рациональной диагностики и оптимальной терапии АГ позволит снизить смертность от ССЗ на 17–20%. Особое внимание в программе уделяется вопросам образования как врачей, так и пациентов, их родственников, населения в целом (1). Так, осуществление 20-летней программы в США привело к снижению смертности от МИ на 56%, а от ИБС – на 40%.

\* \* \*

Решением этих проблем и призвано заниматься кардиологическое отделение на 40 коек 9-й клинической больницы г. Казани. Оно было создано в октябре 1999 года по решению главного терапевта города Н.Ш.Латыповой путем репрофилирования и сокращения ранее существовавшего терапевтического отделения на 60 коек. Сделано это с учетом крайне неблагоприятной эпидемиологической обстановки по сердечно-сосудис-

той заболеваемости в нашей республике. Отделение является одним из звеньев в длинной цепочке кардиологической структуры города, позволяющих принять больных людей из прикрепленных поликлиник, провести им согласно медико-экономическим стандартам обследование и подобрать эффективное лечение, которое затем следует продолжать амбулаторно. При отсутствии такой возможности больные направляются в кардиологический диспансер, межрегиональный клинический диагностический центр, республиканскую клиническую больницу – аритмологическое отделение, центр сердечно-сосудистой хирургии 6-й клинической больницы.

В диагностике и лечении больных активное участие принимают сотрудники кафедры пропедевтики внутренних болезней Казанского государственного медицинского университета (КГМУ) имени С.В.Курашова, возглавляемой профессором В.Н.Ослоповым. В лечении того или иного заболевания мы придерживаемся правила, что лекарство не должно или как можно меньше должно влиять на нормальные параметры внутренней среды организма и не усугублять измененные.

В этом нам помогает «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА». Данное понятие пришло к нам с Запада и означает, что в лечении надо использовать тот медикамент, эффективность которого доказана в многоцентровых рандомизированных клинических исследованиях. Так, например, в лечении стенокардии напряжения после перенесенного инфаркта миокарда должен использоваться бета-блокатор метопролол, а не атенолол, хотя они относятся к одной группе селективных бета-блокаторов. Или: в лечении острого инфаркта миокарда с низкой фракцией выброса левого желудочка доказали свою эффективность лишь три ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) – лизиноприл, рамиприл и каптоприл, хотя группа иАПФ намного многочисленнее. И так во всем.

Уходит в прошлое такое понятие, как курсовое лечение уколами и «капельницами». С больными проводится разъяснительная беседа о том, что сердечно-сосудистые заболевания являются хроническими и требуют постоянного лечения эффективными таблетированными формами лекарств, тем самым снижая риск инфарктов, инсультов, почечной недостаточности, смерти, и что никакое ле-

чение в стационаре не защитит их от этих грозных осложнений. Стационар предназначен лишь для того, чтобы вывести из критического состояния, определить тип течения заболевания, подобрать эффективную терапию, разъяснить сущность болезни, ее осложнения и прогноз. Если не придерживаться предписаний врачей, то в последующем на амбулаторном этапе лечения болезнь выйдет из-под контроля, а это значит, вновь потребуются врачебная помощь, госпитализация, материальные затраты, причем значительно большие, чем те, которые были изначально использованы при поддерживающей терапии.

Но для того, чтобы идти в ногу со временем, нам необходимо совершенствовать материально-техническую базу. Для этого необходимо приобрести современный эхокардиограф, аппарат чреспищеводной электрокардиостимуляции, суточного мониторирования ЭКГ, АД, рационально и бережно использовать имеющееся оборудование. Идеальным вариантом нам представляется возможность приобретения необходимого оборудования в лизинг через коммерческие структуры, учитывая скудное бюджетное финансирование медицины государством и создание на базе нашей больницы специализированного центра по диагностике и лечению артериальной гипертонии или ишемической болезни сердца.

За прошедший 2002 год в диагностике и лечении пациентов нашей больницы наметились положительные сдвиги. Приобретались современные диагностические тесты на определение маркеров некроза при нестабильной стенокардии, такие, как тропонин - I, миоглобин. Для контроля за эффективной терапией прямыми и непрямими антикоагулянтами проводилось определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), позволяющего адекватно контролировать процесс тромбообразования в сердечно-сосудистой системе и эффективно воздействовать на него, подбирая терапевтическую дозу лекарства. Проведено два эффективных тромболитиса. В лечении используются такие современные препараты, как иАПФ (получают 95% больных с АГ и хронической сердечной недостаточностью), антагонисты рецепторов ангиотензина-2, низкомолекулярные гепарины (эноксапарин, нодропарин), кардиопротекторы (триметазидин), мононитраты

(моночинкве, оликард, эфокс, моносан), блокаторы кальциевых каналов (амлодипин), статины (симвастатин, аторвастатин).

По нашим данным, больные, перенесшие инфаркт миокарда, получали статины лишь в 10% случаев, что явно недостаточно, даже с учетом относительно хорошего финансирования в 2002 году, и в основном генерические формы – наиболее доступные по цене медикаменты, о широком использовании которых высказывался главный кардиолог МЗ РФ Ю.Н. Беленков в своей статье «Пути развития отечественной кардиологии: итоги, планы, надежды». Как уже было сказано, этого явно недостаточно по современным требованиям, а значит, нам есть над чем работать в дальнейшем.

Следует подчеркнуть, что информация о желательном использовании данной группы препаратов доводится до каждого нуждающегося пациента с обязательным использованием их амбулаторно, о чем делается запись в выписном эпикризе. Все это позволяет оказывать качественную и эффективную помощь нашим пациентам, приблизив ее к общепринятым мировым стандартам.

В заключение хочется выразить большую благодарность главному терапевту горздрава Н.Ш.Латыповой и доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой факультетской терапии КГМУ, главному кардиологу Министерства здравоохранения Республики Татарстан и Управления здравоохранения администрации г. Казани А.С. Галявичу за поддержку новых начинаний и организацию прекрасных образовательных программ с участием ведущих специалистов России.

## ЛИТЕРАТУРА

1. «Кардиология». №4 (5), 2002, с.2–3.
2. *Галявич А.С.* Отдельные артериальные гипертонзии. – Казань, 2002. – С.41, 93.
3. *Лутфуллин И.А.* Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение. – Казань, 1997. – С.3, 67, 79.
4. «Фармацевтический вестник Татарстана», № 33(75), 18.09.02. Интервью профессора А.С. Галявича.

**А.П.Есин,**  
*зав.кардиологическим отделением  
городской  
клинической больницы №9*  
**В.В.Куликов,**  
*главный врач больницы №9*