

## Перспективы диагностики и лечения кардиоваскулярной патологии в Украине



**О существующих проблемах и возможных перспективах диагностики и лечения**

**кардиоваскулярной патологии нашему корреспонденту рассказал научный руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лутай.**

— Согласно данным ВОЗ, в 2009 г. основной причиной смерти в мире стали сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Насколько справедлива эта тенденция для Украины и какие заболевания в настоящее время преобладают в структуре кардиоваскулярной патологии среди жителей нашей страны?

— На сегодняшний день показатель сердечно-сосудистой заболеваемости в Украине является одним из самых высоких в Европе. Среди причин смертности населения примерно 60% приходится на сердечно-сосудистые заболевания, среди которых лидирует ишемическая болезнь сердца (ИБС), за ними следуют онкологическая патология, травмы и отравления. К сожалению, в нашей стране сохраняется и чрезмерно высокий уровень смертности вследствие цереброваскулярной патологии (преимущественно за счет инсультов): по сравнению со Швейцарией этот показатель в Украине более чем в 10 раз выше.

— С чем связан настолько высокий уровень заболеваемости и смертности от ССЗ?

— Большое значение имеет демографическая составляющая, поскольку старение человеческой популяции неизбежно приводит к увеличению показателей смертности от ССЗ. В настоящее время не подлежит сомнению тот факт, что роль медицинского воздействия на пациента зачастую менее значима, чем роль социальных факторов, обуславливающих развитие и исход болезни. Украина в социальном плане находится едва ли не на последнем месте среди европейских государств. Нашу систему здравоохранения сложно назвать оптимальной: в недостаточном объеме осуществляются мероприятия, направленные на первичную и вторичную профилактику ССЗ, прежде всего на предупреждение их коронарных и церебральных осложнений, — пропаганда здорового образа жизни, борьба с курением, гиперхолестеринемией, артериальной гипертензией, ожирением. Помимо этого, для Украины характерны такие недочеты в диагностике и лечении ССЗ, как недостаточное использование современных лабораторных и инструментальных методов диагностики, медленное внедрение в практику передовых технологий лечения, в первую очередь острых и неотложных состояний, включая методы тромболизиса, интервенционной и хирургической помощи кардиологическим больным, что в конечном итоге отражается на показателях смертности.

К большим искажениям статистических показателей заболеваемости и смертности приводят неточности в диагностике и формулировании посмертных диагнозов. Это существенно препятствует разработке и принятию общенациональных мер по борьбе с различными заболеваниями. В областных и районных медицинских учреждениях выявлены существенные расхождения диагнозов в историях болезни с данными вскрытий и посмертных заключений. В частности, в качестве причины смерти лиц пожилого возраста врачи чаще всего указывают ИБС, хотя нередко смерть вызвана другой патологией, в том числе нераспознанной. В ряде стран уже давно введено понятие физиологической смерти (смерти от старения организма), в Украине же в случае смерти пожилого человека от неизвестных причин ему, как правило, устанавливается диагноз ИБС.

— Как отражается на прогнозе для жизни больного ИБС наличие сопутствующей артериальной гипертензии (АГ)?

— АГ признана одним из ведущих факторов риска развития атеросклероза, в частности коронарного, являющегося основой ИБС. Согласно данным исследования INTERHEART, в котором приняли участие 15 152 пациента с инфарктом миокарда (ИМ), основные факторы риска формирования первого ИМ представлены курением, дислипидемией, сахарным диабетом, АГ, абдоминальным ожирением и стрессом. Факторами, снижающими кардиоваскулярный риск, служат потребление фруктов и овощей, регулярные физические упражнения. Сегодня можно с уверенностью говорить о том, что АГ способствует увеличению частоты фатальных осложнений в группе больных, страдающих ИБС, и наоборот: постоянный эффективный контроль АД улучшает качество жизни и уменьшает инвалидизацию и смертность пациентов с коронарной патологией.

— На чем основывается диагностика ИБС и какие из методов обследования позволяют наиболее достоверно подтвердить этот диагноз?

— Для диагностики ИБС зачастую достаточно лишь детального сбора анамнеза и внимательного анализа жалоб пациента. ЭКГ, зарегистрированная в состоянии покоя у человека, не перенесшего ИМ, является малоинформативной для диагностики ИБС. В случае уже перенесенного ИМ на ЭКГ покоя могут выявляться соответствующие изменения (нарушения фазы реполяризации, зубец Q). Сравнительно простой и дешевый метод диагностики, который дает возможность объективизировать диагноз ИБС, основан на проведении нагрузочных проб, позволяющих спровоцировать приступ ишемии миокарда и получить соответствующее ей электрокардиографическое подтверждение. Более того, квалифицированная оценка результатов стресс-теста может дать и прогностическую информацию. Так, к параметрам нагрузочного теста, которые ассоциированы с плохим прогнозом ИБС, относятся следующие:

- небольшая продолжительность нагрузки — невозможность выполнить II ступень по протоколу Bruce (<6,5 MET);
- низкая пороговая ЧСС — <120 уд/мин;
- время появления, амплитуда и продолжительность депрессии сегмента ST:

— начало при ЧСС <120 уд/мин или нагрузке <6,5 MET — амплитуда >2 мм;

- депрессия сегмента ST в нескольких отведениях;
- снижение систолического АД более чем на 10 мм рт. ст. или отсутствие прироста в ответ на нагрузку (<130 мм рт. ст. при пороговой нагрузке);

- резкая слабость.

Не стоит переоценивать данные холтеровского мониторинга ЭКГ, поскольку вероятность получить ложноположительный результат, особенно при обследовании женщин, в этом случае выше, нежели при проведении нагрузочных проб.

Общепринятым стандартом диагностики и обследования пациентов с ИБС служит коронароангиография, позволяющая определить наличие у больного гемодинамически значимого стеноза в одной или нескольких артериях. Помимо этого, данный метод позволяет провести стратификацию групп риска для пациентов с ИБС, необходимую для выбора рациональной лечебной тактики. С аналогичной целью могут применяться нагрузочные тесты и стресс-эхокардиография (ЭхоКГ) с добутамином, заключающаяся в том, что при проведении эхокардиографии пациенту вводится добутамин (препарат, повышающий потребность миокарда в кислороде), чем провоцируется приступ ишемии миокарда. Участки миокарда с недостаточной перфузией (ишемия, гипертония, оглушение) регистрируются на ЭхоКГ в виде зон асинергии (патологических сокращений стенки левого желудочка), что является одним из показаний для проведения больному ИБС реваскуляризации коронарных артерий.

— Для лечения хронической ИБС применяются как консервативные, так и хирургические методы. Какой из них является предпочтительным для большинства пациентов?

— Для группы высокого риска (пациенты со стенокардией и поражением ствола левой коронарной артерии; с наличием трехсосудистого поражения и доказанной обширной ишемией миокарда и/или дисфункцией левого желудочка; поражением 2-3 артерий, включая серьезный стеноз в проксимальном отделе передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии; множественным поражением и сахарным диабетом) оптимальной лечебной тактикой является выполнение реваскуляризации миокарда. Методом выбора ранее являлась операция аортокоронарного шунтирования, так как проведение этого вмешательства улучшает прогноз заболевания. В настоящее время таким пациентам успешно проводят значительно менее травматичное стентирование коронарных артерий (СКА). Этот метод устраняет симптомы стенокардии, существенно улучшает качество жизни, однако убедительных данных в отношении положительного влияния на выживаемость больных пока нет.

Необходимо подчеркнуть, что существует группа больных, для которых проведение СКА является более целесообразным, чем терапевтическое лечение. К ней относятся пациенты с так называемым жизнеспособным миокардом. Это миокард, который по данным специальных исследований (стресс-эхокардиографии с добутамином, сцинтиграфии миокарда, магнитно-резонансной томографии) пребывает в условиях хронической коронарной гипоперфузии (гипертония, оглушение). Такой миокард плохо сокращается, но все еще является жизнеспособным, поэтому после восстановления кровообращения в этих областях его функционирование частично или полностью восстанавливается. Выживаемость в когорте таких больных по сравнению с пациентами, которым назначалась лишь медикаментозная терапия ИБС, значительно выше.

Интервенционная (стентирование) или хирургическая коррекция ИБС должна также проводиться в случаях, когда терапевтические методы воздействия оказались неэффективными. В то же время, если у пациента диагностируется выраженная ишемия миокарда при низком уровне физической нагрузки, а при проведении коронароангиографии обнаруживается поражение 2-3 коронарных артерий, особенно в сочетании со снижением фракции выброса левого желудочка, необходимо максимально быстро

провести реваскуляризацию миокарда, не теряя времени на проведение медикаментозного лечения. Следует также подчеркнуть, что реваскуляризация миокарда не устраняет основную причину заболевания — коронарный атеросклероз, поэтому пациенты после этого вмешательства обязательно должны принимать медикаментозное лечение, направленное на снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

— Как осуществляется современная медикаментозная терапия ИБС и какие основные препараты используются с этой целью?

Для медикаментозной терапии ИБС применяются лекарственные средства, влияющие на прогноз течения заболевания, и препараты, оказывающие симптоматическое действие (антиангинальные средства). Кардиоваскулярные проблемы у больных ИБС связаны с атеротромбозом (тромб формируется над поверхностью атеросклеротической бляшки вследствие ее разрыва, изъязвления или локальной дисфункции эндотелия), который приводит к дебюту острого коронарного синдрома, проявляющегося нестабильной стенокардией, внезапной коронарной смертью или ИМ. Для предотвращения этих осложнений проводится стабилизация атеросклеротической бляшки путем назначения статинов для снижения уровня холестерина (ХС) до целевых его значений: общий ХС <4,5 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) <2,5 ммоль/л (нормальный общепопуляционный уровень общего ХС <5,0 ммоль/л, ХС ЛПНП <3,0 ммоль/л). Для предупреждения тромбообразования используется ацетилсалициловая кислота в дозе 75-150 мг/сут и/или клопидогрель в дозе 75 мг/сут.

Кроме того, в улучшении прогноза жизни пациентов доказана клиническая эффективность препаратов группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (рамиприла, периндоприла), β-адреноблокаторов (снижают ЧСС в покое и при нагрузке). В настоящее время доказано, что ЧСС в покое является независимым предиктором развития кардиоваскулярных осложнений и увеличения смертности в группе больных ИБС. В этой связи перспективным является новый препарат ивабрадин, оказывающий селективное действие на клетку синусового узла и снижающий ЧСС. Наряду с антиангинальным действием препарат уменьшает количество последующих коронарных событий у больных ИБС.

Кроме указанных ранее β-блокаторов и селективных блокаторов f-каналов (ивабрадин), антиангинальное действие оказывают также антагонисты кальция, нитраты и агонисты калиевых каналов (никорандил). Определенное значение может иметь и назначение метаболической терапии (триметазидин). К сожалению, назначение антиангинальных препаратов может полностью избавить от симптомов стенокардии только 1 из 5 больных ИБС.

Перечень лекарственных средств, применяемых в настоящее время для лечения ИБС, довольно широк, но, к сожалению, эффективность терапии часто оказывается недостаточной. Это обусловлено, в частности, назначением неадекватных доз препаратов (например, при приеме статинов не достигается целевой уровень ХС ЛПНП), в результате чего снижается эффективность лечения. Вторым важным фактором, уменьшающим эффективность терапии, является плохая приверженность пациентов к назначаемому лечению. Это объясняется исключительно субъективными факторами (пациенты, принимающие препараты, которые оказывают влияние на прогноз заболевания, но не на его симптомы, по прошествии некоторого времени самостоятельно отменяют их прием), недостаточно полной информацией о необходимости постоянного лечения, полученной от врача, и дороговизной некоторых препаратов.

— Насколько эффективна и как должна проводиться первичная профилактика ИБС?

— Первичная профилактика предусматривает, прежде всего, ведение здорового образа жизни, отказ от курения, борьбу с гиподинамией, правильное питание. В нашей стране необходимо на государственном уровне запретить рекламу курения, алкогольных напитков, некачественной высококалорийной пищи в СМИ; ввести маркировку продуктов питания по содержанию в них холестерина, насыщенных и ненасыщенных жиров, углеводов, витаминов, как это сделано в большинстве цивилизованных стран мира; создавать условия для занятий физической культурой и спортом начиная с раннего детского возраста; вырабатывать у населения правильное отношение к потреблению алкоголя. В 2008 г. на конгрессе ESC были представлены интересные данные мета-анализа 13 исследований (общее количество участников — 209 418), согласно которым относительный риск ССЗ снижается при употреблении не более чем 150 мл натурального вина в день. Считается, что положительные эффекты красного вина, а также черного шоколада и зеленого чая связаны с влиянием флавоноидов, обладающих антиоксидантными и сосудорасширяющими свойствами, улучшающих гемостаз и метаболизм липидов. Важнейшее значение в предупреждении сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего цереброваскулярных, имеет своевременное выявление и эффективное лечение больных АГ. Необходимо улучшить экологическую ситуацию в стране, пропагандировать активный отдых; все это требует деятельного участия государственных структур — самостоятельно медики эти проблемы не решат.

Подготовил **Антон Пройдак**