

М.И. Лутай, д.м.н., профессор, руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца; И.П. Голикова, к.м.н., научный сотрудник, ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, г. Киев

β-Адреноблокаторы в лечении ишемической болезни сердца: место бисопролола

Современную кардиологию невозможно представить без β-адреноблокаторов (ББ). Клинический опыт их успешного применения насчитывает более 40 лет, а эффективность доказана целым рядом клинических исследований.

При отсутствии противопоказаний ББ следует назначать всем больным ишемической болезнью сердца (ИБС) как эффективные антиангинальные средства, препараты, снижающие риск развития инфаркта миокарда (ИМ) при остром коронарном синдроме, а в случае развившегося инфаркта – уменьшающие зону некроза, риск фибрилляции желудочков и предупреждающие внезапную смерть (исследования VНАТ, САРІСОРN), а также уменьшающие частоту реинфарктов, сердечно-сосудистую смертность и улучшающие прогноз у больных ИБС (исследования МІАМІ, СОММІТ).

ББ также высокоэффективны при лечении сердечной недостаточности (СН). Согласно результатам метаанализа, проведенного Р.А. Heidenreich и соавт. (1997), применение этих препаратов позволяет снизить летальность и частоту госпитализаций по поводу сердечной недостаточности примерно на 38% (исследования МЕРІТ-НF, СОРЕРNІСUS, СІВІS-II). ББ являются препаратами первого выбора при артериальной гипертензии (АГ), уменьшая частоту развития инсультов на 42%, особенно при сочетании АГ с сахарным диабетом (исследование UKPDS). Они обладают высокой антиаритмической активностью при нарушениях сердечного ритма (наджелудочковой тахикардии, тахисистолической форме мерцания предсердий, суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии), синдроме «удлиненного QT». ББ эффективно используются при вегетативных кризах (панических атаках), тиреотоксикозе, гипертрофической кардиомиопатии, расслаивающей аневризме аорты, пролапсе митрального клапана, эссенциальном треморе, мигрени и др.

К основным положительным эффектам терапии ББ относятся: уменьшение частоты сердечных сокращений (ЧСС), антиаритмическое и антифибрилляторное действие, уменьшение электрической нестабильности миокарда, торможение процессов ремоделирования сердца, нормализация диастолической функции левого желудочка, уменьшение ишемии и гипоксии миокарда, восстановление чувствительности β-адренорецепторов, уменьшение гибели кардиомиоцитов (пути некроза и апоптоза), фиброза миокарда и деградации коллагенового матрикса.

Антиишемическая активность ББ связана со снижением ЧСС, сократимости миокарда и систолического артериального давления (АД). Уменьшая ЧСС, препараты этой группы способствуют удлинению диастолы и, соответственно, времени коронарной перфузии. Важным условием эффективности ББ является использование их в дозах, оказывающих выраженный эффект β₁-адреноблокады, критерием которой в последнее время принято считать достижение ЧСС 55-60 уд/мин в состоянии покоя у больных ИБС без проявлений СН. Эти препараты имеют антиоксидантные свойства, а также

улучшают метаболизм миокарда за счет ингибирования выброса свободных жирных кислот из жировой ткани, вызванного катехоламинами. У больных ИБС и пациентов с СН под действием ББ улучшается функция левого желудочка, уменьшается размер его полости и увеличивается фракция выброса.

Антиаритмический эффект ББ – результат их прямого электрофизиологического действия (снижение ЧСС и порога спонтанной деполяризации эктопических водителей ритма, удлинение рефрактерного периода AV-узла), а также уменьшения симпатического влияния и ишемии миокарда. Липофильные ББ, проникая через гематоэнцефалический барьер, непосредственно оказывают влияние на блуждающий нерв, что может играть важную роль в предотвращении возникновения фибрилляции желудочков сердца и внезапной смерти у больных группы высокого риска.

Гипотензивный эффект ББ обусловлен снижением сердечного выброса, ингибированием продукции ренина и ангиотензина II, ослаблением центральных адренергических влияний.

Другие полезные свойства ББ включают подавление апоптоза кардиомиоцитов, который активируется через β-адренергические пути; снижение агрегации тромбоцитов; предотвращение разрыва атеросклеротических бляшек. Важным эффектом препаратов этой группы является подавление прямых кардиотоксических эффектов катехоламинов. Кроме того, ББ улучшают барорефлекторную функцию.

Классификация ББ

В основе классификации ББ лежат несколько свойств этих препаратов: кардиоселективность, внутренняя симпатомиметическая активность (ВСА), мембраностабилизирующая активность (МСА), наличие вазодилатирующих свойств, продолжительность действия. ББ также отличаются по липо- и гидрофильности.

Из двух типов β-адренорецепторов (β₁ и β₂) в миокарде преобладает β₁-тип (соотношение 3:1). В естественных условиях этот подтип рецепторов стимулируется преимущественно норадреналином, основным симпатическим амином, образующимся в ответ на физическую активность. β₂-Адренорецепторы находятся в основном на гладких мышцах

сосудов, мочевого пузыря, матки, бронхов. В связи с этим применение неселективных ББ ассоциируется с ухудшением течения бронхиальной астмы и других заболеваний, сопровождающихся нарушением бронхиальной проходимости; артериальной вазоконстрикцией (увеличение общего периферического сосудистого сопротивления, коронар-спазм, уменьшение почечного кровотока, ухудшение кровообращения в конечностях, гипертензивная реакция на гиперкатехоламинемия, например при гипогликемии, феохромоцитоме); повышением тонуса нижнего сфинктера пищевода; нарушением липидного состава крови (повышение содержания триглицеридов и снижение уровней холестерина липопротеидов высокой плотности).

В последнее время особый интерес вызывают β₃-адренорецепторы, представленные в белой и бурой жировой ткани, а также в скелетных мышцах. Блокада этих рецепторов, как и блокада β₂-адренорецепторов, может способствовать развитию метаболических нарушений, в том числе и увеличению массы тела.

Кардиоселективность препаратов определяется их способностью блокировать преимущественно β₁-адренорецепторы. Поэтому применение селективных ББ позволяет избежать ряда побочных эффектов, связанных с блокадой β₂- и β₃-адренорецепторов.

Выраженность селективности для различных представителей класса ББ значительно варьирует и снижается для всех из них при увеличении дозы препарата. К селективным ББ относят атенолол, ацебутолол, бисопролол, бетаксоллол, метопролол. Основные фармакологические свойства наиболее часто используемых для лечения стенокардии ББ приведены в таблице 1.

Наличие селективности расширяет возможности использования ББ при сопутствующих заболеваниях и снижает риск появления ряда побочных эффектов. Так, селективные ББ с меньшей вероятностью могут вызывать бронхоспастические явления, поскольку β₂-адренорецепторы расположены в основном в легких (блокада этих рецепторов вызывает усиление тонуса бронхов); в меньшей степени по сравнению с неселективными увеличивать периферическое сосудистое сопротивление, поэтому их можно шире использовать у больных с нарушениями периферического кровообращения (например, с перемежающейся хромотой). В настоящее время получены данные,



М.И. Лутай

свидетельствующие о возможности использования ББ у пациентов с относительными противопоказаниями к их назначению, когда польза от их применения значительно превосходит возможный вред лекарственного воздействия (исследование ССР).

Важно учитывать, что кардиоселективность не является абсолютной: в больших дозах или при длительном применении селективные β₁-адреноблокаторы могут блокировать β₂-адренорецепторы.

Несмотря на практически равноценную антиангинальную эффективность различных ББ, в настоящее время более предпочтительными для лечения стенокардии являются кардиоселективные препараты. Это обусловлено, в первую очередь, меньшим количеством побочных реакций, большей безопасностью и лучшей переносимостью терапии, особенно у пациентов с сопутствующей патологией.

Применение ББ в клинической практике у больных ИБС

Благодаря выраженному антиангинальному действию ББ уже на протяжении более 50 лет широко используются для лечения больных ИБС. Препараты этой группы способны уменьшать количество приступов стенокардии и потребность в приеме нитроглицерина, улучшать переносимость физической нагрузки и снижать выраженность ишемии миокарда при ней. По данным литературы, антиангинальное действие ББ сопоставимо с таковым нитратов и антагонистов кальция; их применение более предпочтительное, так как это единственная группа антиишемических средств, улучшающая прогноз больных ИБС.

Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST

В многочисленных исследованиях была доказана эффективность ББ как в остром периоде ИМ, так и при вторичной профилактике осложнений ИБС. Главный итог применения этих препаратов – снижение смертности. Пероральные ББ при отсутствии противопоказаний рекомендуются всем больным, перенесшим ИМ. Внутривенное введение показано при повторных эпизодах ишемии, ишемических болях на фоне лечения наркотическими анальгетиками, для контроля АД, тахикардии и аритмии. ББ уменьшают размер ИМ, снижают частоту опасных аритмий, повышают порог фибрилляции желудочков и в целом снижают смертность, включая внезапную смерть. Кроме того, они уменьшают потребность миокарда в кислороде за счет снижения ЧСС и АД, подавляют прямое и не прямое кардиотоксическое действие катехоламинов, перераспределяют миокардиальный кровоток от эпикарда к более ишемизированному субэндокардиальным отделам, уменьшают риск повторной

Препарат	Кардиоселективность	ВСА	МСА	Средние дозы, режимы приема для лечения стенокардии
Пропранолол	-	-	++	20-80 мг 2 раза в день
Метопролол	++	-	-	50-200 мг 2 раза в день
Атенолол	++	-	-	50-200 мг 2 раза в день
Надоллол	-	-	-	40-80 мг 1 раз в день
Тимолол	-	-	-	10 мг 2 раза в день
Бетаксоллол	+++	-	-/+	10-20 мг 1 раз в день
Бисопролол	+++	-	-	10 мг 1 раз в день

Таблиця 2. Показатели фармакокинетики некоторых ББ

Препарат	Биодоступность, %	T _{max} , ч	T _{1/2} , ч	Абсорбция, %	Путь элиминации	Липофильность
Пропранолол	20-30	1-3	3-6	>90	Печень	+++
Метопролол	40-50	0,5-1,5	3-4	>90	Печень	++
Атенолол	40-60	2-4	6-9	50	Почки	-
Надолол	30-50	2-4	14-24	30	Почки	-
Тимолол	75	2-3	4-5	>90	Печень	++
Бетаксолон	80-90	2-4	14-22	>90	Печень/почки	++
Бисопролол	85-90	2-4	10-12	>90	Печень/почки	+++

ишемии. Считается, что ББ снижают частоту тяжелых осложнений тромболизиса.

Острый коронарный синдром без элевации сегмента ST

В этом случае лечение ББ следует начинать как можно быстрее с целью контроля ишемии и предотвращения инфаркта или его рецидива. После острой фазы все пациенты должны получать ББ для вторичной профилактики. Крупные рандомизированные исследования показывают, что риск ИМ у больных нестабильной стенокардией при лечении этими препаратами снижается на 13%.

Стабильная стенокардия

Все пациенты с ИБС должны получать ББ для предотвращения ИМ, контроля ишемии, повышения выживаемости. ББ являются препаратами выбора у больных стабильной стенокардией и АГ, у пациентов, перенесших ИМ или со сниженной функцией желудочков сердца. Эти препараты высокоэффективны для контроля ишемии, вызванной физической нагрузкой, улучшают толерантность к нагрузке, уменьшают частоту приступов стенокардии и безболевых эпизодов ишемии и позволяют контролировать ЧСС не только в покое, но и при физических нагрузках.

Ретроспективный анализ данных исследования ССР, включавшего около 200 тыс. пациентов, перенесших ИМ, показал, что ББ снижают смертность независимо от возраста, расы, бронхолегочных заболеваний, сахарного диабета, АД, фракции выброса, ЧСС, функции почек и способа лечения в стационаре, включая реваскуляризацию.

Несмотря на то что убедительных данных о преимуществах какого-либо конкретного ББ не получено, предпочтение отдается липофильным препаратам с большой продолжительностью действия, обеспечивающим надежную антиангинальную защиту в течение суток.

Огромное клиническое значение имеет способность ББ предотвращать аритмии, приводящие к внезапной смерти при таких состояниях, как острая и хроническая ишемия миокарда, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), кардиомиопатия. Наиболее эффективны в снижении риска внезапной смерти липофильные ББ. Метаанализ исследований по использованию этих препаратов в качестве вторичной профилактики после перенесенного ИМ подтвердил их способность улучшать прогноз жизни больных. Было показано, что, для того чтобы предотвратить смерть 1 больного, необходимо лечить ББ 42 больных в течение 2 лет. Это превосходит эффект терапии антиагрегантами (153 больных), статинами (94 пациента), непрямыми антикоагулянтами (63 больных) и уступает лишь эффекту проведения тромболизиса и назначения ацетилсалициловой кислоты в острой фазе ИМ (24 больных).

Таким образом, лечение ББ снижает смертность и риск сердечно-сосудистых

осложнений у пациентов с АГ, ИБС и ХСН. В рекомендациях Европейского общества кардиологов по лечению ИБС указано, что ББ показаны всем больным со стенокардией более чем легкой степени выраженности при отсутствии противопоказаний. Они особенно показаны больным, перенесшим инфаркт миокарда.

Одним из наиболее апробированных в клинической практике ББ является бисопролол – амфифильный препарат для перорального применения, способный растворяться как в липидах, так и в воде. Биодоступность бисопролола равна 90% и практически не зависит от приема пищи. Пик концентрации после приема 10 мг препарата наблюдается через 3 часа. Бисопролол характеризуется большим объемом распределения, на 30% связывается с плазменными белками, около 10% принятой дозы инактивируется во время первого прохождения через печень, 50% выводится почками в неизменном виде. Скорость почечной экскреции бисопролола зависит от клиренса креатинина, но увеличение периода полувыведения, требующее коррекции дозы препарата, наблюдается лишь при тяжелой почечной недостаточности. Метаболизм бисопролола в печени является окислительным и приводит к образованию трех неактивных метаболитов. Период полувыведения препарата равен 9-12 ч, а у пациентов с хронической почечной недостаточностью и циррозом печени – 13-18 ч. Зависимость фармакокинетики бисопролола от дозы носит линейный характер и обеспечивает постоянное и предсказуемое терапевтическое действие препарата.

Особенности метаболизма бисопролола определяют его клинические преимущества: возможность приема один раз в сутки, отсутствие необходимости коррекции дозы при патологии печени и почек, высокая безопасность лечения больных с сопутствующими заболеваниями, такими как хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, заболевания периферических артерий. Бисопролол не вызывает нарушений углеводного обмена, гипокалиемии, повышения уровня липопротеидов очень низкой плотности и триглицеридов плазмы. Сравнительная характеристика фармакокинетических свойств бисопролола представлена в таблице 2.

Таким образом, высокоселективный липофильный ББ бисопролол обладает оптимальными фармакологическими свойствами. Клиническая эффективность этого препарата в лечении больных со стабильной стенокардией подтверждена в исследовании TIBBS, у пациентов с СН – в исследовании CIBIS-II.

Исследование TIBBS проводилось с целью изучить влияние бисопролола на транзитную ишемию миокарда у больных ИБС со стабильной стенокардией и сопоставить его с результатами применения нифедипина. После 4 нед от начала лечения в группе бисопролола количество эпизодов ишемии миокарда снизилось более чем в 2 раза, общая продолжительность ишемии

миокарда под влиянием бисопролола сократилась более чем в 3 раза. ЧСС при эпизодах ишемии миокарда в группе бисопролола была на 13% меньше, чем до лечения. При оценке отдаленных результатов лечения частота комбинированной конечной точки (смерть, ИМ, госпитализация в связи с нестабильной стенокардией) в группе бисопролола составила 22,1% против 33,1 в группе нифедипина (p=0,03).

В исследовании CIBIS-II пациенты с фракцией выброса <35% принимали бисопролол/плацебо в течение 1,3 года на фоне стандартного лечения. Исследование было прекращено досрочно ввиду того, что смертность от всех причин была достоверно ниже в группе бисопролола по сравнению с группой плацебо (11,8 против 17,3%). Снижение общей смертности в группе бисопролола составило 34% (p<0,0001), а уменьшение риска внезапной смерти – 44%. Общая частота госпитализаций у пациентов, принимавших бисопролол, снизилась на 20% (p<0,006), а госпитализаций, связанных с декомпенсацией СН, – на 36% (p<0,0001). Анализ результатов в подгруппах показал, что бисопролол эффективно снижал смертность у больных как с ишемической этиологией ХСН, так и с другими некардиогенными (застойная кардиомиопатия, пороки сердца) заболеваниями.

На базе отделения атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины было проведено исследование антиангинальной эффективности бисопролола при лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения (препарат Бисопрофар производства компании TEVA, Израиль). В исследовании приняли участие 30 больных (24 мужчины и 6 женщин) ИБС со стабильной

стенокардией напряжения II-III ФК. Средний возраст пациентов составил 52,4±3,6 года. У 22 обследованных имела место мягкая/умеренная АГ в соответствии с критериями ВОЗ.

Всем больным перед назначением препарата, а также через 4; 24 и 30 дней после начала лечения проводили клинический осмотр, измерение АД, регистрацию ЭКГ, пробу с дозированной физической нагрузкой – велоэргометрию (ВЭМ). До и после 30-дневной терапии исследовали лабораторные показатели: результаты общеклинического анализа крови, биохимические показатели и липидограмму. Бисопролол назначали в дозе 10 мг/сут. С учетом индивидуальной реакции в первые 2 дня от начала терапии 5 пациентам пришлось корректировать дозу до 5 мг/сут. Оптимальной считали дозу препарата, которая обеспечивала в покое снижение ЧСС до 55-60 уд/мин и/или оказывала существенное влияние на клиническое состояние больных (уменьшение количества приступов стенокардии, снижение суточной потребности в нитроглицерине, нормализация АД). Все пациенты, помимо бисопролола, получали ацетилсалициловую кислоту 75-100 мг/сут, статины, а также нитроглицерин для купирования приступов стенокардии. Семерым больным с АГ бисопролол был назначен в дополнение к предшествовавшей терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

Несмотря на небольшую группу исследованных больных и непродолжительный срок наблюдения, необходимо отметить положительные клинические результаты терапии бисопрололом. Препарат оказывал выраженный антиангинальный эффект у 73% (22) пациентов. У трети участников (10 человек)

Продолжение на стр. 24.

БИСОПРОФАР

бисопролол

Действие с высокой точностью

ДОСТУПНО

Бисопрофар Бисопрофар Бисопролол фумарат 5 мг 30 таблеток

Бисопрофар Бисопрофар Бисопролол фумарат 10 мг 30 таблеток

Бисопрофар Бисопрофар Бисопролол фумарат 10 мг 30 таблеток

- **Высокоселективный β1-адреноблокатор для лечения АГ, стенокардии и тахикардии**
- **Доказанная биоэквивалентность оригинальному бисопрололу¹**
- **Наиболее доступный по цене бисопролол европейского производства²**

TEVA

1. Report of biopharmaceutic and bioequivalence. Protocol No: HP067. Omega Pharma ehf. Island, 1998.
2. Информационная система «Лекарственные средства». Мормон, август 2009

Представительство в Украине - ТЕВА ФАРМАЦЕВТИКАЛ ІНДУСТРІЗ ЛТД - 02021, м. Київ, пр-т Бажана, 12-А, 8 поверх
Тел.: (38044) 594-70-80, факс.: (38044) 594-70-81
www.teva.ua

М.И. Лутай, д.м.н., профессор, руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца; И.П. Голикова, к.м.н., научный сотрудник, ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, г. Киев

β-Адреноблокаторы в лечении ишемической болезни сердца: место бисопролола

Продолжение. Начало на стр. 22.

на фоне 4-недельной монотерапии бисопрололом полностью исчезли приступы стенокардии. Только 3 больных (10%) не отметили улучшения состояния. После окончания исследования им был рекомендован регулярный прием пролонгированных нитратов в дополнение к бисопрололу и ацетилсалициловой кислоте. Нормализация АД в ходе лечения отмечена у всех пациентов с АГ.

На фоне назначения бисопролола уже через 4 ч после приема первой дозы (время достижения максимальной концентрации в плазме крови при пероральном приеме) наблюдалось максимальное снижение ЧСС в покое до $67,2 \pm 2,5$ уд/мин (в среднем на 21% по

бисопролола мощность нагрузки и ее продолжительность увеличивалась более чем на 30% (табл. 3). Следует также отметить, что влияние препарата на показатели ВЭМ сохранялось через 24 ч после его приема, что обеспечивало возможность назначения бисопролола 1 раз в сутки в качестве не только антигипертензивного, но и антиангинального средства.

Прием препарата в течение 30 дней не оказывал влияния на основные лабораторные показатели: уровни глюкозы, холестерина, триглицеридов, креатинина, калия, натрия, количество лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина, СОЭ. В настоящем исследовании клинически значимые побочные

Показатели ВЭМ	До лечения	Через 4 ч после приема препарата	Через 24 ч после приема препарата	Через 30 дней после приема препарата
Пороговая мощность нагрузки, Вт	$65,3 \pm 5,6$	$85,7 \pm 6,3^*$	$80,1 \pm 5,2^*$	$87,1 \pm 4,7^*$
Время педалирования до появления приступа стенокардии и/или депрессии ST на ЭКГ, с	$425,0 \pm 51,1$	$580,0 \pm 49,6^*$	$537,0 \pm 56,5$	$593,0 \pm 45,3^*$
Исходная ЧСС, уд/мин	$78,3 \pm 3,6$	$65,3 \pm 4,1^*$	$67,7 \pm 4,2$	$64,2 \pm 3,3^*$
Пороговая ЧСС, уд/мин	$111,4 \pm 3,4$	$110,6 \pm 2,7$	$110,5 \pm 4,4$	$115,3 \pm 3,6$
Исходное САД, мм рт. ст.	$142,3 \pm 7,6$	$118,2 \pm 4,8^*$	$136,5 \pm 5,3^*$	$122,6 \pm 4,9^*$
Пороговое САД, мм рт. ст.	$173,5 \pm 4,8$	$156,5 \pm 5,1^*$	$170,6 \pm 5,5^*$	$163,3 \pm 4,6^*$

Примечания: САД – систолическое АД;
* различия показателей достоверны по сравнению с исходными ($p < 0,05$).

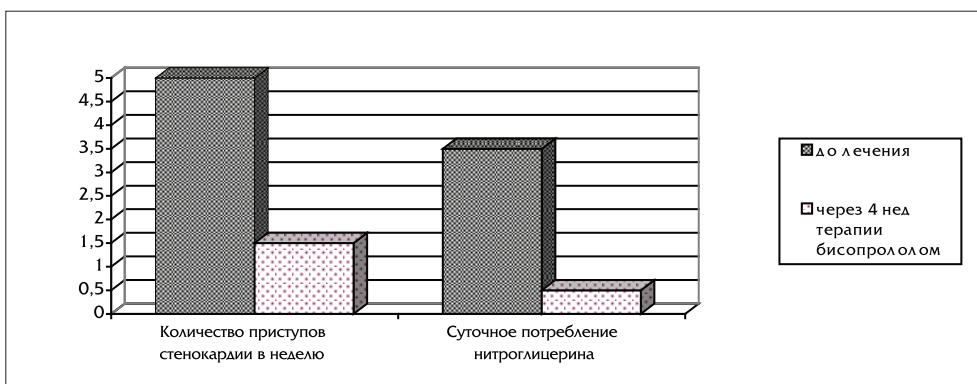


Рис. Количество приступов стенокардии в сутки и потребность в нитроглицерине на фоне терапии бисопрололом

сравнению с исходной), причем у пациентов с исходной тахикардией было отмечено более значительное замедление ЧСС по сравнению с пациентами с нормальным синусовым ритмом.

Препарат оказывал антиангинальное действие, что клинически проявлялось достоверным уменьшением частоты возникновения приступов стенокардии и суточной потребности в нитроглицерине (у 22 пациентов, 73% обследованных); количество приступов стенокардии уменьшилось до 1-2 в неделю по сравнению с 6-7 приступами до лечения; суточное потребление нитроглицерина уменьшилось с 3-4 до 0-1 таблеток (рис.).

Препарат достоверно повышал толерантность пациентов к физической нагрузке при проведении ВЭМ; при этом результаты, полученные в «остром» тесте – через 4 ч после однократного приема 10 мг препарата, – существенно не отличались от таковых после 30-дневной терапии. На фоне приема

эффекты не отмечены, однако у 5 пациентов после приема первой дозы 10 мг бисопролола наблюдалось выраженное снижение АД (с 140/85 до 100/65 мм рт. ст.) и ЧСС (с 76-80 до 48-52 уд/мин), что сопровождалось общей слабостью, головокружением. Этим пациентам в последующем доза бисопролола была снижена до 5 мг/сут с удовлетворительным клиническим эффектом.

В заключение хотелось бы отметить, что собственный клинический опыт применения препарата бисопролола Бисопрофар у больных со стабильной стенокардией напряжения свидетельствует о его высокой антиангинальной эффективности и хорошей переносимости. Влияние бисопролола на толерантность к физической нагрузке по результатам ВЭМ сохранялось через 24 ч после его приема, что делает возможным назначение препарата один раз в сутки в качестве как антигипертензивного, так и антиангинального средства.

Российский национальный пришло время для

6-8 октября в г. Москве в здании Российской академии медицинских наук (РАМН) состоялся Российский национальный конгресс кардиологов. На церемонии открытия мероприятия его участников и делегатов приветствовали известные российские ученые-кардиологи и зарубежные гости.



Академик РАН и РАМН, доктор медицинских наук, профессор Евгений Иванович Чазов, анализируя в своем выступлении путь становления и развития российской кардиологической службы, отметил большую роль организационных мероприятий в эффективном функционировании систем неотложной и плановой кардиологической помощи населению.

– В 70-80-е годы прошлого столетия в СССР организация системы здравоохранения предусматривала оказание медицинской помощи кардиологическим пациентам как на уровне специализированных бригад скорой помощи, так и на уровне участковых врачей. Уже в те годы в стране проводились исследования, направленные на изучение эффективности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), проводимой силами участковой поликлинической службы. Блестящие результаты исследований, показавшие высокую эффективность таких мероприятий в плане снижения смертности от ССЗ, стали основанием для создания новой организационной системы оказания кардиологической помощи населению.

Первые шаги по оказанию urgentной помощи кардиологическим пациентам, разработка и испытание метода тромболитической терапии, появление первого реанимобиля открывали перед российской кардиологией большие возможности и перспективы. Разрушение в 1990-х годах организационных основ оказания кардиологической помощи, первичной и вторичной профилактики ССЗ, остановка развития догоспитальной помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), невозможность использования в широких масштабах высокотехнологичных методов кардиологической помощи привели к резкому повышению уровня сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Политика государства в области здравоохранения, проводимая в последние годы и направленная на возрождение и совершенствование российской кардиологической службы, а также на укрепление системы здравоохранения в целом, уже принесла первые результаты: в 2009 г. впервые с момента распада СССР уровень рождаемости в России превысил уровень смертности. Это только начало пути, целью которого является снижение к 2020 г. уровня сердечно-сосудистой смертности населения России в 2 раза.

С целью совершенствования кардиологической помощи населению сегодня

в стране проводится ряд организационных мероприятий, направленных, в частности, на восстановление и организацию эффективной работы кардиологических диспансеров, которые должны выполнять роль главных организационно-методических центров на местах. Именно кардиодиспансеры будут отвечать за организацию специализированной медицинской помощи в регионах в целом, тогда как функции региональных сосудистых центров ограничатся внедрением в практику современных высокотехнологических методов лечения ОКС и инсультов.

Значительное внимание в настоящее время уделяется оказанию помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе. И в этом случае также показательным является низкий уровень проведения догоспитальной тромболитической терапии во многих российских городах вследствие недостаточно эффективной организации работы бригад скорой медицинской помощи даже при наличии выделенных из государственного бюджета средств. Именно неэффективная организация кардиологической помощи на догоспитальном этапе является сегодня одной из основных причин высокой смертности при ОКС.

Однако изменение отношения со стороны государства к проблемам кардиологической службы и лечебно-профилактической работе с привлечением специалистов всех уровней системы здравоохранения позволяют надеяться на получение новых, более ощутимых результатов в будущем.

Президент Всероссийского научного общества кардиологов, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Рафаэль Гегамович Оганов посвятил свое выступление возможностям практического здравоохранения в первичной профилактике ССЗ и формировании приверженности населения к здоровому образу жизни.

– На сегодня не вызывает сомнений наличие связи между уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости и образом жизни и модифицируемыми факторами риска (ФР), выделение которых у каждого пациента очень важно с практической точки зрения. При этом оптимальным вариантом для врача первичного звена здравоохранения является выбор ФР, общих для всех наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. Именно на этом принципе сегодня