

Scientific Programme Online
Heart Failure 2012
BELGRADE - 19-22 MAY

Новости конгресса Недостаточности Европейского HFA-ESC 2012, 19-22 мая,

Дигоксин при сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса левого желудочка

Последний анализ исследования DIG (Digitalis Investigational Group), проведенный Национальным институтом здоровья крови и легких (NHLBI, США), подтвердил важную роль дигоксина – старейшего препарата в кардиоваскулярной медицине – в лечении пациентов с СН, относящихся к категории высокого риска

В новый анализ исследования DIG включили пациентов с СН III-IV класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <25% и кардиоторакальным индексом (КТИ) >55%.

Как известно, госпитализации по поводу СН ассоциируются с высокими показателями постгоспитальной смертности и повторной госпитализации, достигающими 15 и 30% соответственно в пределах 60-90 дней после выписки. Эти неприемлемо высокие цифры стабильно регистрируются, несмотря на широкое использование терапии, имеющей доказанную эффективность.

В США дигоксин был одобрен Управлением по контролю за продуктами питания и лекарствами (FDA) для лечения СН в 1998 г., однако с тех пор использование этого препарата значительно сократилось. В реестре OPTIMIZE-HF только 30% пациентов с СН и сниженной ФВЛЖ получили дигоксин перед госпитализацией, а после выписки он был добавлен в схему терапии всего 8% больных. По мнению ведущего автора исследования DIG, профессора Михая Георгайда (Центр кардиоваскулярных инноваций, г. Чикаго, США), снижение назначения дигоксина обусловлено тем, что это орфанный препарат, не промотируемый фармацевтическими компаниями.

В оригинальном исследовании DIG, опубликованном в 1997 г. в журнале NEJM, 6800 больных СН со сниженной ФВЛЖ (<45%) и нормальным синусовым ритмом рандомизировали для получения дигоксина или плацебо в дополнение к диуретикам и ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Результаты показали, что хотя дигоксин не влиял на смертность, он значительно снижал частоту госпитализаций по поводу ухудшения СН.

В новый анализ включили данные 4367 пациентов, имевших один из трех критериев высокого риска: СН III-IV класса по NYHA, ФВЛЖ <25% или КТИ >55%. Средний возраст пациентов составил 64 года, женщин было 26%.

После 24 мес лечения суммарный показатель общей смертности и случаев госпитализации по любым причинам был значительно ниже в группе пациентов, рандомизированных на прием дигоксина, чем у больных, которые принимали плацебо. При СН III-IV класса по NYHA относительный риск (ОР) достижения данной конечной точки составил 0,88 (p=0,012), при ФВЛЖ <25% – 0,84 (p=0,001) и при КТИ >55% – 0,85 (p=0,002).

Кроме того, лечение дигоксином ассоциировалось со снижением суммарной частоты смерти от СН и госпитализаций, обусловленных усугублением симптомов СН: при СН III-IV класса по NYHA показатель ОР составил 0,65 (p<0,001), при ФВЛЖ <25% – 0,61 (p<0,001) и при КТИ >55% – 0,65 (p<0,001).

По словам доктора М. Георгайда, в США в настоящее время основной задачей является снижение частоты повторных госпитализаций по поводу СН в первые 30 дней после выписки. Исследование DIG показало, что дигоксин эффективно уменьшает необходимость в госпитализациях у больных СН со сниженной ФВЛЖ, имеющих признаки и симптомы тяжелой СН. Тем не менее следует учитывать, что этот результат был получен у пациентов, которые не принимали β-блокаторы и антагонисты альдостерона.

Важными преимуществами дигоксина являются его низкая цена и относительная безопасность. Авторы исследования рекомендуют рассматривать возможность назначения дигоксина больным с синусовым ритмом или фибрилляцией предсердий (ФП) и сниженной ФВЛЖ, у которых тяжелые признаки и симптомы СН персистируют после госпитализации.

Установлены причины недостаточного лечения женщин с сердечной недостаточностью

Анализ исследования ALARM показал, что женщинам с острой сердечной недостаточностью (ОСН) реже назначают β-блокаторы, ИАПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), чем мужчинам, госпитализируемым с той же патологией, и эти различия в значительной степени могут быть обусловлены разными исходными характеристиками мужчин и женщин

Как известно, исходы ОСН у женщин лучше по сравнению с таковыми у мужчин, однако в то же время женщины чаще недополучают лечение, рекомендованное в клинических руководствах. Целью анализа, проведенного с использованием данных исследования ALARM, было определить различия в назначениях жизненно важной лекарственной терапии на момент госпитализации и после выписки у мужчин и женщин, госпитализированных по поводу СН.

В исследовании ALARM (Acute Heart Failure Global Survey) изучали ведение ОСН у 4953 пациентов, направленных в отделения кардиологии или интенсивной терапии 666 клиник 9 стран Европы, Южной Америки и Австралии. В новом анализе гендерные различия оценивали во всей исходной популяции ALARM, 37% которой составляли женщины. Результаты показали следующее.

На момент госпитализации:

- ИАПФ получали 57% женщин и 60% мужчин (p=0,017);
- БРА принимали 12% женщин и 21% мужчин (p=0,017);
- β-блокаторы получали 32% женщин и 38% мужчин (p=0,001).

Эти различия могут объясняться следующим:

- 55% женщин были в возрасте старше 70 лет (мужчин – 39%);
- ФВЛЖ >45% имели 36% женщин и 19% мужчин;

• по сравнению с мужчинами у женщин чаще отмечался диабет и реже – ишемическая болезнь сердца.

«Хорошо известно, что пациенты с сохраненной ФВ не нуждаются в β-блокаторах и ИАПФ, и это частично может объяснять различия в лекарственных назначениях, – отметил ведущий автор исследования, профессор Ференс Фоллат (Университетский госпиталь г. Цюриха, Швейцария). – Кроме того, более высокая распространенность ИБС среди мужчин повышает вероятность того, что им будет назначена лекарственная терапия».

После госпитализации процент мужчин и женщин, получавших ИАПФ, β-блокаторы и БРА, увеличился. ИАПФ принимали 60% мужчин до госпитализации и 68% – после (p=0,001), БРА – 21 vs 23% (p=0,05) и β-блокаторы – 38 vs 55% (p=0,01). Соответствующие показатели у женщин составили 57 vs 62% (p=0,05), 12 vs 14% (p=0,05) и 32 vs 49% (p=0,001).

Несмотря на то что показатели назначения лекарственной терапии после госпитализации увеличились, они все равно остались неприемлемо низкими как у мужчин, так и у женщин,

отмечают исследователи. Эти результаты указывают на необходимость лучшего внедрения руководств по СН в клиническую практику.

Новое руководство ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности

С 2008 г., когда было опубликовано последнее руководство ESC, подходы к ведению СН претерпели значительных изменений. Соответственно, обновление затронуло все основные разделы руководства. Кроме того, терапевтические рекомендации стали более специфичными в отношении вызываемых эффектов с акцентом на важные клинические исходы. Например, для β-блокаторов указано следующее: «β-Блокатор рекомендуется в дополнение к ИАПФ (или БРА, если ИАПФ не переносится) всем пациентам с ФВ <40% для снижения риска госпитализаций по поводу СН и риска преждевременной смерти»

В руководстве 2012 г. включены алгоритмы по установлению диагноза у пациентов с подозрением на СН, по лечению СН со сниженной ФВ и ведению ОСН.

В разделе по диагностике указывается на важную роль магнитно-резонансной визуализации сердца при обследовании пациентов с СН, а среднерегистранный ргоANP предлагается использовать как исключающий анализ крови у пациентов с подозрительной ОСН.

Раздел по фармакотерапии содержит новое показание для назначения антагониста минералокортикоидов (АМК) эплеренона у больных СН со сниженной ФВ и легкими симптомами, а именно АМК теперь показаны практически всем таким пациентам, если их симптомы сохраняются, несмотря на адекватную терапию β-блокатором и ИАПФ (или БРА при непереносимости ИАПФ). Добавление ивабрадина к ИАПФ, β-блокатору и АМК рекомендуется больным СН со сниженной ФВ и синусовым ритмом, у которых высокая частота сердечных сокращений (ЧСС) персистирует, несмотря на оптимизированную дозировку β-блокатора.

В разделе по использованию нехирургических устройств рекомендуется более широкое применение кардиальной ресинхронизирующей терапии (КРТ) у больных СН со сниженной ФВ, имеющих легкие симптомы и синусовый ритм. В то же время роль КРТ остается неопределенной у пациентов с ФП и у больных с морфологией комплекса QRS, указывающей на нарушения проводимости по левой ножке пучка Гиса. Транскатетерное протезирование аортального клапана рекомендуется в качестве абсолютно нового варианта лечения больным с тяжелым аортальным стенозом, у которых невозможно осуществить традиционное хирургическое протезирование.

Ключевыми достижениями хирургии являются новые доказательства роли коронарной реваскуляризации, полученные в исследовании STICH, а также растущий массив доказательств того, что желудочковые вспомогательные устройства играют важную роль в ведении пациентов с терминальной стадией СН.

В новом руководстве значительное внимание уделено сопутствующим заболеваниям, учитывая их влияние не только на симптомы и прогноз, но и на выбор лечения.

В области терапии ОСН существенных изменений не произошло. Этот раздел руководства был сокращен и значительно пересмотрен с акцентом на рекомендацию придерживаться методов лечения, направленных на улучшение прогноза.

За исключением физических нагрузок и мультидисциплинарного подхода другим нефармакологическим/нехирургическим методам уровень доказательств присвоен не был вследствие неясной ситуации в отношении одних методов (например, ограничения потребления соли) и отсутствия убедительных доказательств данных для других.

Заболевания, сопутствующие сердечной недостаточности: кардиоренальный синдром

Почечная недостаточность при СН, давно известная как кардиоренальный синдром (КРС), только в последние годы стала привлекать значительное внимание исследователей. Тем не менее патофизиология этого состояния до конца не изучена, и открытым остается главный вопрос: сердце «убивает» почки или почки «убивают» сердце

В рамках конгресса прошел специальный симпозиум, целью которого было обобщить накопленные на сегодня знания об этом сложном в плане классификации, эпидемиологии, патофизиологии и ведения клиническом состоянии. Особое внимание было уделено анемии и железодефициту, которые часто наблюдаются при КРС и ухудшают и без того неблагоприятный прогноз таких больных.

Профессор Адриан Вурс (Университетский медицинский центр г. Кронингена, Нидерланды) определил КРС как состояние, характеризующееся почечной и сердечной недостаточностью. Органом, функция которого снижается первично, может быть как сердце, так и почки, при этом дисфункция одного органа ускоряет дисфункцию другого. Имеющиеся на сегодня эпидемиологические доказательства свидетельствуют о том, что оба состояния (сердечная и почечная недостаточность) выражено коррелируют с неблагоприятным прогнозом. При обсуждении прогностической роли ухудшения почечной функции подчеркивалась значимость биомаркеров этого клинического состояния, поскольку их определение может предоставить важную информацию о состоянии гемодинамики пациентов и их прогнозе и, кроме того, эти биомаркеры могут служить мишенями для терапевтического воздействия.

Профессор Клаудио Ронко (Больница района Сан-Бартоло, г. Виченца, Италия) отметил, что кардиоваскулярная и почечная системы являются взаимозависимыми. Первичные расстройства одной системы нарушают работу другой. В результате формируется порочный круг, в котором острая или хроническая дисфункция почек или сердца ускоряет потерю функции второго органа. Современная классификация КРС основана на консенсусной конференции 2008 г. Различают пять типов КРС:

- КРС 1 типа – острое ухудшение сердечной функции (ОСН, острый коронарный синдром), вызвавшее поражение и/или дисфункцию почек;
- КРС 2 типа – хроническое нарушение сердечной функции (хроническая СН, хроническая болезнь сердца), вызвавшее поражение и/или дисфункцию почек;
- КРС 3 типа – острое ухудшение почечной функции (острое поражение почек), вызвавшее поражение и/или дисфункцию сердца;
- КРС 4 типа – хроническая дисфункция почек (хроническая болезнь почек), вызвавшая поражение, заболевание и/или дисфункцию сердца;
- КРС 5 типа – системные состояния, вызвавшие одновременное поражение и/или дисфункцию сердца и почек.

По словам профессора Джона Париссиса (Клиника по сердечной недостаточности, г. Афины, Греция) отсутствие специальных исследований в области КРС подчеркивает необходимость

Ассоциация по сердечной общества кардиологов 2. Белград, Сербия



проведения новых клинических испытаний с целью оценки эффективности и безопасности, титрации и определения оптимальных дозировок препаратов в соответствии с этиологией и тяжестью миокардиальной и ренальной дисфункции. Стандартные на сегодня терапевтические стратегии, в частности петлевые диуретики и инотропы, часто ассоциируются с резистентностью и ограниченной клинической эффективностью, что обусловило повышенный интерес к новым препаратам, таким как антагонисты вазопрессина и антагонисты аденозиновых А₁-рецепторов. Пилотные клинические исследования с этими препаратами предоставили достаточно обнадеживающие результаты в некоторых подгруппах больных СН, однако в них не удалось четко продемонстрировать благоприятный эффект. Более перспективным подходом может оказаться ультрафильтрация, так как она улучшает регуляцию водного обмена и одновременно сохраняет почечную и сердечную функции. Тем не менее пока не будут проведены соответствующим образом спланированные масштабные исследования, ведение острого КРС остается в значительной степени эмпирическим.

Почечной недостаточности очень часто сопутствует анемия. Железодефицит вовлечен в патогенез СН и хронической болезни почек, что делает его рациональной мишенью для лечения анемии, связанной с КРС. В недавних исследованиях был установлен потенциальный благоприятный эффект коррекции железодефицита у больных СН, даже если у этих пациентов отсутствовала анемия.

Суммируя имеющиеся на сегодня данные, новый президент HFA, профессор Стефан Анкер (Германия), отметил, что анемия на фоне почечной дисфункции является маркером неблагоприятного прогноза в плане заболеваемости и смертности (в настоящее время проводится исследование, в котором оценивается эффективность эритропоэтина при данном состоянии), а железодефицит у таких больных можно рассматривать как новую мишень для терапии. Учитывая простоту исследования крови на анемию, его следует проводить у всех симптомных пациентов с СН. При диагностике железодефицита может быть назначена терапия внутривенными препаратами железа.

Апиксабан демонстрирует наибольшую эффективность при СН с систолической дисфункцией левого желудочка: результаты нового анализа исследования ARISTOTLE

Апиксабан – новый прямой ингибитор фактора Ха, предназначенный для перорального приема, – по эффективности и безопасности превзошел варфарин

В исследовании ARISTOTLE 18 тыс. пациентов с ФП и как минимум 1 дополнительным фактором риска инсульта/системной эмболии (ИСЭ) рандомизировали для получения апиксабана 5 мг 2 р/сут или варфарина (целевое МНО 2,0-3,0) и наблюдали на протяжении в среднем 1,8 года. Набор участников проводился из 1034 клинических центров в 39 странах. Основные результаты исследования, представленные на конгрессе ESC-2011 в г. Париже, показали, что лечение апиксабаном сопровождалось снижением риска инсульта на 25% и риска кровотечений на 31%. Исследователи подсчитали, что на каждую тысячу пациентов, пролеченных апиксабаном вместо варфарина, будет предотвращено 6 инсультов, 5 эпизодов больших кровотечений и 8 смертельных исходов.

В новом анализе, представленном на конгрессе HFA-ESC 2012, эффекты апиксабана и варфарина сравнивали у пациентов с ФП в зависимости от их систолической функции и наличия СН (известно, наличие СН или СДЛЖ ухудшает исходы пациентов с ФП). Частота достижения комбинированной конечной точки (ИСЭ + смерть от всех причин) составила (на 100 пациентов в год):

- у больных СН с СДЛЖ – 7,76 в группе апиксабана vs 8,37 в группе варфарина;
- у больных СН с сохраненной ФВ – 5,07 vs 5,57 соответственно;
- у пациентов без СН/СДЛЖ – 3,14 vs 3,79 соответственно.

Эти данные свидетельствуют о том, что СН с сохраненной ФВ и, особенно, с СДЛЖ ассоциируется с повышенным риском неблагоприятных событий. Апиксабан снижал риск у всех трех категорий пациентов, однако наиболее выраженное преимущество над варфарином наблюдалось у больных СН с СДЛЖ.

В новом анализе исследования SHIFT определена группа пациентов с сердечной недостаточностью, получающих наибольшую пользу от терапии ивабрадином

Исходы пациентов с СН и СДЛЖ определяет не доза β-блокатора, а степень снижения ЧСС комбинацией «β-блокатор + ивабрадин»

Основные результаты исследования SHIFT, впервые представленные на конгрессе ESC 2010 в г. Стокгольме, показали, что лечение ивабрадином, назначаемым в дополнение к стандартной терапии, у пациентов с хронической СН и повышенной ЧСС привело к снижению комбинированной конечной точки (кардиоваскулярная смерть + госпитализация по поводу СН) на 18% (p<0,0001). По словам доктора Карла Сведберга (Университет Готенбурга, Швеция), представлявшего результаты нового анализа SHIFT, одним из недостатков этого исследования было то, что в нем не учитывалось влияние различных доз β-блокаторов, на фоне которых назначался ивабрадин.

По данным различных авторов, от 20 до 50% пациентов с СН имеют повышенную ЧСС, несмотря на терапию индивидуализированной дозой β-блокатора. Однако, как отметил профессор Сведберг, индивидуализированная доза часто ниже рекомендованной либо из-за опасений врача, считающего, что пациент не сможет ее переносить, либо из-за нежелания самого больного испытывать побочные эффекты.

Целью нового анализа было оценить влияние доз β-блокатора, которые пациенты получали до рандомизации, на терапевтический эффект ивабрадина. Для анализа использовали данные оригинального исследования SHIFT, в котором 6500 пациентов с умеренной и тяжелой хронической СН и верифицированной СДЛЖ (ФВЛЖ <35%), получающих стандартную терапию при СН, рандомизировали для приема ивабрадина (5 мг 2 р/сут) или плацебо. Набор пациентов проводился в 677 центрах 38 стран.

Для осуществления анализа пациентов из базы данных SHIFT разделили на 5 групп в зависимости от дозы β-блокатора: <25%, 25<50%, 50<100% и 100% от целевой дозы, рекомендованной ESC. Влияние ивабрадина на кардиоваскулярную смерть и госпитализации по поводу СН (первичная конечная точка) в каждой группе определяли как время до первого события с использованием модели Кокса с поправкой на ЧСС. Кроме того, в зависимости от исходной ЧСС в покое пациентов разделили на 5 групп (70-72 уд/мин, 72<75 уд/мин, 75<80 уд/мин, 80<87 и ≥87 уд/мин). Таким образом, было сформировано 25 отдельных групп, отличающихся дозами β-блокатора и исходной ЧСС.

Результаты показали статистически значимые различия в отношении первичной конечной точки между пациентами, получавшими ивабрадин и плацебо, только среди больных, у которых доза β-блокатора составляла <50% от целевой (p=0,012). У пациентов, получавших >50% целевой дозы β-блокатора, ивабрадин не оказывал достоверного влияния на этот показатель.

Однако при добавлении в статистический анализ 5 категорий исходной ЧСС оказалось, что эффект ивабрадина на первичную конечную точку зависит не от дозы β-блокатора, а от исходной ЧСС. По словам доктора Сведберга, это означает, что фоновая терапия β-блокатором либо вообще не оказывает влияния, либо очень незначительно влияет на эффекты ивабрадина и что ключевым фактором, определяющим пользу от приема ивабрадина, является исходная ЧСС.

Кроме того, результаты нового анализа исследования SHIFT подчеркивают ведущую роль ЧСС в развитии жестких кардиоваскулярных конечных точек. У пациентов с систолической СН и синусовым ритмом, имеющих ЧСС в покое >70 уд/мин, необходимо пересматривать базисную фармакотерапию. Если возможно повышение дозы β-блокатора и оно приведет к снижению ЧСС <70 уд/мин, терапия β-блокатором является приемлемой. В иных случаях добавление к β-блокатору ивабрадина обеспечит снижение риска будущих кардиоваскулярных событий.

Стойкий терапевтический эффект транскатетерной пластики митрального клапана: результаты исследования TITAN

У пациентов с СН и функциональной митральной регургитацией митральная контурная система CARILLION значительно уменьшает размеры ЛЖ через 1 год и обеспечивает стойкий клинический эффект через 2 года после имплантации

Функциональная митральная регургитация (ФМР) – хорошо описанное последствие ремоделирования ЛЖ. ФМР поражает около 90% пациентов с СН и может повышать риск смерти. В ряде исследований было установлено, что легкая ФМР ассоциируется со смертностью 10% в год, умеренно выраженная – 20% в год и тяжелая – 30-40% в год.

Стандартным лечением ФМР у пациентов с СН остается лекарственная терапия (ИАПФ, БРА, β-блокаторы и диуретики). У больных, подвергавшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ), эффективна хирургическая пластика митрального клапана, однако вне операции АКШ риск этой процедуры считается неоправданно высоким.

Митральная контурная система CARILLION позволяет восстанавливать функцию митрального клапана с помощью чрескожного доступа, оптимизируя таким образом профиль «польза-риск». Устройство, произведенное из нитинола, состоит из двух якорей, соединенных фасонной лентой, формирующей натуральные контуры коронарного синуса. Имплантат закрепляется в двух местах, что приводит к восстановлению первоначальной формы кольца вокруг митрального клапана с последующей редукцией ФМР. Установка устройства проводится под флюорографическим контролем и длится в среднем 38 мин.

В исследовании TITAN, которое проводилось в 6 клинических центрах Германии, Польши и Франции, пластика митрального клапана с помощью устройства CARILLION была выполнена 53 пациентам с ФМР и систолической СН.

Согласно полученным результатам, 30-дневная частота крупных неблагоприятных событий (все случаи смерти, инфаркта миокарда, перфорации сердца, эмболии устройства и операции по поводу несостоятельности устройства) составила всего 1,9%.

На протяжении 12 мес после имплантации митральная регургитация уменьшилась с 35±12 до 17±12 мл (p=0,001), конечносистолический объем ЛЖ – со 152±57 до 121±43 мл (p=0,015). Средний показатель 6-минутного теста с ходьбой с исходных 303±74 м увеличился до 406±180 м через 12 мес и 450±99 м через 24 мес (p=0,005). Средний класс СН по NYHA с исходных 3,1±0,23 через 12 мес улучшился до 2,1±0,64 и остался на уровне 2,1±0,74 через 24 мес.

Новые данные об HCV-индуцированной кардиомиопатии

Результаты наблюдательного исследования показали, что противовирусная терапия может приводить к обратному развитию HCV-индуцированной кардиомиопатии

Кардиомиопатия, вызванная вирусом гепатита С (HCV), – потенциально излечимое заболевание сердца, которое часто остается недиагностированным. На сегодня доказано, что HCV не является исключительно гепатотропным вирусом – он также поражает кожу, почки, нервы, суставы и сердца.

В сердце HCV изменяет свойства мышечных белков – сократимость, цикличность и возбудимость. Клинические эффекты этого воздействия проявляются в непосредственной инвазии в кардиомиоциты и инициации аутоиммунного каскада с последующим высвобождением кардиотоксических воспалительных цитокинов. Считается, что в странах с высокой распространенностью HCV 10-15% всех случаев кардиомиопатии вызваны HCV-инфекцией.

На конгрессе HFA-ESC были представлены результаты трех наблюдательных исследований, проведенных Академией научных исследований и технологий (г. Каир, Египет) и Токийским университетом (Япония).

В первом исследовании наблюдали 50 пациентов с HCV-инфекцией и 50 здоровых лиц, которым выполнялась ЭКГ и ЭхоКГ. По сравнению с контролем у HCV-положительных участников значительно чаще встречались суправентрикулярные аритмии, сниженные ФВЛЖ и амплитуды волн (во всех случаях p<0,05).

Во втором исследовании приняли участие 45 HCV-положительных больных и 45 сопоставимых по возрасту и полу здоровых добровольцев. Программа обследования включала ПЩР, ЭКГ, ЭхоКГ, доплерографию и тензометрическую визуализацию. Результаты показали, что по сравнению с контролем у пациентов, инфицированных HCV, наблюдалось достоверное снижение показателя E/A по данным тканевого доплера (p<0,0001) и повышение уровня N-терминального предшественника мозгового натрийуретического пептида (NTpro-BNP; p<0,0001), причем эти изменения непосредственно коррелировали с уровнем вирусемии.

В третьем наблюдательном исследовании 20 HCV-положительным пациентам с дилатационной кардиомиопатией до и после противовирусной терапии проводили доплеровскую ЭхоКГ и ЭхоКГ с отслеживанием движения спеклов. Лечение включало цетиризин в монотерапии и в комбинации с интерфероном и рибавирином. Полученные результаты показали значительное улучшение систолической функции при завершении курса лечения (p<0,05).

Официальный сайт конгресса: <http://www.escardio.org/congresses/hf2012>

Подготовил Алексей Терещенко



Академик НАМН Украины Ю.И. Фещенко:

*«Если бы в сутках был дополнительный час,
я посвятил бы его медицине»*

Счастье не в том, чтобы всегда делать то, что хочешь, а в том, чтобы всегда хотеть того, что делаешь.

Лев Толстой

«Первые лица в медицине? Так это Андрей Сердюк, Раиса Богатырева...», – так скромно, отмалчиваясь о собственных достижениях, отреагировал на предложение о проведении интервью в рубрику с одноименным названием Юрий Иванович Фещенко, тем не менее пообещал выделить в плотном рабочем графике 5 минут для беседы. Несколько нетипичными как для менеджера государственного уровня выглядят тонкий английский юмор, доброжелательность собеседника, отсутствие дистанции – практически сразу приходит ощущение легкости в общении, и только частые телефонные звонки (телефонные аппаратов в кабинете Юрия Ивановича ни много ни мало – 4) напоминают: перед нами – главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины, руководитель ведущего профильного института страны, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, руководитель клинических испытаний и научных проектов, человек, в компетенции которого ежедневное решение множества маленьких и больших проблем украинских пациентов с пульмонологической патологией. Жизненный путь Ю.И. Фещенко – яркая история успеха, взлета, о котором наш собеседник даже не мечтал. На вопрос, в чем же заключается секрет побед на медицинском поприще, Юрий Иванович отвечает, не раздумывая: «Нужно полностью отдавать себя медицине».

Ваше желание стать доктором – это мечта родом из детства, дань семейным традициям, поворот судьбы или осознанный выбор? Какой медицинский вуз стал Вашей альма-матер?

– Это не случайность, скорее, закономерность. На момент, когда я заканчивал школу, моя сестра (она старше меня на 3 года) была студенткой педиатрического факультета Киевского медицинского института (в настоящее время Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца. – Прим. авт.). Мы были очень дружны, тесно общались, вместе с родителями часто навещали ее в столице (наша семья проживала в городе Тальное Черкасской области). Чрезвычайная заинтересованность сестры медициной, огромный энтузиазм, рассказы об интересных и курьезных случаях «заразили» и меня. Четких предпочтений относительно выбора профессии у меня не было, зато присутствовали склонность к предметам гуманитарного профиля и естественным наукам, в частности к биологии, и достаточный

уровень подготовки (школу я окончил с серебряной медалью), и я принял решение последовать примеру сестры. К слову, о своем выборе не пожалел ни разу: ее поддержка позволила мне избежать свойственного первокурсникам периода адаптации и дискомфорта, а медицина со временем из профессии «переросла» в жизненное призвание.

В целом нельзя сказать, что желание стать врачом было моей мечтой. Вспоминаю эпизоды из детства, когда ко мне на консультацию вызывали педиатра (он был нашим соседом): горькие таблетки, неприятные манипуляции, болезненные уколы... После воздействия подобных «атрибутов» лечения я неизменно приходил к заключению: «Никогда не буду детским врачом!».

Однако судьба распорядилась иначе: я пополнил ряды студентов педиатрического факультета, получил специализацию в области детской фтизиатрии, длительный отрезок жизни посвятил работе с маленькими пациентами. Возможно, это все-таки провидение.

Чем Вам запомнились студенческие годы? Кого из преподавателей можете назвать своим наставником, образцом для подражания?

– Наиболее ярким и разноплановым стал 1-й курс обучения. Например, на всю жизнь запомнился курс анатомии – и как базовая дисциплина, и благодаря заведующему кафедрой нормальной анатомии, профессору Михаилу Сергеевичу Спинову. Неординарный человек, ученый с мировым именем, он обладал уникальным талантом лектора и открывал нам поразительные тонкости анатомической науки.

Из уст в уста передавался рассказ о его гражданском подвиге: когда во время эвакуации Киевского медицинского института на Урал преподавателям разрешили взять с собой определенное количество необходимых вещей, профессор М.С. Спиров явился на вокзал с огромным багажом, в котором находились... уникальные экспонаты анатомического музея. Этот поступок, бесспорно, можно назвать бесценным вкладом в развитие отечественной медицины; после войны экспонаты вернулись на историческую родину и в настоящее время находятся в стенах НМУ им. А.А. Богомольца.

Интерес к инфекционным заболеваниям был предопределен уже на клиническом этапе: мои первые научные студенческие работы (исследования по менингококковой инфекции), публикации в специализированных изданиях, выступления в рамках научных форумов состоялись под руководством заведующего кафедрой детских инфекционных болезней Петра Стапановича Мошича.

Можно перечислить множество фамилий выдающихся ученых, ведь практически все сотрудники клинических кафедр были светилами медицины. Среди них поистине легендарные личности – заведующий кафедрой микробиологии Сергей Степанович Дьяченко, заведующий кафедрой ЛОР-болезней Михаил Сидорович Коломийченко, заведующий кафедрой патологической физиологии Николай Никифорович Зайко.

Признание пришло к ним еще при жизни, и хотя этих людей уже нет с нами, память о них живет.

Что сыграло основную роль в формировании Вас как врача, как личности?

– Несмотря на сумбурную историю выбора профессионального пути, уже с первого дня обучения пришел осознание: я – будущий врач, моя основная задача – помогать людям. Возможно, именно это позволило избежать типичных размышлений о «ненужности» некоторых предметов, ответственно подходить к освоению учебной программы.

Определяющую роль в формировании меня как личности и как врача сыграло влияние общества: в те годы отмечалась высокая потребность в квалифицированных специалистах, что подтверждалось опытом сестринской практики (мы проходили ее в районных центрах Житомирской, Черкасской областей, поэтому могли оценить уровень оказания медицинской помощи в регионах); отсутствовало понятие «проблемы с трудоустройством» выпускников медицинских вузов; предоставлялись широкие возможности для применения полученных теоретических знаний на практике.

Каждый студент понимал простую истину: «Ты сам должен себя создать», пассивная позиция в медицинской среде просто недопустима. Огромный багаж знаний и навыков мы дополняли кропотливым самостоятельным трудом, посещением дежурств (правдами и неправдами пытаюсь туда попасть), обменом опытом со студентами старших курсов, научной работой.

Все 6 лет обучения я прожил в общежитии на ул. Героев Революции (ныне улица Трехсвятительская. – Прим. авт.); мы часто ездили в так называемые студотряды в колхозы (рвали хмель, собирали свеклу), что тоже в хорошем смысле «закаляло» и воспитывало. Огромное влияние на мое мировоззрение оказала царившая повсюду необычайно теплая и дружеская атмосфера сплоченности: на факультете (несмотря на интернациональный состав студентов), в общежитии, в совместных поездках, даже среди прохожих на улицах цветущего Киева.

Стал ли кто-то из Ваших университетских друзей известным врачом, ученым, организатором? Если да, то кто и в какой сфере?

– Наше поколение богато талантливыми докторами. Например, А.П. Вершигора ныне возглавляет Городскую больницу скорой медицинской помощи г. Киева, известный врач-психотерапевт С.В. Сорока занимается лечением различных видов зависимости с использованием так называемого метода кодирования, один из моих друзей – известный ортопед-травматолог – эмигрировал в Канаду.

Какое медицинское учреждение стало для Вас практической школой, первым уроком в карьере? Как Вы преодолевали препятствия, с которыми пришлось столкнуться в роли молодого специалиста?

– Моим первым и единственным в жизни местом работы стал ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», который я сейчас возглавляю. В 1973 г. после окончания КМИ с отличием, я получил сюда распределение, до 1975 г. работал младшим научным сотрудником в отделении туберкулеза легких у детей и подростков под руководством профессора Станислава Адольфовича Кшановского, совмещая практическую деятельность с активным научным поиском – работой над кандидатской диссертацией, посвященной проблемам диагностики и лечения туберкулеза у детей.

Безусловно, как и у каждого молодого специалиста, у меня ежедневно возникало множество вопросов. Сложно было осознать, что еще вчера выступал в роли ученика, а сегодня необходимо самостоятельно принимать решения, брать на себя ответственность за здоровье и жизнь других. Сказывалось и то, что в то время фтизиатрия представляла собой совершенно новое направление; институтский курс этой дисциплины преподавался достаточно сжато.

Коллектив института напоминал большую дружную семью, в которой каждый чувствовал себя легко и уютно

и был окружен вниманием: более опытные специалисты помогали, поддерживали и при этом обладали уникальным талантом — были чуткими и тактичными наставниками, не демонстрировали собственное превосходство. Могу с уверенностью сказать, что молодым специалистам, которые стремились к саморазвитию, не создавали искусственных преград — перед ними были открыты все двери.

Не секрет, что профессия врача требует особой выдержки, силы воли и спокойствия. Какой момент своей профессиональной жизни Вы можете назвать поворотным? Не возникала ли мысль сменить род деятельности?

— В следующем году исполнится 40 лет с того момента, когда я впервые переступил порог института. Естественно, и в работе, и в жизни я сталкивался с различными ситуациями, но мысль о том, чтобы сменить род деятельности, не возникала ни разу. Сложно даже предположить, в какой еще специальности я мог бы себя найти.

Профессия медика благородна, необходима, чрезвычайно интересна: несмотря на длительный практический опыт, не перестаю удивляться совершенству строения человеческого организма, регуляции различных механизмов. Например, площадь легких в расправленном виде составляет около 10 м². Замечу, что этот орган на протяжении всей жизни контактирует с внешней средой: о своем приходе в мир новорожденный извещает вдохом, а уходит из него, прекращая дышать.

Поворотным моментом в моей карьере стало знакомство с Владимиром Никаноровичем Молотковым — талантливым и энергичным доктором, успешным менеджером, приехавшим из Крыма в г. Киев (он возглавлял отделение пульмонологии в больнице «Феофания», ученый совет IV управления, занимал должность заместителя директора по научной части, в дальнейшем — директора Института фтизиатрии и пульмонологии),



специализировавшимся в области пульмонологии. Тесная работа с этим клиницистом способствовала расширению моего медицинского кругозора, я начал более подробно изучать пульмонологию, продолжая исследования в области фтизиатрии. Специализацию я сменил в 1978 г.

Помните ли своего первого больного?

— Моим первым пациентом был 7-летний мальчик с нераспространенным процессом в легких. В первый день моей работы палатный доктор поручила мне ведение этого больного.

Несмотря на отсутствие «экстрима» (в институт пациенты госпитализируются планово), эта профессиональная задача стала своего рода боевым крещением, которое я успешно прошел: маленький пациент был выписан здоровым.

Что, по Вашему мнению, включает понятие «Врач от Бога»? Какими качествами должен обладать настоящий доктор?

— Уравновешенный, знающий, отзывчивый — этим характеристикам должен соответствовать каждый человек, посвятивший себя медицине. Обязательные качества — сострадание, умение выслушать, ведь без любви к ближнему работать врачом попросту невозможно.

Врач от Бога — это человек, который понимает и здорового, и больного; доктор, который помогает пациенту и осознает, что тот доверяет ему здоровье и жизнь; специалист, о котором лучше всего говорят результаты его работы.

Я не поддерживаю популяризуемый в настоящее время автоматизированный подход к сбору анамнеза, диагностике, лечению — в первую очередь из-за присущего ему субъективизма (в силу того, что программы придумывают люди); считаю, что ни одна машина не сможет заменить беседу с врачом, уже саму по себе обладающую психотерапевтическим эффектом.

Отмечу, что даже стандартизированный подход не отрицает необходимости индивидуального выбора терапевтической тактики. В медицинской среде иногда можно услышать: «У каждого больного своя гипертония, свой диабет, своя пневмония». Многие пациенты нуждаются именно в совете врача, его внимании, сострадании. Можно быть прекрасным хирургом, обладать незаурядным мастерством, ювелирно выполнять технически сложные вмешательства, но «пускать» период восстановления, что значительно снижает шансы на достижение успеха.

Известно мнение, что о человеке говорят его дела. Думаю, медицина — область, где это утверждение имеет больше всего доказательств. По каким критериям, кроме качества, можно оценить работу врача? Количество? Он расшифровывает 100 электрокардиограмм в час? Но поможет ли это пациенту вернуть здоровье?

От чего получаете наибольшее удовольствие в работе?

— От результата. Чем бы ты ни занимался — научными исследованиями, разработкой инновационного метода лечения, лабораторной диагностикой, все эти действия объединены одной целью — помочь человеку, который в этом нуждается, ответить на возникшие вопросы, решить существующие проблемы. Поскольку к нам обращаются с целью восстановить/улучшить здоровье, самое приятное — слышать от пациента: «Доктор, спасибо, мне уже лучше».

Ваше профессиональное кредо?

— Реагирую и откликаюсь на любые касающиеся медицины просьбы и вопросы людей независимо от их возраста, пола и социального положения; даже если не могу решить проблему самостоятельно, стараюсь помочь советом, проконсультировать.

Признаюсь, у меня нет понятий «завершение рабочего дня», «отпуск» — я постоянно нахожусь в процессе рассмотрения медицинских вопросов; общение с пациентами составляет 90% моей жизни. Я заметил, что иногда, находясь за пределами рабочего места, сам провожу беседы на медицинские темы, обсуждение актуальных проблем, связанных со здоровьем.

Иногда пытаюсь представить, чем бы стал заниматься, уйдя «на покой». Спрашиваю себя и... не нахожу ответа. Медицина, пациенты, институт — это важная, наверно, даже основная часть моей жизни.

Никогда не задумывался по поводу профессионального кредо, но моим жизненным принципом является: «Жить и помогать жить другим!».

В Вашем послужном списке — множество профессиональных успехов, государственных наград, научных трудов, Ваше имя известно среди коллег и пациентов. Какими собственными достижениями Вы больше всего гордитесь? Чего еще хотелось бы достичь?

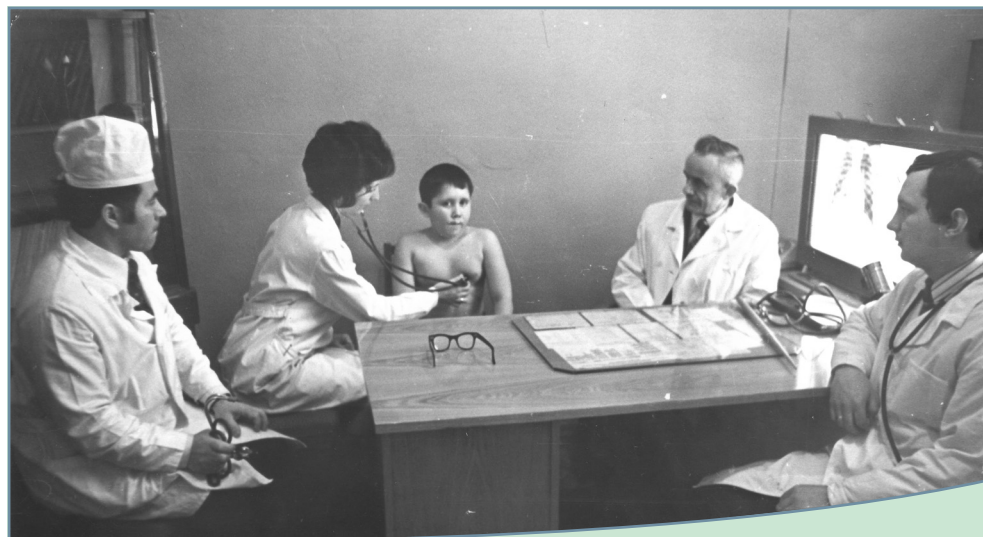
— Больше всего я горжусь своей семьей: и как крепкой ячейкой общества в общественном понимании, и как точкой опоры, надежным тылом, самыми близкими мне людьми.

Наша семья небольшая — мы с женой, сын, невестка, 10-летняя внучка и моя мама (в этом году она отметит 90-летний юбилей). Я считаю, что огромным достижением является умение сохранять теплую дружескую атмосферу: как и в любой семье, у нас возникают

разногласия, однако их «срок хранения» — всего несколько минут.

Уверен: семья — это обязательная составляющая счастья.

Мне приятно, что я воспитал сына ответственным и добрым человеком; что у меня прекрасная невестка



и любознательная внучка; что моя жена, с которой мы уже 38 лет вместе, — талантливейший врач, получивший заслуженное признание; что каждый в нашей семье руководствуется в отношениях понятиями «уважение», «взаимопонимание», «поддержка».

То, что я доктор наук, профессор и академик, — не только моя заслуга, но и огромный вклад моей семьи: за какое бы начинание я ни брался, всегда чувствую поддержку близких и на бытовом, и на общественном, и на эмоциональном уровнях.

Моя семья — моя крепость. Это утверждение в полной мере относится ко мне.

Вы бы хотели, чтобы Ваша внучка посвятила себя медицине и продолжила врачебную династию?

— К вопросу выбора профессии она подходит достаточно серьезно: например, недавно заявила, что планировать будущее начнет через 5-6 лет.

Я бы хотел, чтобы она была счастливой, здоровой, успешной, пользовалась уважением в обществе, имела достойный уровень жизни, душевное равновесие.

Счастье — сумма множества составляющих. Как говорится в печальном анекдоте, «на «Титанике» были здоровые, но не было счастливых».

Что помогает Вам отдохнуть «душой и телом»?

— Благотворное влияние на мое душевное и физическое состояние оказывают растительный мир, леса, горы, море. Предпочтение отдаю первозданной природе: парк или сквер, которого минимально коснулась рука человека, мне нравится гораздо больше искусственной аккуратно подстриженной лужайки, а обычный тюльпан для меня красивее сортового.

Особой радостью наполняюсь, когда вижу, как слабенькое на вид деревце постепенно набирает силу, крепнет, расцветает.

Несмотря на склонность к домоседству (тоску по родным местам ощущаю, как правило, через день отсутствия), много путешествую, открываю новые уголки Украины и мира.

Увлекаюсь искусством, классической музыкой, мои любимые композиторы — Р. Вагнер и Дж. Пуччини, часто пересматриваю постановки опер (в частности, впечатлила проведенная в так называемом Запретном городе — главном дворцовом комплексе китайских императоров в г. Пекине). К своим маленьким слабостям могу отнести коллекционирование видеокассет, дисков с шедеврами классической музыки.

Расскажите о своем любимом уголке Украины, мира.

— Не могу выбрать что-то одно: мои симпатии разделены между двумя диаметрально противоположными регионами Украины — Закарпатьем и Крымом.

Закарпатье покорило удивительно гармоничным сочетанием невероятно красивой природы, живописных пейзажей, гор и равнин, яркости и самобытности культурного наследия, интернационального состава населения, необыкновенной внутренней глубины и мудрости местных жителей вопреки различным обстоятельствам. Несмотря на огромное количество конфессий, в регионе царит атмосфера дружелюбия, гостеприимства, спокойствия.

Продолжение на стр. 16.

ПЕРВЫЕ ЛИЦА

Академик НАМН Украины Ю.И. Фещенко:

«Если бы в сутках был дополнительный час, я посвятил бы его медицине»

Продолжение. Начало на стр. 14.

Неповторимый южный колорит, особый уклад жизни, богатый растительный мир, почтенный Симферополь, шумная Алушта, камерный Симеиз — это Крым, красота и неповторимость которого (не только южного берега, но и степной его части) может с явным перевесом соперничать с разрекламированным блеском Лазурного берега.

Безусловно, в нашей стране множество удивительных мест, заслуживающих внимания, однако особой притягательностью для меня обладают именно Закарпатье и Крым.

Лидером моего рейтинга зарубежных государств является Италия — веселая, «вкусная», заборная и неунывающая страна, жители которой чрезвычайно похожи на украинцев по духу, менталитету и темпераменту.

По кухне и вкусовым предпочтениям нашим соотечественникам наиболее близка Германия. Одни из моих любимых городов — Мюнхен и Вена, последняя по помпезности сравнима с Мадридом и Лондоном.

Несколько раз бывал в Юго-Восточной Азии, однако длительные перелеты и тяжелый климат уменьшают радость от поездки; сейчас маршруты моих путешествий в основном ограничиваются европейским регионом — от Пиреней до Уральского хребта.

Прекрасный город для духовного отдыха, посетить который, как мне кажется, обязан каждый, — Иерусалим. Ступая на Землю обетованную, несмотря на климатические особенности, нерешенные политические проблемы, многотысячные толпы туристов, ощущаешь ауру умиротворенности, мира, покоя. «Знаковые» энергетические места — храм Гроба Господня, храм Благовещения, место захоронения Георгия Победоносца в городе Лод (кстати, именно здесь был изготовлен крест, на котором распяли Иисуса Христа). На территории храма Гроба Господня расположена армянская православная церковь, в которой собрано наибольшее количество мощей святых.

Иерусалим — удивительный город, место соединения различных культур, временных эпох, религиозных предпочтений.

Где еще, помимо Киева, Вы смогли бы жить?

— Наверное, нигде — вся моя сознательная жизнь (я приехал в столицу в 1967 г.) прошла в этом городе. Я без тени сомнения называю его родным, иногда шучу, что здесь зарыта моя пуповина.

Безусловно, каждый украинский город — и Черновцы, и Львов, и Черкассы, и многие другие — обладают определенным шармом, но представить свою жизнь за пределами Киева мне сложно.

Побывав во многих государствах, могу констатировать, что Украина — исключение из правил в общечеловеческом смысле: столько хороших и доброжелательных людей, как в нашей стране, не встретишь нигде в мире.

Вы часто участвуете в международных конференциях, симпозиумах. Систему здравоохранения какой страны считаете оптимальной? Положительный опыт каких государств хотели бы привнести в украинскую медицину?

— Хочется, чтобы жители Украины придерживались тех предписаний, правил и законов, которые хотят внедрить; чтобы поддерживались исполнительная дисциплина и ответственность; чтобы каждый в полной мере выполнял свои профессиональные обязанности. Если бы все перечисленные пункты реализовались, потребность в реформировании попросту исчезла бы.

В нашей стране очень талантливые и изобретательные люди; в медицине, возможно, это отчасти обусловлено дефицитом технического обеспечения. Вместе с тем для Украины абсолютно несвойственна ситуация, когда, например, в случае отключения электроэнергии или перебоев с компьютерной сетью врач снимает халат и покидает рабочее место, поскольку не в состоянии выполнять свои обязанности.

Говорят, от добра добра не ищут. Это действительно так. Безусловно, в отечественную систему здравоохранения

нужно вносить определенные коррективы, но не радикальными методами. В какой-то степени медицина — отражение уровня развития общества: нет стран с высоким уровнем жизни и низким качеством медицинских услуг, и наоборот.

Хочу отметить, что за последние 20 лет украинская медицина достигла значимых успехов: нет ни одной сферы, которая бы не развивалась; ни одного инновационного метода, который не был бы нам доступен; ни одной области, в отношении которой существовали бы «пробелы» в информационном плане.

Каким Вы видите будущее украинской медицины?

— Считаю, что и сейчас уровень отечественной медицины соответствует европейскому. Украинские специалисты на высочайшем уровне владеют современными методиками лечения; главную трудность представляют собой зоны/площади охвата, доступность высокоспециализированной помощи. Это не значит, что в каждом ФАПе необходимо выполнять сложные кардиохирургические вмешательства, однако в медицинских учреждениях областного уровня такая возможность должна присутствовать.

Более 20 лет Вы возглавляете главный профильный институт страны в области пульмонологии и фтизиатрии. На его базе проводятся клинические исследования, выполняются научные работы. Какие программы (проекты, испытания) находятся сейчас на этапе внедрения?

— Наиболее актуальными проблемами в области пульмонологии и фтизиатрии в настоящее время являются высокие уровни заболеваемости и смертности по причине туберкулеза, бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких. Тяжело быстро изменить ситуацию к лучшему еще и потому, что в развитии каждой из перечисленных патологий важную роль играют и внешние факторы — курение, загрязнение воздуха, промышленные отходы и др., скорректировать которые очень сложно.

На базе нашего учреждения продолжается работа над оптимизацией методов диагностики и лечения бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких, диссеминированных процессов, химиорезистентного туберкулеза; изучается профиль антибиотикорезистентности основных возбудителей инфекций дыхательных путей в Украине. Огромным достижением я считаю успехи в лечении химиорезистентного туберкулеза: на уровне института эффективность лечения составляет 86%, превышая мировой показатель.

Со всеми административными единицами страны подписаны договоры, оговорены квоты, согласно которым учреждения Национальной академии медицинских наук Украины, среди которых и наш институт, берут на себя обязательства обеспечить бесплатным лечением определенное количество больных.

Я ответственно заявляю: лечение по профилю (бронхиальной астмы, туберкулеза и др.) проводится абсолютно бесплатно; при наличии сопутствующей патологии приобретение лекарственных средств для ее лечения обеспечивается пациентом.

2011-й год выдался богатым на законодательные нововведения: предложено введение частичного запрета на рекламу безрецептурных средств, ужесточились антикоррупционные мероприятия и др. Как, по Вашему мнению, отразятся подобные изменения на работе практических врачей, представителей фармацевтического бизнеса, жизни пациентов?

— Поддерживаю все нововведения, поскольку в некоторых случаях взаимоотношения фармацевтических компаний и врачей имеют определенный подтекст. Зависимости лечащего врача от производителя



лекарственных препаратов быть не должно! Мнение и выбор клинициста должны основываться только на научных данных и собственном опыте.

Крайне негативно отношусь к недобросовестной и неэтичной рекламе, провоцирующей пациентов к самолечению, что в большинстве случаев только усугубляет существующую проблему. Далеко не все потребители рекламы понимают, что при наличии симптома «плюс ткань» она не «рассосется», как гласят рекламные буклеты, а только «замаскируется» уменьшением выраженности клинических признаков.

С другой стороны, реклама — это пропаганда современных методов, инновационных препаратов, которая обязана иметь место. Выходом из сложившейся ситуации вижу возможность продвижения лекарственных средств исключительно в специализированной медицинской прессе с четкой аргументацией в виде веских научных данных и публикаций авторитетных экспертов.

Вы «живете» работой и во внерабочее время или стараетесь оставлять профессиональные моменты за порогом дома? Если бы в сутках был еще один час, как бы Вы его использовали?

— Раньше земские врачи навещали больных, пешком преодолевали значительные расстояния, не имея средств связи, — и все успевали. Я тоже стараюсь совмещать практическую медицину с управленческой деятельностью, правильно распределять время. Оставляя работу на работе? Это неинтересно, да и попросту невозможно: для меня работа — синоним слова «жизнь». И если бы в сутках был дополнительный час, я посвятил бы его медицине.

Вы — счастливый человек? Какие мечты еще хотелось бы осуществить?

— Скажу так: дефицита счастья я не испытываю. Мечта? Хотелось бы стать должником — и в здравоохранении, и в жизни.

Ваше пожелание украинским специалистам.

— Быть здоровыми и счастливыми.

Главное жизненное правило Юрия Ивановича Фещенко простое и мудрое: делать то, что любишь, и любить то, что делаешь. Он убежден: «Хороший врач дарит своему пациенту определенную долю счастья, ведь здоровье и радость от жизни — неразделимые понятия». И соглашается с Виктором Франклом: «Счастье подобно бабочке: чем больше ловишь его, тем больше оно ускользает. Но если вы перенесете свое внимание на другие вещи, оно придет и тихонько сядет вам на плечо».

Подготовила **Ольга Радучич**