

# Современные достижения и перспективы лечения сердечной недостаточности

**19-20** апреля в г. Киеве на базе Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины состоялась II Научно-практическая конференция Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности (УАССН).

Мероприятие проходило при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук Украины и Ассоциации кардиологов Украины.

В работе конференции приняли участие авторитетные украинские ученые — В.Н. Коваленко, Г.В. Дзяк, О.В. Коркушко, Е.Н. Амосова, А.Н. Пархоменко, Н.Г. Горюченко, Б.М. Тодуров. Большая подготовительная работа по организации форума была проведена президентом УАССН, Л.Г. Воронковым.

С приветственной речью к участникам мероприятия обратился президент Ассоциации кардиологов Украины, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор В.Н. Коваленко, который охарактеризовал современные научные достижения и тенденции в области диагностики и лечения сердечной недостаточности (СН).

— Проблема СН не изолирована от других задач кардиологии, поэтому данная конференция в первую очередь посвящена вопросам коморбидности различных патологических состояний и СН. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), артериальная гипертензия (АГ), заболевания почек и органов дыхания очень часто протекают на фоне СН или являются основными причинами ее возникновения. Как правило, при углубленном обследовании пациента обнаруживается целый комплекс взаимосвязанных проблем, и поиск оптимальных решений диагностики и лечения становится главной задачей врача. К сожалению, во многих случаях при сочетанных патологических состояниях имеет место недостаточность доказательных данных, отсутствуют четкие рекомендации по ведению больных. Проблема коморбидности обсуждается во всем мире, и в этом направлении развитие кардиологии в Украине идет в соответствии с основными мировыми тенденциями. Нарботки ведущих специалистов и данные международных исследований помогут выбрать оптимальный подход в реальной практике.

Вопросы генетики при СН в настоящее время имеют особое значение, на базе ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины запланировано развитие нескольких направлений, связанных с изучением генетических изменений у кардиологических пациентов.

Актуальной и востребованной является ранняя диагностика СН. Проведенные эпидемиологические исследования и статистические данные показывают, что в Украине врачи очень мало внимания уделяют вопросам диагностики и лечения СН на доклинических стадиях, когда процесс может быть остановлен еще на этапе обратимых изменений, не требующих сложных лечебных мероприятий.

Таким образом, данная конференция является неотъемлемой частью комплексной научно-образовательной программы в области кардиологии, и участие в ней специалистов из регионов и центральных ведущих научно-исследовательских центров еще раз подчеркивает важность обсуждаемых проблем.

Продолжил тему новых направлений в диагностике и лечении СН академик НАМН Украины, ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Г.В. Дзяк.

— Заболеваемость хронической СН (ХСН) в структуре болезней сердца в экономически развитых странах составляет 6-8% и возрастает стремительными темпами. В США за последние 30 лет уровень смертности вследствие ХСН увеличился в 4 раза. В России количество выявленных пациентов с ХСН составляет 8 млн, в течение года указанная патология становится причиной 613 тыс. летальных исходов; таким образом, смертность среди больных ХСН в 10 раз выше, чем в популяции в целом (Ю.Н. Беленков и соавт., 2010).

Еще в начале XX ст. Н.Д. Стражеско рассматривал недостаточность кровообращения не только как результат расстройства функции сердечно-сосудистой системы, но и как страдание всего организма, в основе которого лежат нарушения обмена веществ в протоплазме. На протяжении столетия понятие патогенеза СН усложнялось. Первоначально развитие СН основывалось на кардиоренальной модели, затем была предложена гемодинамическая, а в настоящее время принята нейрогуморальная концепция. ХСН рассматривают как комплексный полиэтиологический клинический синдром, обусловленный первичным снижением насосной функции сердца, приводящий к сложным компенсаторным патологическим реакциям гемодинамических, нейрогуморальных систем и метаболическим нарушениям, что клинически проявляется одышкой, учащенным сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и признаками накопления жидкости в организме.

Однако нейрогормональная модель недостаточна для объяснения патогенеза СН. Эффекты антагонистов нейрогормонов либо их рецепторов непродолжительны, многие нейрогормоны и цитокины продуцируются самими кардиомиоцитами или другими клеточными компонентами миокарда. В последнее десятилетие была продемонстрирована сложность множества путей и механизмов, связанных с нарушением сократительной функции миокарда при ХСН. Порочный круг развития СН на сегодня может выглядеть следующим образом: стресс (кардиальный, окислительный, ишемия, инфаркт) приводит к активации нейрогуморального каскада с нарушением функции эндотелия и уменьшением синтеза оксида азота; вследствие этих изменений происходит гипертрофия миоцитов, развиваются некроз и апоптоз клеток, фиброз и деградация коллагена, что на макроуровне проявляется ремоделированием и изменением геометрии стенок желудочков сердца, в результате чего включаются генетические механизмы (перепрограммирование экспрессии генов клетки, активация фетальных генов клетки, экспрессия генов с неизвестной функцией). В дальнейшем происходят мобилизация кальция и уменьшение секреции мРНК, снижение синтеза АТФ и повышение энергетических затрат, что в конечном итоге приводит к снижению функции миокарда.

В связи со сменой парадигм в патогенезе происходят существенные изменения в методах диагностики и лечения СН. В настоящее время идет изучение лабораторных биомаркеров ХСН, которые делят на следующие подтипы: нейрогормональной активации, повреждения миокарда, окислительного стресса, ремоделирования матрикса и воспаления. Наибольшее внимание обращено к аполину, N-терминальному пептидному фрагменту (NT-проBNP) и галектину-3.

Определение уровня NT-проBNP уже сегодня используется для диагностики ХСН на ранних стадиях или в urgentных случаях, когда по клинической картине невозможно выявить данное заболевание. Галектин-3 является регулятором ремоделирования сердца, фиброза и развития СН. Результаты исследования PRIDE (2006) показали, что прогноз выживаемости, связанный с определением уровня этого маркера, оказался более информативным в сравнении с определением уровня NT-проBNP и аполина. И это только начало пути, так как не изучены ценность галектина-3 как маркера эффективности лечения и возможность его влияния на процессы фиброза и ремоделирования сердца.

Кардинальные изменения претерпела концепция лечения больных. Ранее выбор препаратов осуществлялся на основе улучшения работы сердца и уменьшения симптомов декомпенсации в пользу сердечных гликозидов, инотропов, диуретиков и периферических вазодилаторов. Однако данные препараты, немедленно улучшая симптоматику у пациентов с ХСН, ухудшали или, в лучшем случае, не влияли на прогноз этих больных. Результаты крупных многоцентровых клинических исследований и ретроспективных анализов убедительно продемонстрировали улучшение прогноза у больных ХСН при переходе с гемодинамически активной на нейрогормональную терапию; при этом максимальная эффективность достигается при применении комбинации двух нейрогормональных модуляторов — ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и β-адреноблокаторов. У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом целесообразно присоединение малых доз антагонистов альдостерона. Стратегии ведения пациентов с ХСН продолжают развиваться, и накопление новых доказательных данных позволит в будущем еще больше повысить эффективность лечения данной категории больных. Кроме перечисленного, нуждаются в изучении подходы к ведению пациентов с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ), диастолической дисфункцией ЛЖ и с конечной стадией ХСН.

Президент УАССН, научный руководитель отдела сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Л.Г. Воронков посвятил свой доклад первому национальному срезовому исследованию UNIVERS.

— Во многих странах мира ХСН характеризуется высоким уровнем смертности, госпитализации и снижением качества жизни пациентов. Это справедливо и для Украины, которая наряду с Россией лидирует среди европейских стран по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Получение достоверной медицинской информации относительно указанной популяции пациентов (клинико-демографическая характеристика и уровень применения врачами современных рекомендованных при ХСН диагностических и лечебных подходов) представляется важным, поскольку дает возможность сосредоточить внимание клиницистов и медицинских руководителей на тех недостатках, преодоление которых должно способствовать повышению стандартов ведения таких больных, а следовательно, и качества жизни. Общепринятым подходом в данном случае является получение клинического среза соответствующей, репрезентативной



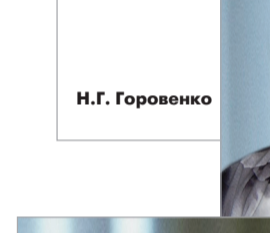
В.Н. Коваленко



Г.В. Дзяк



Л.Г. Воронков



Н.Г. Горюченко



О.И. Жаринов

по своей численности когорты пациентов. Учитывая отсутствие до настоящего времени подобной информации относительно украинской популяции больных ХСН, по инициативе и силами УАССН было спланировано и выполнено соответствующее проспективное обсервационное исследование — первый отечественный срез UNIVERS.

В исследовании приняли участие 140 врачей поликлинического звена из 35 городов, расположенных в 17 областях Украины. Каждому врачу было предложено обследовать подряд (невыборочно) 20 пациентов с ХСН, которые явились к нему на амбулаторный прием и, кроме регламентированной медицинской документации, заполнить специальную карту данных.

Исследование репрезентативной когорты амбулаторных пациентов в Украине продемонстрировало, что в сравнении с данными соответствующих европейских срезовых исследований средний возраст украинских больных был существенно ниже; отмечается большая доля случаев СН III-IV класса по NYHA, большая распространенность АГ и ИБС; преобладают лица с сохраненной фракцией выброса ЛЖ и значительно худшим контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС). Полученные данные необходимо учитывать при формировании отечественной стратегии помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и разработки соответствующих профилактических и лечебных мероприятий.



О.В. Коркушко



А.А. Багрий



В.К. Ташук

В рамках конференции прошло секционное заседание «Генетика и фармакогенетика в кардиологии», на котором прозвучало много интересных докладов.

Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой медицинской генетики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Н.Г. Горovenko остановилась на молекулярно-генетической диагностике сердечно-сосудистой патологии в Украине.

Внедрение методов молекулярной кардиологии привело к формированию концепции о существенной роли генетических факторов в развитии структурных изменений в сердечно-сосудистой системе. Для клинической практики значительный интерес представляют не столько типы наследования того или иного признака, сколько соотносительная роль наследственных факторов и влияния среды в генезе их развития. На современном этапе достаточно хорошо изучены особенности взаимного влияния конституциональных факторов и факторов среды на уровень артериального давления (АД). Конкордантность уровня АД у монозиготных близнецов составляет 60%, у дизиготных – 36%. Уровень АД не менее чем на 20-40% контролируется генетическими факторами, хотя комплексные биометрические подсчеты свидетельствуют о значимом вкладе различных генов. При изучении семейного анамнеза пациента необходимо учитывать, что риск развития АД у детей при наличии ее у одного из родителей составляет 27%; если АД имеют оба родителя, данный показатель возрастает до 50%. В проведенных в Украине исследованиях с участием 742 пациентов с АД показано, что у 32,2% из них были родственники первой степени родства с АД (Н.Г. Горovenko и соавт., 2008). Для семейных случаев характерны дебют заболевания в более раннем возрасте, быстрое прогрессирование с поражением органов-мишеней, раннее развитие гипертрофии ЛЖ. В отечественных исследованиях (В.Г. Майданник и соавт., 2007), в которых изучали АД у подростков, было показано, что дети с генотипом нарушений АПФ в отличие от контрольной группы с другими генотипами имели более ранний средний возраст развития АД и более чем в 2 раза повышенные уровни альдостерона. У детей, чьи матери имели отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям и факторы риска последних, обнаруживались маркеры, которые указывали на снижение способности к вазодилатации. В ряде исследований также была обнаружена связь между нарушением эндотелийзависимой вазодилатации и сниженной массой тела при рождении.

В связи с этим актуальным становится вопрос о выделении групп риска в отношении сердечно-сосудистой патологии, обусловленной наследственными факторами. Однако в случае многофакторных заболеваний всегда необходимо помнить о том, что взаимоотношения фенотип-генотип носят вероятностный характер, а не являются строго детерминированными, то есть точность ДНК-диагностики в отличие от таковой моногенных болезней не приблизится к 100%. Даже при небольших значениях коэффициента соотношения рисков для единичных генов-кандидатов их суммарный эффект может оказаться клинически вполне значимым и его оценку должен проводить только специалист, имеющий необходимые знания и квалификацию.

Таким образом, для ранней профилактики сердечно-сосудистых заболеваний важным является проведение генетического тестирования; при этом заключение должно основываться на семейном анамнезе, генетическом тестировании, клинической характеристике и может проводиться в раннем возрасте. В случае раннего отнесения в группу риска должны обеспечиваться формирование адаптивной среды, проведение более агрессивных профилактических мер, при необходимости – подбор медикаментозного лечения.

Профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук О.И. Жаринов уделит внимание результатам исследования Realise-AF и особенностям ведения больных с сочетанием СН и фибрилляции предсердий (ФП).

Realise-AF – международное наблюдательное срезное (одномоментное) исследование с участием более 10 тыс. пациентов с различными формами ФП, спланированное для получения современной достоверной информации о характеристиках пациентов, уровне сердечно-сосудистого риска, анамнезе, симптомах ФП, ее влиянии на качество жизни больных, а также о реальном состоянии ведения больных с ФП в глобальной популяции в различных регионах мира. Этот проект был призван преодолеть ряд ограничений, присущих контролируемым клиническим исследованиям, чтобы получить информацию, репрезентативную по особенностям ведения всего спектра пациентов с ФП. Исследование Realise-AF осуществлялось с соблюдением принципов надежной клинической практики и стало крупнейшим по объему в истории изучения ФП. Активное участие в исследовании практических врачей в Украине и привлечение 700 больных позволяют охарактеризовать реальную ситуацию и проблемы ведения пациентов с ФП в украинской популяции.

Первичными точками исследования были оценка частоты достижения контроля ФП (в этом исследовании – синусового ритма или ЧСС в покое  $\leq 80$ ) и описание профиля сердечно-сосудистого риска. Вторичные задачи заключались в описании характеристик и ведения пациентов с ФП, соответствия клинической практики существующим рекомендациям, действующим на момент включения больных. Кроме того, предполагалось оценить частоту и выраженность симптомов по классификации Европейской ассоциации сердечного ритма, влияние факторов риска и сопутствующих болезней на ведение больных, количество сердечно-сосудистых событий и вмешательств, которые приводили к госпитализации в течение последних 12 мес, изменения антиаритмической терапии после проведенного обследования и, наконец, ассоциированное с состоянием здоровья качество жизни.

Первичными итогами исследования Realise-AF в Украине стали высокий уровень сердечно-сосудистого риска и данные о неудовлетворительном контроле ФП более чем у 40% пациентов в повседневной клинической практике. Особенностью украинской популяции было значительное количество сердечно-сосудистых событий, которые приводили к госпитализации в течение года до момента обследования. Вместе с тем

количество сердечно-сосудистых вмешательств было недостаточным и значительно меньшим по сравнению с таковым в глобальной популяции. У 85,7% пациентов украинские врачи диагностировали СН (I ФК NYHA – у 6,2%; II – у 44,3%; III – у 32,0%; IV – у 3,2%), в сравнении с глобальной популяцией (45,8%) отмечалась гипердиагностика данной патологии. В Украине, как и в глобальной популяции, основной причиной возникновения СН была ИБС, на втором месте – АГ. Наиболее часто СН диагностировали у пациентов с перманентной (55,6%) и персистирующей (44,3%) ФП.

Таким образом, среди пациентов с ФП отмечается высокая распространенность СН. У пациентов с СН значительно чаще возникает неконтролируемая ФП. Перманентная ФП является наиболее злокачественной формой.

ФП в контексте симптомов, качества жизни, сердечно-сосудистого риска, госпитализаций, вмешательств и экономических потерь определяет потребность в совершенствовании лечения этой наиболее распространенной тахикардии с использованием достижений доказательной медицины.

Доклад академика НАМН Украины, члена-корреспондента НАН Украины, руководителя отдела клинической физиологии и патологии внутренних органов Института геронтологии НАМН Украины (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора О.В. Коркушко был посвящен особенностям лечения пациентов с ХСН в гериатрической практике.

– Сегодня проблема АГ очень актуальна во всем мире. Например, в США зарегистрировано около 4,8 млн пациентов с СН, что в общей популяции составляет 1,5-2%, при этом 6-10% из них – это люди в возрасте 65 лет и старше. Более 11 млн амбулаторных посещений и 3,5 млн случаев госпитализации в стационар связаны с усугублением СН. Затраты на лечение пациентов с СН в 2 раза превышают количество средств, выделяемых на лечение всех форм рака. Несмотря на проводимое лечение, прогноз у пациентов с СН остается неутешительным, так как более 50% больных умирают в течение 5 лет от момента выявления этого заболевания.

Как и в более молодом возрасте, основными причинами развития СН у пожилых пациентов являются ИБС и АГ. Однако существует целый ряд заболеваний и синдромов, которые протекают с клиническими симптомами и признаками застойной ХСН, главным образом у лиц пожилого и старческого возраста. К таким заболеваниям относятся, например, хроническая почечная недостаточность, тахисистолическая форма мерцательной аритмии, хроническая анемия умеренной или тяжелой степени и гипертензия (в том числе недиагностированная).

Изучение нарушений сердечного ритма при ИБС в возрастном аспекте имеет свои особенности, обусловленные тем, что возрастные изменения модифицируют субстрат, который подвергается воздействию патологического процесса. В настоящее время доказано, что с возрастом у здоровых людей обнаруживается тенденция к снижению максимальной ЧСС. Изменения в миокарде, происходящие при старении (апоптоз и некроз кардиомиоцитов с замещением их соединительной тканью, компенсаторное увеличение размеров жизнеспособных кардиомиоцитов с нарушением фрагментации ядер и репликации клеток, уменьшение активности миофибриллярной АТФазы и синтеза белков при увеличении скорости аккумуляции кальция саркоплазматическим ретикуломом, увеличение количества интерстициального коллагена и нарушение эластических свойств волокон), приводят к относительной гипоксии и функциональной гетерогенности миокарда, что даже при отсутствии ИБС у лиц пожилого возраста может создать потенциальный аритмогенный субстрат. Этому также способствуют происходящие при старении изменения вегетативной (относительное преобладание симпатической регуляции на фоне ослабленных парасимпатических влияний) и нейрогуморальной (ослабление нервных влияний

на сердце и повышение его чувствительности к гуморальным факторам на фоне ослабления контроля центральных механизмов регуляции сердечного ритма) регуляции, а также электролитные нарушения (уменьшение концентрации калия и магния при увеличении содержания ионов натрия). При этом нарушения сердечного ритма у пациентов с ИБС ассоциируются со сниженной сократительной способностью левого предсердия, уменьшением вклада предсердий в наполнение ЛЖ в диастолу, что является следствием его диастолической дисфункции. Таким образом, в развитии суправентрикулярных нарушений сердечного ритма важную роль играет ремоделирование миокарда желудочков, усугубляющее уже имеющиеся органические и функциональные изменения предсердий из-за увеличения на них нагрузки.

В настоящее время получено значительное количество данных в пользу того, что повышенная ЧСС у пациентов с СН связана с увеличением частоты сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов. По результатам проведенных физиологических исследований у больных СН необходимо поддерживать оптимальную ЧСС, при которой можно обеспечить нормальное кровообращение.

В рамках конференции проводились круглые столы с участием ведущих специалистов. Показательное и интересное мероприятие этого формата с интерактивным мастер-классом «Пациент с тяжелой ХСН: тактика и стратегия лечения» вызвало живую дискуссию, в которой приняли участие все присутствующие. Клинический случай пациента с декомпенсированной ХСН, постинфарктным кардиосклерозом и систолической дисфункцией левого желудочка с сопутствующим СД 2 типа представил профессор кафедры внутренних болезней и общей практики семейной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук А.Э. Багрий. Аудитории было предложено с помощью системы голосования выбрать из перечня ответов правильный, после чего данные суммировались и на специальном экране показывались ответы, полученные из зала. Вопросы касались тактики ведения конкретного пациента. Затем слово для комментария предоставлялось участникам круглого стола, в числе которых, помимо докладчика, были профессор Л.Г. Воронков, академик НАМН Украины Г.В. Дзяк, член-корреспондент НАМН Украины Е.Н. Амосова, член-корреспондент НАМН Украины А.Н. Пархоменко. Следует отметить, что не во всех случаях мнение президиума было единогласным. Аудитория активно участвовала в обсуждении: поступало большое количество вопросов, поэтому все участники круглого стола, находившиеся в президиуме, могли высказать собственное мнение.

Традиционно много внимания в рамках конференции было уделено практическим вопросам диагностики и лечения СН. В рамках мероприятия состоялся практический семинар, на котором подробно разбирались современные подходы и стандарты ультразвуковой диагностики при ИБС и ишемической кардиомиопатии. Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой внутренней медицины Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Е.Н. Амосова и заведующий кафедрой внутренней медицины, физической реабилитации и спортивной медицины Буковинского государственного медицинского университета (г. Черновцы), доктор медицинских наук, профессор В.К. Ташук провели научно-практический семинар, на котором разбирались актуальные аспекты использования диуретиков и  $\beta$ -адреноблокаторов при ХСН.

Итогом конференции стала резолюция, которая после согласования со всеми членами оргкомитета мероприятия будет размещена на сайте УАССН (<http://ukrsn.com>) и опубликована в журнале «Сердечная недостаточность».

Подготовил Владимир Савченко





## Член-корреспондент НАМН Украины Екатерина Амосова:

*«Работа — это мое самое сильное увлечение в жизни»*

**Е**катерина Николаевна Амосова принадлежит к тем счастливым людям, которые состоялись в профессии благодаря любви к ней и упорному труду. С первых минут беседы понимаешь, что огромную роль в этом сыграл отец Екатерины Николаевны — Николай Михайлович Амосов, талантливый кардиохирург, замечательный человек, чьи жизненные правила удивляют и восхищают не только тех, кому посчастливилось встретить его на жизненном пути, но и представителей последующих поколений.

Принципы, по которым жил и работал Николай Михайлович, остаются для всех, кто его любил, важным критерием оценки поступков и ценностей. «Таких людей больше нет» — эта фраза чаще всего звучит в воспоминаниях коллег, учеников и пациентов профессора Н.М. Амосова. Именно поэтому интервью с известным кардиологом, членом-корреспондентом НАМН Украины, заведующей кафедрой госпитальной терапии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктором медицинских наук, профессором Екатериной Николаевной Амосовой невозможно представить без вопросов о ее отце — первом директоре первого в Украине института сердечно-сосудистой хирургии, сотрудники которого сегодня продолжают традиции, заложенные Н.М. Амосовым.

**Е**катерина Николаевна, жизненные принципы Николая Михайловича, по которым он жил и о которых можно судить, читая его книги, не могут не вызывать восхищения и уважения. Какие из них, на Ваш взгляд, были наиболее важными для него?

— Одним из главных его правил было сохранять независимое положение в любых вопросах — как профессиональных, так и сугубо бытовых. Это стремление очень органично сочеталось с человечностью и полным отсутствием меркантильных побуждений. Он никогда не использовал свое положение и не обращался ни к кому с просьбами личного характера, пусть даже самыми незначительными. Не потому, что опасался встречных просьб о помощи, скорее, не желал оказаться в ситуации, когда будет вынужден пойти против правил, по которым привык жить и работать. Что касается независимости от близких людей, это, на мой взгляд, тот редкий случай полного отсутствия самодовольства и гипертрофированного чувства собственной значимости и уверенности в том, что именно ты — та звезда, вокруг которой должны вращаться планеты. Несмотря на его занятость и готовность мамы брать на себя все домашние заботы, для папы совершенно естественным и даже принципиальным было самостоятельно готовить себе завтрак, мыть после этого посуду, пришивать себе пуговицы, причем делал он это совершенно без позерства, недемонстративно и очень естественно. Этого принципа — «не одалживаться» ни в большом, ни в малом — я всегда стараюсь придерживаться, что зачастую очень облегчает жизнь.

Именно этот принцип помогал отцу жить в соответствии с другими правилами: сохранять независимость суждений, не подстраиваться под обстоятельства; не опускаться до компромисса, кривя душой; не славословить. Возможно, кто-то скажет, что в наше время достойным оправданием пренебрежения этими принципами может служить желание сделать что-то в профессии, но я отвечу, что время, в которое жил Николай Михайлович, было более тяжелым и даже страшным. Так, от ареста по доносу его

спасла только смерть И.В. Сталина. И тем не менее он так и не научился прогибаться под власть имущих — просто талантливо делал свое дело, которое было для него самым важным в жизни, никогда не шел против совести, ничего не просил для себя лично и проявлял полное равнодушие к тем благам, которые мог бы получить при желании, используя свое положение. Отец никогда не состоял в коммунистической партии, отказался от партийного билета даже во время войны.

**Судя по отзывам бывших сотрудников, Николай Михайлович был достаточно жестким руководителем, и Вы отмечаете его принципиальность и неумение идти на компромисс. Однако все воспоминания бывших коллег об академике Н.М. Амосове проникнуты глубоким уважением к этому человеку и даже преклонением перед ним.**

— Это неудивительно, если вспомнить, что отец никогда не использовал двойных стандартов, — он жил по тем же принципам и в соответствии с теми же требованиями, которые предъявлял к другим. Коллеги и подчиненные не могут обижаться на руководителя, который всего себя отдает работе и больше всех переживает за каждую неудачу. Рядом

с ним могли оставаться только такие же энтузиасты и высокие профессионалы, а тем, кто не дотягивал до требуемого уровня, оставалось одно — уйти. Каждая ситуация, каждое решение, касавшееся кого-либо из сотрудников, тщательно обдумывались отцом и нередко выносились на голосование коллектива. Кроме того, Николай Михайлович умел признавать свои ошибки — как врача, руководителя и даже как отца — и всегда имел достаточно мужества, чтобы публично извиниться перед человеком, в отношении которого он сделал неправильные выводы, будь то подчиненный или собственный ребенок; и это вызывало еще большее уважение к нему.

У отца было замечательное выражение — «инстинкт справедливости», именно этим инстинктом он руководствовался в отношениях с людьми и только с позиций собственной совести оценивал свои и чужие поступки. Думаю, что две вещи — «инстинкт справедливости» и публичность, т. е. наличие обратной связи (отец всегда практиковал заполнение бюллетеней, в которых врачи оценивали в баллах его работу и деятельность заведующих отделений, и всегда с волнением их просматривал), — давали ему уверенность и силы двигаться дальше. Вот почему невозможно найти человека, который негативно отзывался бы о нем как о руководителе.

В сочетании таких, казалось бы, несочетаемых качеств — огромного таланта, скромности, повышенной самокритичности, чувства справедливости и желания быть полезным обществу — и стоит, не побоюсь этого слова, величие таких людей, как Николай Михайлович.

К сожалению, сегодня само понятие «принципы» в среде медиков, включая так называемую медицинскую элиту, — в дефиците.

**Все ли из тех принципов, которые Николай Михайлович стремился Вам передать, Вы восприняли сразу, или понимание их важности пришло с годами?**

— Я стараюсь в основном следовать принципам отца, хотя осознаю, что мне не удастся подняться над суетой так, как это удавалось ему, всю жизнь демонстрировавшему отсутствие потребности в долгих разговорах, неформальном общении со знакомыми, спокойное и равнодушное отношение к материальным ценностям, обеспечивающим комфорт, любому проявлению накопительства (за исключением, конечно, книг, которые он покупал в огромных количествах), стремление избавляться от «ненужных» вещей, не являющихся предметами необходимости.

Кстати, использование обратной связи — я часто практикую анонимную оценку моих лекций и мастер-классов слушателями — тоже очень помогает мне верить в то, что я иду в правильном направлении. И мне не стыдно за то, что я делаю, пока врачи высоко оценивают мою работу.

Что касается других правил, которые отец старался донести не только до меня, но и до общества в целом, то осознание ценности некоторых из них пришло с возрастом. Например, регулярно заниматься физическими упражнениями я стала далеко не сразу. Но это вполне нормально, мне кажется, надо быть готовым воспринять каждый совет; главное, чтобы было на что опереться в определенные моменты жизни. В этом отношении папа оставил мне неисчерпаемое наследство, думаю, мне хватит его до конца жизни.



Лекция о моделировании личности, 1976 г.



Академик Н.М. Амосов

**Когда знакомишься с трудами Николая Михайловича, удивляешься глубине и широте его мировосприятия. Его интересы не ограничивались кардиохирургией: он имел второе, инженерное, образование и, возглавляя институт кардиохирургии, работал в институте кибернетики, много времени посвящал общественной деятельности...**

— Скажу больше: в жизни отца были вещи, которые он считал не менее важными, чем увеличение количества и улучшение качества кардиохирургических операций. Его с полным правом можно назвать общественным деятелем, и хотя этот термин слишком часто звучал (да и звучит) в нашей стране, отец употреблял его чаще всего с оттенком иронии. Однако он был общественным деятелем в самом лучшем смысле этого выражения. Еще в те времена, когда не были сформулированы четко понятия первичной и вторичной сердечно-сосудистой профилактики, Николай Михайлович огромное значение придавал своей просветительской деятельности, которая, кстати, вызывала непонимание у коллег. Поездки по городам с лекциями о правильном образе жизни, воспитании детей, личности, полезной обществу, важности формирования гражданского самосознания, несмотря на его колоссальную занятость в институте, — все это воспринималось окружающими с изрядной долей скептицизма. Но для отца было крайне важно донести результаты своего поиска и выводы до широкого круга людей, поскольку уже тогда он понимал, что это более важное направление в отношении улучшения здоровья нации по сравнению с попытками ликвидации последствий, к которым приводит неправильный образ жизни. По сути, это и были первые попытки сформулировать рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, соблюдение которых сегодня рассматривается как важнейшее условие увеличения продолжительности жизни и повышения ее качества.

Важное место в жизни Николая Михайловича занимал еще один вид деятельности — в 1960 г. он возглавил отдел биоэнергетики Института кибернетики Академии наук Украины, где изучались проблемы создания искусственного разума и моделей искусственного интеллекта, вопросы психологии и социологии, моделирования систем общества и личности. Проведя тысячи сложнейших операций на сердце, он так и не привык относиться к смерти больных по-философски. Ни одна неудача в операционной не проходила для него бесследно, и в критические моменты он переключался на кибернетику, философию, социологию,

пытаясь представить хотя бы на бумаге оптимальную модель общества, которая обеспечивала бы реализацию возможностей и лучшие условия жизни как можно большему количеству людей.

Вторая специальность отца — он защитил в свое время диплом инженера — пригодилась, когда после визита в одну из западных кардиохирургических клиник он решил сконструировать аппарат искусственного кровообращения (АИК) и действительно сделал это с помощью инженеров. Такие вещи, как первый «рыбий» АИК, как его называли, на мой взгляд, достойны стать экспонатами музея отечественной кардиохирургии, если такой когда-нибудь создадут.

**Профессиональные неудачи отражались на общении Николая Михайловича с семьей?**

— Как и каждый человек, который живет своим делом, он не мог оставить все рабочие проблемы за дверью перед тем, как встретиться с семьей, и мы научились угадывать с первого взгляда, уместно ли сегодня задавать вопросы или лучше оставить его в покое. Такой негласный, но жесткий тренинг чувства такта с самого детства очень пригодился мне в дальнейшем — в моей семейной жизни мне не пришлось идти путем проб и ошибок для того, чтобы научиться понимать, насколько важно не докучать ненужными советами и вопросами в неподходящие моменты. Отец был не только руководителем клиники, но и настоящим ученым, писателем и общественным деятелем, что отнимало достаточно много времени и сил; но, несмотря на занятость, он всегда находил время для занятий и бесед со мной. Мне повезло, что мой отец осознавал важность моего воспитания и образования, которое началось в очень раннем возрасте (обучение чтению — с трех лет, английскому — с четырех), постоянного расширения кругозора: театры, выставки, музеи... Он был не только выдающимся ученым, но и талантливым отцом, что не так часто встречается в жизни.

**Николай Михайлович с воодушевлением воспринял перестройку, и в 1989 г. снова стал народным депутатом, был избран в Верховный Совет СССР. Разочарование пришло быстро?**

— Очень быстро, уже через несколько месяцев отец понял, что дальше пустых прений дело не движется. Однако независимость Украины он приветствовал. Представьте себе человека, который мог мыслить такими категориями и столь широко: русский по национальности, проживший значительную часть жизни в России, он много размышлял о месте Украины в мировом сообществе и в своей брошюре «Идеология для Украины» обозначил ее дальнейший путь развития как европейский, но не с Россией.

Несмотря на то что мои родители жили всегда очень скромно, отец в конце жизни не был склонен подсчитывать, сколько ему должно государство, хотя неоднократно бывал за границей и видел огромную разницу между уровнем жизни наших хирургов и западных. Когда Николаю Михайловичу понадобилась операция по протезированию аортального клапана, которую в связи с запущенностью порока, тяжестью состояния и преклонным возрастом можно было сделать только в западной клинике, ему даже в голову не пришло, что деньги на лечение можно просить у государства. Денежные средства на операцию были выделены из бюджета г. Киева, первым почетным гражданином которого был академик Н.М. Амосов. «Могли и не дать...», — писал по этому поводу отец в своих воспоминаниях. В конце жизни, как и на всем ее протяжении, мысль о материальных благах не занимала его: у него было нечто

большее — его мысли, информация, потребность в которой он ощущал постоянно.

**Ваша фамилия чаще помогала или мешала на жизненном и профессиональном пути?**

— Скорее, обязывала. Я всегда понимала, что с меня спрос будет больше, что я не имею права даже на малейшие неудачи во время учебы в институте, а значит, чтобы сдать экзамен на «пять», я должна подготовиться на «шесть» для исключения малейшей вероятности затруднения с ответом на вопрос экзаменатора.

Сейчас это называют перфекционизмом, а тогда я просто хотела доказать, что все, чего я добиваюсь и добьюсь в будущем, это моя заслуга, результат моего труда. И доказывать это мне приходилось постоянно — не только в институте, но и в практической врачебной работе, в научной деятельности.

**Как сегодня Вы оцениваете уровень знаний студентов, обучающихся и сдающих экзамены на Вашей кафедре, и, соответственно, уровень подготовки молодых специалистов?**

— Думаю, что не выдам желаемое за действительное, если скажу, что лучшие из сегодняшних студентов и молодых врачей обладают большими знаниями и умениями в области терапии, чем лучшие студенты моего поколения. Это естественно, ведь сегодня обеспечен широкий доступ к любой информации, передовым международным стандартам диагностики и лечения. Другой вопрос — отсутствие мотивации у молодых врачей к использованию этой информации и к работе в практической медицине вообще. К сожалению, большое количество хорошо подготовленных студентов так никогда и не переступают порог медицинских учреждений в качестве их сотрудников.

Учитывая нынешнее положение медицинских специалистов, которые, даже работая на полторы ставки и имея высшую категорию, не могут материально обеспечить себя и свои семьи, данная ситуация не удивляет.

Эта ситуация, в свою очередь, усугубляет другую, не менее критическую — ситуацию с отечественной медицинской наукой, которая сегодня фактически существует только благодаря энтузиазму и личным возможностям отдельных людей, занимающихся, как я иногда говорю, своей «мелкой» наукой. Отдельные выступления украинских докладчиков на международных научных медицинских форумах о результатах проведенных работ, безусловно, вызывают гордость. Однако состояние науки в целом в любом государстве оценивается по другим критериями, в число которых входит количество Нобелевских лауреатов — граждан этой страны, открытий, получивших мировое признание и применение. Тем не менее я не считаю, что увеличение финансирования медицинской науки является главной задачей нашего государства на современном этапе. На мой взгляд, более важной целью должно служить обеспечение доступности лечения в соответствии с современными стандартами для «пересічних» граждан нашей страны, чего, увы, мы сегодня не наблюдаем.

**Какое-то время Вы были главным кардиологом Украины и добровольно оставили эту должность. Вы**



На утреннем обходе



«Я должен посмотреть, все ли сделано как надо...» («Мысли и сердце», 1965 г.)

**и сегодня думаете, что нельзя добиться реальных изменений в существующей системе?**

— На должность главного кардиолога Украины я была назначена «заочно», меня просто поставили перед фактом, и энтузиазма я не испытывала с самого начала, поскольку уже тогда понимала, что при существующей системе управления от меня ничего не будет зависеть и мне не удастся добиться даже минимальных изменений в системе оказания медицинской помощи кардиологическим пациентам.

Для изменения ситуации планирование развития системы здравоохранения должно основываться прежде всего на научных предпосылках и желании помочь людям, а не на чьих-то PR-стратегиях. И в этом отношении нам не нужно что-то изобретать — достаточно использовать уже существующие схемы и модели, разработанные в развитых странах, а также устранить коррупцию, которая насильно пронизывает наше общество. Пока этого не произойдет, добиться изменений будет невозможно.

**Означает ли это, что Вас посетит чувство безысходности от того, что Вы не можете реализовать на практике те возможности, которые существуют для Вас как специалиста и для Ваших пациентов?**

— «Цена» недоступности достижений современной медицины для тяжелых пациентов — их жизнь... В соизмерении с этим стыдно говорить о неудовлетворенности от работы в украинской системе здравоохранения.

Однако у меня нет большого сожаления о том, что могло бы состояться где-то в другом месте при других условиях. Состоялась интересная, наполненная любимым делом, прекрасными событиями и любящими людьми жизнь. К счастью, в моей работе есть много вещей, которые зависят только от меня. Чего стоит одно только чувство победы, которое охватывает после того,

Продолжение на стр. 14.

## ПЕРВЫЕ ЛИЦА

# Член-корреспондент НАМН Украины Екатерина Амосова:

## «Работа — это мое самое сильное увлечение в жизни»

Продолжение. Начало на стр. 12.

как ты «разгадал» сложного пациента или существенно помог ему. А интерес в глазах студентов и врачей, а тишина в заполненных учебных аудиториях во время лекций! Это дает такой мощный заряд на долгое время, что опускать руки или сожалеть о чем-то несостоявшемся не приходится.

Жить сейчас особенно интересно, так как открыт доступ к любой научной информации, есть определенное признание среди украинских коллег и международное признание результатов моей «мелкой» науки, есть идеи для ее дальнейшего развития и возможности для реализации. И есть понимание и поддержка близких!

### Как Вы предпочитаете отдыхать? Есть ли у Вас какие-либо увлечения, хобби?

— Как и отец, я совершенно не умею и не люблю отдыхать в том смысле, как принято это понимать. Безусловно, в моей жизни присутствует место для отдыха после работы — без этого невозможно провести следующий полноценный рабочий день. Но отпуск, длящийся более недели, не приносит мне ничего, кроме ощущения скуки и желания как можно скорее вернуться к работе, ко всем проблемам.

Увы, у меня достаточно узкий круг интересов и он опять-таки в основном замкнут на работе. Из занятий, которым я могу предаваться с огромным удовольствием, пожалуй, стоит назвать только чтение. Любовь к литературе, возникшая еще в детстве, — это еще одна заслуга отца. К остальным вещам, которые могли бы служить в качестве увлечения или хобби, я всегда была достаточно равнодушна, и меня это немного удручает.

Работа — мое самое сильное увлечение в жизни, и мне до сих пор кажется, что

профессия врача — одна из самых лучших в мире. Остается только сожалеть, что пока в нашей стране труд врача настолько недооценен, что зачастую необходимость заработать становится причиной отступления от основных принципов этой профессии. И я не могу сегодня дать четкий ответ на вопрос, вправде ли общество, которое, собственно, и допустило создание такой ситуации, осуждать медиков за это.

### Чего Вы не приемлете в людях и что больше всего цените?

— Сразу отнесу порядочность и честность к норме жизни. Что касается других качеств, то не приемлю ни в каком виде самоутверждения за счет унижения других людей, прежде всего стоящих ниже по служебной лестнице, лживости, мании величия. Неприятие вызывает также и «прогибание» под кого-то, особенно в превентивном порядке, «на всякий случай».

Больше всего ценю в людях ум. Каждая встреча с ярким, умным человеком — это большой подарок судьбы.

### Николай Михайлович написал книгу «О счастье и несчастьях». С каких позиций Вы сегодня рассматриваете эти категории?

— Это не такой сложный вопрос, как кажется на первый взгляд, и я его рассматриваю с тех позиций, что и мой отец, а он делал это с точки зрения рациональности, а не эмоций.

Отец дал мне понять, что самое большое удовлетворение можно испытать,

когда ты смог помочь, а не накопить или урвать что-то для себя. Определять в качестве главной цели удовлетворение от материальных благ — удел ущербных людей, и это ни в какое сравнение не идет с тем удовлетворением, которое получаешь, осознавая, что ты не зря живешь. Заботиться только об



Н.М. Амосов всегда был готов поделиться уникальным опытом



На утренней пробежке с любимицей семьи Чари

удовлетворении своих материальных потребностей нерационально.

Рациональный путь к счастью, согласно рассуждениям Николая Михайловича, — это минимизация возможных несчастий собственными усилиями. Отец в разные периоды жизни составлял список, в котором различные виды его деятельности располагались в зависимости от их важности для общества и степени удовлетворенности, которую он испытывал, занимаясь этим. В разное время составляющие этого списка менялись местами, как изменялась и оценка в балах удовлетворения от того или иного вида деятельности. При этом отец

анализировал, что можно сделать для того, чтобы минимизировать несчастья и, следовательно, увеличить степень счастья. К таким действиям относятся, например, регулярные занятия физкультурой, ограничения в еде, то есть мероприятия, позволяющие сохранить здо-

ровье, что является важнейшим вкладом в состояние счастья в противоположность болезням — важнейшему источнику несчастья. Правильный выбор профессии, приложение усилий, чтобы состояться в ней, постоянная работа над собой в плане контроля моральности собственных поступков и эмоций (что предупреждает ответную отдачу в виде негатива от окружающих, прежде всего близких людей) — это тоже шаги по тому рациональному пути, который ведет к состоянию счастья. Этот путь вполне по силам человеку, способному к постоянной работе над собой и выполнению простых правил повседневной жизни, основанных на здравом смысле. Мне хочется верить, что я иду именно этим путем.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

3

## Оперативно Хроника ключевых подій Головне

### Календарь событий

**С 9 по 12 мая в г. Бостоне (США)** проходила 33-я ежегодная конференция Общества сердечного ритма (HRS-2012), на которой были представлены результаты значительного количества исследований с участием пациентов с различными типами аритмий.

Традиционно на форуме HRS большое внимание было уделено применению инвазивных методов терапии фибрилляции предсердий (ФП) — наиболее часто встречающегося нарушения сердечного ритма. Согласно существующим принципам катетерная абляция является второй линией терапии пациентов с пароксизмальной формой ФП. Ее рекомендуют использовать после того, как применение хотя бы одного антиаритмического препарата не привело к должному результату. Данные нового испытания, результаты которого были представлены на конференции, подтверждают, что радиочастотная изоляция легочных вен может быть эффективной и безопасной первой линией терапии таких больных. В рандомизированное исследование RAAFT-2 было включено 127 ранее не леченных пациентов в возрасте моложе 75 лет с симптоматической пароксизмальной ФП, у которых было зарегистрировано как минимум 4 эпизода аритмии в течение последних 6 мес. Для больных пароксизмальной формой ФП применение радиочастотной абляции в качестве первой линии лечения имело достоверные преимущества по сравнению с проведением антиаритмической лекарственной терапии. У пациентов, которым была проведена изоляция легочной вены с помощью радиочастотной абляции, имел место значительно более низкий риск первого рецидива ФП (55 против 72%; ОР 0,56). Первая линия лечения с использованием абляции также была связана со снижением риска возникновения всех осложнений (7,7 против 19,7%) (С. Morillo et al.).

В другом исследовании было показано, что стратификационная шкала CHADS<sub>2</sub>, используемая для определения риска развития инсульта у пациентов с ФП, может помочь выявить когорту больных, у которых наблюдается максимальная польза от приема статинов в качестве средства первичной профилактики аритмии. У пожилых людей с гипертензией, у которых показатель по шкале CHADS<sub>2</sub> составлял 2 балла и выше, было отмечено значительное снижение риска развития ФП на фоне приема статинов (ОР 0,69), а у пациентов с оценкой по шкале CHADS<sub>2</sub> 1 балл польза от приема статинов была

существенно меньше (С.-Y. Hung et al.). Многоцентровое исследование подтвердило безопасность проведения магнитно-резонансной томографии (за исключением торакальной области) у больных с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД) и кардиостимуляторами. Среди 500 пациентов, включенных в анализ, не было зарегистрировано ни одного случая смерти, нарушения работы устройства или повышения частоты возникновения желудочковой аритмии (D. Doud et al.).

Дополнительная информация на официальном сайте HRS: <http://www.hrsonline.org/Sessions/>

### Новости ВОЗ

#### Информационный бюллетень: корь

Корь является тяжелым инфекционным заболеванием вирусной этиологии и одной из основных причин смерти у детей раннего возраста, даже несмотря на наличие безопасной, эффективной и доступной по стоимости вакцины. Согласно данным за 2010 г., зарегистрировано 139 300 случаев летального исхода по причине кори (почти 380 случаев в день, или 15 случаев в час). Более 95% случаев смерти, ассоциированной с указанным заболеванием и его осложнениями, происходят в странах с низким уровнем дохода и слабой инфраструктурой здравоохранения. Чаще всего осложнения развиваются у детей в возрасте до 5 лет или у взрослых старше 20 лет. К наиболее серьезным относят потерю зрения, энцефалит, тяжелую диарею и связанную с ней дегидратацию, заболевания уха и тяжелые инфекции дыхательных путей (в частности, пневмонию). В регионах, характеризующихся высоким уровнем недостаточности питания и отсутствием / низким качеством медицинской помощи, уровень смертности по причине кори достигает 10%.

За период с 2000 по 2010 год использование вакцинации способствовало снижению глобальной смертности от кори на 74%. В 2010 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг (для сравнения: в 2000 г. — 72% младенцев).

Цель тысячелетия в области развития 4 направлена на снижение смертности детей в возрасте до 5 лет на 65% за период 1990-2015 гг. В качестве одного из методов для ее достижения может быть рекомендовано более широкое использование вакцинации.

В апреле Инициатива по борьбе с корью и краснухой представила новый Глобальный стратегический план борьбы с корью и краснухой на 2012-2020 гг. В план включены новые глобальные цели на 2015-2020 гг.

#### К концу 2015 г.:

- снизить показатели глобальной смертности от кори, по меньшей мере, на 95% случаев по сравнению с уровнями 2000 г.;
- достигнуть региональных целей в области борьбы с корью и краснухой / синдромом врожденной краснухи.

#### К концу 2020 г.:

- ликвидировать корь и краснуху, по меньшей мере, в пяти регионах ВОЗ.

Полная версия бюллетеня доступна по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/index.html>

Подготовила **Ольга Татаренко**

# КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

## У пациентов с деменцией антипсихотики могут повышать риск инфаркта миокарда

Антипсихотики продолжают широко назначаться пожилым пациентам с деменцией, несмотря на соответствующее предупреждение в инструкциях. Ранее было установлено, что в такой популяции эти препараты повышают риск развития инсульта и смерти. И инсульт, и инфаркт миокарда (ИМ) являются сердечно-сосудистыми тромботическими событиями, поэтому теоретически антипсихотики могут негативно влиять на риск развития ИМ.

Чтобы проверить эту гипотезу, канадские исследователи проанализировали данные 37 138 пожилых пациентов с деменцией, получавших лечение ингибиторами холинэстеразы (ИХ) в период с января 2000 по декабрь 2009 года. Из препаратов класса ИХ применялись донепезила гидрохлорид, ривастигмин и галантамина гидробромид.

В исследованной популяции антипсихотики принимали 10 969 больных (66% женщин); этих пациентов сопоставили с таким же количеством случайно отобранных больных деменцией, не получавших эти препараты (контроль).

В основной группе 97,8% пациентов принимали атипичные антипсихотики (64,5% – рисперидон, 21,6% – кветиапина фумарат и 11,7% – оланзапин), 2,2% – традиционные антипсихотики (1,9% – прохлорперазина малеат и 0,3% – хлорпромазина гидрохлорид). После начала терапии антипсихотиками наблюдение за пациентами продолжалось до 1 года.

В пределах года от начала приема антипсихотиков ИМ был диагностирован у 1,3% пациентов. Относительный риск развития ИМ составил 2,19 ( $p=0,02$ ) в первые 30 дней после старта терапии, 1,62 в первые 60 дней, 1,36 в первые 90 дней и 1,15 в первые 365 дней. У пациентов, получавших антипсихотики, другими значимыми факторами риска развития ИМ были сахарный диабет, мужской пол и возраст старше 84 лет.

На основании полученных результатов авторы пришли к выводу, что у пожилых пациентов с деменцией, получающих ИХ, терапия антипсихотиками ассоциируется с умеренным и ограниченным во времени повышением риска ИМ. Особое внимание таким больным должно уделяться в первые 2 мес лечения антипсихотиками, когда риск развития ИМ максимален.

Pariente A. et al. Archives of Internal Medicine. Опубликовано онлайн 26 марта 2012 г.

## Диагональная складка мочки уха ассоциируется с атеросклеротической болезнью сердца

Диагональная складка мочки уха (ДСМУ) – линия, проходящая от козелка по мочке уха до заднего края ушной раковины и не связанная с положением головы во сне и ношением серьг. Предположение о том, что ДСМУ может быть маркером атеросклеротической болезни сердца (АБС), было высказано еще 40 лет назад, однако консенсус в этом вопросе до настоящего времени отсутствовал.

Целью исследования, проведенного американскими учеными, было изучить связь между ДСМУ и АБС. Авторы проанализировали результаты ангиографии 430 пациентов, не подвергавшихся аортокоронарному шунтированию и стентированию коронарных артерий.

Атеросклеротическое поражение коронарных артерий было выявлено у 71% больных, в том числе тяжелое – у 17%.

Распространенность ДСМУ составила 71%, при этом загрудинная боль встречалась одинаково часто у пациентов с ДСМУ и без нее (47 vs 46%). В то же время все 4 конечные точки – АБС любой выраженности, тяжелая АБС, атеросклероз  $\geq 2$  сосудов, поражение  $\geq 3$  сегментов – были значительно больше распространены у пациентов с ДСМУ.

Для диагностики АБС любой выраженности чувствительность, специфичность и точность ДСМУ составили 78, 43 и 67%, положительная и отрицательная предсказательная ценность – 77 и 45% соответственно.

После поправки на другие значимые факторы наличие ДСМУ оставалось достоверным независимым предиктором всех четырех оцененных показателей АБС.

Таким образом, в исследовании было установлено, что ДСМУ ассоциируется с наличием, протяженностью и тяжестью атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Shmilovich H. et al. American Journal of Cardiology. Опубликовано онлайн 13 февраля 2012 г.

## У пациентов с ревматоидным артритом прекращение приема статинов повышает риск смерти

В современных руководствах по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ревматоидным артритом (РА) указывается на необходимость регулярной оценки факторов сердечно-сосудистого риска, в том числе липидемии, и назначения статинов в качестве первой линии терапии больным высоким риском. В то же время в исследованиях, проведенных в общей популяции и у пациентов с РА, была установлена высокая частота прекращения приема статинов. Целью исследования, проведенного канадскими учеными, было изучить влияние отмены статинов на сердечно-сосудистые исходы у больных РА.

Авторы использовали базу данных министерства здравоохранения Британской Колумбии (провинция Канады), в которой идентифицировали 37 151 пациента с РА, получавших медицинскую помощь в период 1996–2006 гг., при этом 4102 больных принимали статины. Средний возраст участников составил 66 лет, женщин было 60%. На протяжении периода наблюдения >16 тыс. пациенто-лет 45,4% пациентов прекращали принимать статины по крайней мере один раз за 4 года. Под прекращением приема подразумевалось неиспользование назначенного препарата по крайней мере в течение 3 мес в любой период на протяжении курса терапии.

В популяции исследования было зарегистрировано 467 случаев смерти, из которых 198 имели сердечно-сосудистые причины (31,3% от ИМ и 15,2% от инсульта).

Статистический анализ показал, что прекращение приема статинов ассоциировалось с повышением относительного риска сердечно-сосудистой смерти на 60% и об-

щей смертности на 79%. Эта взаимосвязь не зависела от пола, возраста, сопутствующих соматических заболеваний и использования рецептурных препаратов. С каждым месяцем после отмены статинов риск смерти повышался на 1%.

Исследователи также установили более чем двукратное повышение общей смертности у пациентов, получавших кортикостероиды (ОР 2,28), и снижение риска смерти на 46% на фоне терапии метотрексатом (ОР 0,54). Эти результаты не стали неожиданными, так как известно, что неблагоприятные метаболические эффекты кортикостероидов (повышение инсулинорезистентности, ухудшение липидного профиля, задержка жидкости, повышение артериального давления) увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний; кроме того, эти препараты повышают вероятность инфекционных заболеваний и способствуют развитию остеопороза, который в свою очередь увеличивает риск переломов шейки бедренной кости. Протекторный эффект метотрексата, по-видимому, обусловлен улучшением течения РА и снижением активности воспаления.

Таким образом, у пациентов с РА, получающих статины, необходимо особое внимание уделять комплаенсу, так как прекращение приема этих препаратов ведет за собой значительное повышение риска смерти.

De Vera M.A. et al. Arthritis Care and Research. Опубликовано онлайн 28 марта 2012 г.

## Холестерин не-ЛПВП тесно связан с сердечно-сосудистыми событиями

Статины являются важной составляющей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Основным показателем, определяющим необходимость начала гиполипидемической терапии статинами и ее интенсивность, на протяжении многих лет считался холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). Тем не менее сегодня появляется все больше данных о том, что ХС ЛПНП может не являться лучшим предиктором сердечно-сосудистого риска и атеропротекторных эффектов статинов.

Целью исследования, проведенного учеными из Нидерландов, было изучить относительное влияние уровней ХС ЛПНП, холестерина не-ЛПВП (т. е. общий холестерин минус холестерин липопротеинов высокой плотности) и аполипопротеина В (апоВ) на сердечно-сосудистый риск пациентов, получающих терапию статинами.

Авторы провели поиск рандомизированных контролируемых исследований, завершившихся в период 1994–2008 гг. В итоге в метаанализ включили 8 исследований, в которых приняли участие 62 154 пациента. У всех участников осуществляли стандартную оценку липидного спектра крови исходно и после 1 года наблюдения.

Среди 38 153 пациентов, рандомизированных на прием статинов, у 158 (0,4%) на протяжении периода наблюдения произошел фатальный ИМ и у 1678 (4,4%) – нефатальный ИМ. Смерть вследствие других причин зафиксирована у 615 (1,6%) пациентов, включенных в метаанализ, фатальный и нефатальный инсульт – у 1029 (2,7%).

Кроме того, 2806 (7,4%) пациентов были госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии. Частота тяжелых сердечно-сосудистых событий (ТКС) составила 14,1% (6286 событий у 5387 пациентов).

Статистический анализ показал, что с каждым повышением уровней ХС ЛПНП, ХС не-ЛПВП и апоВ на 1 стандартное отклонение риск развития ТКС повышался на 13, 16 и 14% соответственно ( $p<0,001$  для всех показателей). Таким образом, наиболее выраженное влияние на сердечно-сосудистый риск оказывал ХС не-ЛПВП.

Boekholdt S.M. et al. JAMA 2012; 307: 1302-1309

## Умеренное потребление алкоголя после инфаркта миокарда снижает смертность

В здоровой мужской популяции умеренное потребление алкоголя (от 10 до 29,9 г этанола в сутки) ассоциируется с более низкими показателями риска развития ИМ и общей смертности. В то же время данные относительно эффектов алкоголя у больных, перенесших ИМ, ограничены и в некоторой степени противоречивы.

В настоящем исследовании американские ученые проанализировали результаты наблюдения 1818 мужчин – участников исследования Health Professionals Follow-up Study. На протяжении периода наблюдения, составившего в некоторых случаях до 20 лет, умерли 468 больных.

Согласно статистическому анализу, проведенному с поправкой на многочисленные факторы риска (возраст на момент ИМ, курение, индекс массы тела, физическую активность, диабет, артериальную гипертензию, прием аспирина и статинов, сердечную недостаточность), умеренное потребление алкоголя снижало общую смертность на 34%, при этом потребление 0,1–9,9 г этанола в сутки ассоциировалось со снижением риска смерти на 22%,  $\geq 30$  г/сут – на 13% ( $p=0,006$ ). В отношении сердечно-сосудистой смертности польза от умеренного потребления алкоголя была еще более выраженной: риск снижался на 42% (при потреблении 0,1–9,9 и  $\geq 30$  г/сут – на 26 и 2% соответственно;  $p=0,003$ ).

Авторы также установили, что мужчины, потреблявшие умеренное количество алкоголя до диагноза ИМ и продолжавшие следовать своей привычке после инфаркта, имели наилучший отдаленный прогноз. Если до развития ИМ потребление этанола находилось на уровне  $<10$  г/сут, увеличение этого показателя до 10–29,9 г/сут проявляло обратную связь с общей смертностью.

Значительное потребление алкоголя ( $\geq 30$  г/сут) ассоциировалось с такими же показателями общей и сердечно-сосудистой смертности, как и отсутствие его потребления. Исследователи подчеркивают, что полученные результаты, по-видимому, можно экстраполировать и на женщин, однако для них умеренным количеством алкоголя, как показали предыдущие работы, являются 5–14,9 г/сут. Авторы также напоминают, что преимущества умеренного потребления алкоголя полностью нивелируются, если рассчитанное среднесуточное количество получено за счет так называемых пятничных, или праздничных, алкогольных эксцессов.

Pai J.P. et al. European Heart Journal. Опубликовано онлайн 28 марта 2012 г.

Подготовил Алексей Терещенко