

Особенности ведения пациентов на разных этапах кардиологического континуума

По материалам XV Национального конгресса кардиологов Украины (23-25 сентября, г. Киев)

Владение знаниями в области современных стандартов ведения пациентов с кардиоваскулярной патологией – важное, но не единственное условие успеха. Умение анализировать и правильно интерпретировать данные доказательной медицины, богатый практический опыт – то, чего так часто не хватает врачу для того, чтобы ответить на многочисленные вопросы, встающие перед ним в повседневной клинической практике. Собственными знаниями и опытом в лечении наиболее сложных категорий кардиологических больных делились с практическими врачами ведущие украинские ученые-кардиологи.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и семейной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Андрей Эдуардович Багрий посвятил свое выступление роли гипоплипидемической терапии в лечении пациентов высокого кардиоваскулярного риска. Также он отметил, что статины относятся к препаратам, назначение которых сегодня является стандартом ведения больных высокого риска на любом этапе кардиоваскулярного континуума.

Выраженное гипоплипидемическое действие и многочисленные плейотропные эффекты статинов реализуются в замедлении прогрессирования атеросклероза и снижении риска кардиоваскулярных осложнений у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД), постинсультных, с ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе с острым коронарным синдромом (ОКС), инфарктом миокарда (ИМ), при чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) и аортокоронарном шунтировании (АКШ). В категорию больных, которым показано назначение статинов, сегодня включены также пациенты с хроническим заболеванием почек (ХЗП), с атеросклеротическим поражением почечных, церебральных и периферических артерий.

При анализе широкой доказательной базы статинов становится очевидным, что наиболее изученным препаратом этой группы является оригинальный аторвастатин (Липримар).

Липримар – статин, изучавшийся в специально спланированных рандомизированных клинических исследованиях у пациентов с АГ (ASCOT-LLA), СД (CARDS), перенесших инсульт, и имеющий в своей доказательной базе два крупных исследования в области лечения ОКС (PROVE-IT, MIRACL).

Аторвастатин при АГ

В известном исследовании ASCOT-LLA добавление аторвастатина к антигипертензивной терапии у пациентов с АГ высокого риска способствовало снижению риска развития первичной конечной точки (нефатального ИМ и смерти от ИБС) на 38%, ИМ – на 35%, инсульта – на 47%. Таким образом, впервые были продемонстрированы возможности статинотерапии в улучшении прогноза у пациентов с АГ высокого риска. Помимо снижения риска кардиоваскулярных осложнений аторвастатин обеспечивает у этих больных ряд других важных эффектов: некоторое уменьшение активности симпатической нервной системы, замедление прогрессирования ХЗП.

В исследовании CARDS использование аторвастатина в дозе 10 мг/сут в лечении пациентов с СД 2 типа привело к снижению первичной конечной точки (кардиальная смерть, нефатальный ИМ, госпитализация по поводу нестабильной стенокардии, реанимация после остановки сердца) на 36%, ИМ – на 35%, инсульта – на 47%. Полученные результаты стали одним из наиболее весомых доказательств того, что польза от применения статинов при СД 2 типа значительно превышает возможные риски. Дополнительная выгода от применения статинов при СД связана с наличием у этих препаратов рено- и вазопрокторных свойств, поэтому необходимость и важность их назначения больным СД 2 типа в клинической практике не должна подвергаться сомнению.

Аторвастатин при ОКС

Исследования MIRACL и PROVE-IT стали фактически первыми шагами на пути к формированию современного подхода к лечению пациентов с ОКС, который предполагает обязательное применение статинов в высоких дозах на самых ранних этапах развития этого синдрома с последующей длительной терапией. И если в исследовании MIRACL аторвастатин обеспечил достоверное снижение первичной конечной точки (смерть, нефатальный ИМ, реанимация при остановке сердца, повторная симптоматическая ишемия с необходимостью госпитализации) по сравнению с плацебо, то в исследовании PROVE-IT было продемонстрировано его превосходство в предотвращении неблагоприятных исходов перед другим представителем группы – правастатином. Результаты исследования ARMYDA показали, что аторвастатин может значительно улучшать клинические исходы при применении перед ЧКВ у пациентов с ОКС. Не случайно именно аторвастатин является единственным представителем группы, который одобрен Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (FDA) для применения у пациентов с ИМ.

В исследовании SPARCL аторвастатин (Липримар) снизил риск развития повторного инсульта на 16% и смерти от инсульта – на 43% у пациентов с СД 2 типа, недавно перенесших инсульт. Несмотря на то что в клинических исследованиях статины назначались начиная с 3-го дня после развития инсульта, в мировой практике уже получен опыт их применения с первых дней развития заболевания. В пользу такой тактики свидетельствует отсутствие риска геморрагической трансформации на фоне приема статинов у пациентов с ишемическими инсультами, уменьшение тяжести течения инсультов и улучшение гемодинамических показателей в сонных артериях.

Аторвастатин при хронической ИБС

Эффекты Липримара хорошо изучены при хронической ИБС, в том числе при реваскуляризации миокарда. Одним из важнейших исследований в области применения статинов при стабильной ИБС является исследование TNT, в котором была продемонстрирована возможность более эффективной профилактики основных осложнений – кардиоваскулярной смерти, ИМ, остановки сердца, инсульта – путем использования высокодозовой статинотерапии. Важно, что все эффекты аторвастатина сохранялись в подгруппе пациентов с ХЗП II-IV стадий, и сегодня статинотерапия рекомендована таким больным для снижения прогрессирования нарушений функции почек и уменьшения кардиоваскулярного риска.

Липримар – один из наиболее изученных статинов при ХЗП и может применяться даже на V стадии ХЗП и у пациентов, находящихся на диализе. Липримар, в отличие от других статинов, в минимальной степени экскретируется почками (всего 2%).

Таким образом, в клинических рандомизированных исследованиях была доказана способность аторвастатина (Липримара) влиять на жесткие конечные точки при различных заболеваниях, и результаты, полученные при применении этого препарата, стали основой для изменения рекомендаций по ведению пациентов высокого и очень высокого риска, подходов к назначению статинов в разных клинических ситуациях, а также пересмотра целевых уровней холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП).

За период многолетнего активного изучения различных эффектов статинов мнение о них как о безопасных препаратах еще более укрепилось, и пациентам высокого риска их рекомендуют принимать в высоких дозах длительно (пожизненно). Более того, американские эксперты убеждены, что о снижении дозы статинов можно думать только при значениях ХС ЛПНП <1,0 ммоль/л, которые подтверждены при двукратном исследовании. Прием статинов рекомендовано продолжать в прежней дозе даже в случаях, когда на фоне терапии этими препаратами наблюдается развитие СД (Американская коллегия кардиологов/Американская ассоциация сердца, ACC/АНА, 2013). На высокую безопасность статинов указывает и тот факт, что в современных международных руководствах не рекомендован рутинный контроль функции печени при проведении статинотерапии в обычных клинических ситуациях.

В работе E. Newman et al. (2006) анализировали переносимость оригинального аторвастатина (Липримара), применявшегося в дозе 80 мг в клинических исследованиях с общей численностью пациентов почти 19 тыс. и различными сроками наблюдения – от 2 до 5 лет. Установлено, что лечение аторвастатином приводило к повышению уровней печеночных ферментов (АСТ/АЛТ) >3 верхних границ нормы (ВГН) всего в 1,5% случаев и к повышению уровня креатинкиназы в крови >10 ВГН только в 0,024% случаев.

Таким образом, в настоящее время статины рассматриваются как жизненно важные препараты, которые должны быть назначены всем больным высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска, с атеросклеротическим поражением сосудов любой локализации для улучшения прогноза и увеличения продолжительности жизни. Главной терапевтической мишенью при лечении статинами является уровень ХС ЛПНП. Целевые уровни ХС ЛПНП для пациентов высокого и очень высокого риска составляют <1,8 ммоль/л. Для достижения главной липидной цели и улучшения прогноза таких больных аторвастатин следует назначать в высоких дозах (40-80 мг/сут), без опасения которых доказана в многочисленных клинических исследованиях.

Заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Вера Иосифовна Целуйко сосредоточила внимание на роли статинотерапии в лечении пациентов с вазоспастической и микроваскулярной стенокардией.

– При ведении пациентов с ИБС следует помнить, что механизмы ишемии миокарда могут отличаться у разных больных, и кроме фиксированного стеноза эпикардальных артерий причиной стенокардии напряжения может быть вазоспазм (или его сочетание с атеросклеротическим стенозом), а также – микроциркуляторная дисфункция. Микроваскулярная дисфункция может быть также одной из причин стенокардии покоя. Диагноз вазоспастической или микроциркуляторной стенокардии устанавливается прежде всего на основании данных коронарографического исследования, при котором обнаруживаются интактные или малоизмененные коронарные артерии, и результатов дополнительных проб: положительного нагрузочного теста с классическими изменениями на ЭКГ (при микроваскулярной стенокардии) и теста с ацетилхолином (при вазоспастическом варианте). Как показывает клинический опыт и результаты исследований, интактные и малоизмененные коронарные артерии встречаются



А.Э. Багрий



В.И. Целуйко



Е.А. Коваль

практически у 30% пациентов с диагнозом хронической ИБС при проведении коронарографического исследования (J.S. Kaski, 1995). Более того, даже у больных с ОКС в 18-28% случаев не выявляют значимого стенозирующего атеросклероза (R. Bugiardini, 2006). Однако это не означает, что такие больные не нуждаются в активном лечении.

Ведению пациентов со стабильной стенокардией и интактными/малоизмененными коронарными артериями в современных руководствах по лечению ИБС уделяется достаточно много внимания, и нельзя не отметить, что как при вазоспастической, так и при микроваскулярной стенокардии сегодня рекомендована высокодозовая терапия статинами.

Целесообразность использования статинов при вазоспастической стенокардии обусловлена наличием у них многочисленных плейотропных свойств, обеспечивающих вазопрокторный эффект. Кроме того, вазоспазм часто сочетается с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (например, у пациентов с СД), что диктует необходимость обязательного применения статинов как препаратов, способствующих замедлению прогрессирования атеросклероза и снижающих риск его осложнений.

Что касается микроваскулярной стенокардии, то она ассоциируется с повышением риска крупных кардиоваскулярных событий даже при гемодинамически незначимом атеросклеротическом стенозе. Важную роль в развитии микроваскулярной стенокардии играет нарушение функции эндотелия мелких сосудов, и одним из пусковых факторов при этом является воспаление. Доказано, что статины приводят к уменьшению выраженности воспаления в мелких сосудах, способствуя таким образом нормализации функции эндотелия. В эксперименте средние дозы аторвастатина оказывали влияние на маркеры воспалительного ответа, одновременно уменьшая объем некроза при ИМ и способствуя уменьшению размера области no-reflow, основной причиной возникновения которой является повреждение сосудов микроциркуляторного русла (X.J.Zhao, 2014).

На сегодня считается, что влияние статинов на эндотелий мелких сосудов и, как следствие, на микроваскулярный кровоток является самостоятельным эффектом, который проявляется раньше, чем антиатеросклеротическое действие. В пилотном исследовании WESTERN (2012) с участием пациентов с ИБС установлено, что применение аторвастатина в высоких дозах и связанное с ним выраженное снижение уровня ХС ЛПНП и регресс атеросклеротических бляшек в крупных сосудах ассоциируются с нормализацией функции мелких сосудов.

Уникальное влияние статинов на микроциркуляторный кровоток может объяснять раннее улучшение клинических исходов у пациентов до достижения целевых уровней

Продолжение на стр. 36.

Особенности ведения пациентов на разных этапах кардиологического континуума

По материалам XV Национального конгресса кардиологов Украины (23-25 сентября, г. Киев)

Продолжение. Начало на стр. 35.

липидов и/или изменения размеров атеросклеротической бляшки. В пользу этой гипотезы свидетельствует и большая выраженность эффектов статинотерапии у больных СД 2 типа, для которых характерно сочетание поражений крупных коронарных артерий и сосудов микроциркуляторного русла.

Наглядным подтверждением наличия у статинов раннего влияния на микроваскулярный кровоток являются результаты исследования ROMA II с применением высоких доз статинов — аторвастатина и розувастатина — у пациентов с ОКС перед ЧКВ. Данная тактика привела к большему уменьшению зоны повреждения коронарных сосудов после вмешательства по сравнению с больными из группы контроля, что было подтверждено результатами тропонинового теста и теста на содержание креатининазы MB. Кроме того, у пациентов, получавших нагрузочные дозы статинов перед ЧКВ, в последующем реже развивались кардиоваскулярные осложнения.

Согласно последним данным FDA (2014), микроваскулярная стенокардия у пациентов с атеросклеротически интактными коронарными артериями, принимающих статины, встречается всего в 0,45% случаев.

Полученные данные еще раз подтверждают необходимость применения статинов у пациентов с ИБС и малоизмененными/интактными коронарными сосудами с целью улучшения исходов заболевания.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 Днепропетровской государственной медицинской академии Елена Акиндиновна Коваль отразила в своем докладе актуальные вопросы в области лечения ОКС и сердечной недостаточности (СН), подчеркнув, что улучшение долгосрочных исходов СН остается на сегодня трудноразрешимой задачей.

Это обуславливает поиск новых целей для направленной терапии ключевых подгрупп пациентов с СН, и одной из перспективных целей является борьба с модификацией интерстициального матрикса, которая наряду с кардиомиоцитами играет значимую роль в процессе ремоделирования миокарда и связана с электрической, механической, вазомоторной дисфункцией и неблагоприятными клиническими исходами. Ремоделирование интерстициального матрикса происходит под воздействием факторов, активирующих фибробласты. Важным фактором, повышающим коллагенообразование и ускоряющим фиброз миокарда, является повышение уровня альдостерона и активация минералокортикоидных рецепторов (МК) в сердце. Эффекты, связанные с увеличением синтеза альдостерона, клинически

проявляются прогрессированием СН, увеличением электрической нестабильности миокарда, повышением риска нарушений ритма сердца. Очевидно, что использование антагонистов альдостерона и влияние таким образом на один из важных патогенетических путей прогрессирования СН может принести существенную пользу.

Особенного внимания заслуживают эффекты эплеренона, которые во многом обусловлены не только антиальдостероновым действием, но и селективной блокадой МК. В экспериментальных исследованиях показаны многочисленные позитивные эффекты эплеренона, включая улучшение эндотелиальной функции, формирование полноценного рубца и предотвращение разрывов миокарда. А в одном из недавних исследований установлено, что эплеренон ослабляет ремоделирование предсердий и предотвращает индукцию мерцательной аритмии при экспериментальной СН. Наличие этих свойств у эплеренона объясняет получение столь ярких результатов в исследовании EPNESUS, в котором продемонстрировано отчетливое улучшение прогноза у пациентов с острым ИМ при добавлении эплеренона к уже используемой оптимальной терапии. При этом помимо достоверного снижения риска общей, кардиоваскулярной смертности и госпитализации в исследовании наблюдалось выраженное раннее снижение внезапной смертности на 37%.

В исследовании EMPHASIS-HF у больных с систолической СН (II функциональный класс — ФК, по классификации Нью Йорской Ассоциации сердца — NYHA) эплеренон добавлялся к современной базовой терапии, данная тактика обеспечила снижение первичной комбинированной конечной точки (риск кардиоваскулярной смерти или госпитализации по поводу СН) на 37%.

Результатов, полученных для эплеренона, не удалось достичь в исследовании с другим антагонистом альдостерона — спиронолактоном, применение которого в недавнем исследовании TOPCAT у больных с СН II-III ФК по NYHA и сохраненной фракцией выброса левого желудочка не привело к снижению первичной конечной точки. Кроме того, использование спиронолактона менее удобно в повседневной практике, поскольку требует тщательного мониторинга уровня K^+ и креатинина в сыворотке крови.

Исследования с эплереноном изменили нашу клиническую практику ведения пациентов с ОКС, осложненным СН; с систолической СН ишемического и неишемического генеза и легкими симптомами (II ФК) — именно для таких больных эплеренон официально рекомендован к применению с указанием на уровень доказательств IB.

ИНСПРА® (эплеренон) таблетки, покрытые оболочкой, по 25 и 50 мг эплеренона, по 30 таблеток в упаковке.
Краткая инструкция для медицинского применения препарата. Показания к применению. Дополнение к стандартному лечению с применением бета-блокаторов с целью снижения риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у стабильных пациентов с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка $\leq 40\%$) и клиническими проявлениями сердечной недостаточности после недавно перенесенного инфаркта миокарда. Дополнение к стандартной оптимальной терапии с целью снижения риска заболеваемости и смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у взрослых пациентов с сердечной недостаточностью II класса (хронической) по классификации NYHA и дисфункцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка $< 30\%$).
Способ применения и дозы: Сердечная недостаточность после перенесенного инфаркта миокарда. Рекомендованная поддерживающая доза Инспры составляет 50 мг 1 раз в сутки. Лечение следует начинать с дозы 25 мг 1 раз в сутки. В дальнейшем доза подлежит титрованию до достижения необходимой дозы 50 мг один раз в сутки в течение 4 недель. Лечение эплереноном обычно необходимо начинать через 3-14 дней после острого инфаркта миокарда. Пациенты с сердечной недостаточностью II класса (хронической) по классификации NYHA. Лечение следует начинать с дозы 25 мг 1 раз в день и постепенно увеличивать до целевой дозы 50 мг 1 раз в день, желая достичь этого уровня дозы за 4 недели.
Противопоказания: Повышенная чувствительность к эплеренону или к какому-либо компоненту препарата, уровень калия в сыворотке крови > 5 ммоль/л на начало лечения, почечная недостаточность тяжелой степени (расчетная скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м²), тяжелая печеночная недостаточность, лечение калийсберегающими мочегонными, калийсодержащими добавками или мощными ингибиторами СYP3A4, одновременное применение эплеренона в тройной комбинации вместе с ингибиторами АПФ и блокаторами рецепторов ангиотензина. **Побочное действие:** Инфекция, головокружение, потеря сознания, инфаркт миокарда, гипотония, кашель, диарея, тошнота, запор, зуд кожи, высыпания на коже, мышечные спазмы, боль в костно-мышечной системе, нарушение функции почек, увеличение мочевины в крови, гиперкалиемия. (Для подробной информации см. полную инструкцию по применению препарата.) **Особенности применения:** При увеличении эплеренона может наблюдаться гиперкалиемия. При применении эплеренона в комбинации с ингибитором АПФ и/или блокатором рецепторов ангиотензина риск гиперкалиемии может увеличиваться. У пациентов с нарушением функции почек необходим регулярный контроль уровня калия. Лечение пациентов с сахарным диабетом 2 типа следует проводить осторожно. Литий, циклоспорин, такролимус не следует назначать во время лечения эплереноном. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Инспру не следует применять вместе с калийсберегающими диуретиками, препаратами, содержащими калий, из-за риска развития гиперкалиемии. Эплеренон не следует применять одновременно в тройной комбинации с ингибитором АПФ и блокатором рецепторов ангиотензина. **Фармакологические свойства:** Эплеренон относительно селективен в связывании рекомбинантных минералокортикоидных рецепторов человека в сравнении со связыванием рекомбинантных глюкокортикоидных, прогестероновых и андрогенных рецепторов. Эплеренон препятствует связыванию альдостерона — ключевого гормона ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), который принимает участие в регуляции артериального давления и развития сердечно-сосудистых заболеваний. **Категория отпуска:** По рецепту. Регистрационные свидетельства № UA/3752/01/01, UA/3752/01/02 от 09.06.2010, приказ МЗ №426 от 24.05.2013. Информация для врачей и фармацевтов. Предназначена для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику. Перед использованием препарата необходимо ознакомиться с полной инструкцией.

Напечатано при поддержке Представительства «Файзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» в Украине

WUKUP0314030

Подготовила **Наталья Очеретяная**



Развитие региональных



Усовершенствование системы оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) — одна из приоритетных задач для украинской кардиологии, решение которой будет способствовать снижению уровня сердечно-сосудистой смерти.

О том, какие направления были выбраны для достижения этой цели, наш корреспондент беседовала с **главным внештатным специалистом МЗ Украины по специальности «Кардиология», ведущим научным сотрудником отдела интервенционной кардиологии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Максимом Юрьевичем Соколовым.**



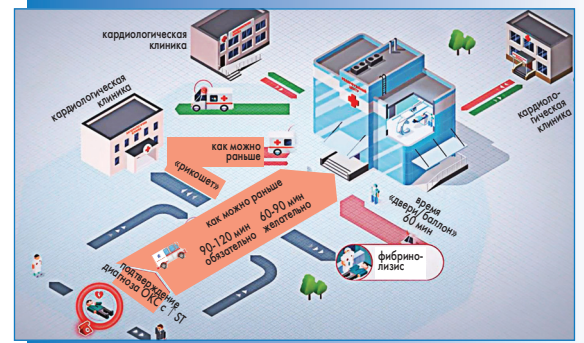
Максим Юрьевич, какие шаги предприняты в последнее время для дальнейшего развития системы оказания высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с ОКС?

— Главным шагом в этом направлении является издание в июле текущего года Приказа МЗ Украины № 455, утверждающего «Унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с ОКС и стойкой элевацией сегмента ST». Согласно новому протоколу основным методом реперфузии миокарда при этом заболевании является первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ) (т. е. стентирование коронарных артерий в первые часы от начала симптомов ОКС), альтернативным — фибринолитическая терапия. С этого момента формально отечественная система оказания помощи пациентам с ОКС кардинально изменилась, правда, произошло это с опозданием примерно на 10 лет по сравнению с европейскими странами.

Расскажите коротко о новом протоколе.

— В данном протоколе четко определены компоненты системы, в рамках которой будут получать помощь такие больные. В первую очередь, это клиники с возможностью проведения ЧКВ, которые работают в режиме 7 дней в неделю 24 часа в сутки (24/7), то есть реперфузионные центры. Второй компонент — клиники, в которых пока нет возможности проведения ЧКВ, но они имеют в своей структуре кардиологические отделения, отделения для лечения инфаркта миокарда. Третьим компонентом системы являются станции скорой медицинской помощи, которые обеспечивают связь между реперфузионными центрами, клиниками, не имеющими возможности проведения ЧКВ, и пациентами. Главная задача бригады экстренной медицинской помощи — доставить в течение 2 часов пациента с ОКС в ближайший реперфузионный центр, где проводится ЧКВ. Если доставить пациента в клинику для проведения первичного вмешательства в первые 2 часа невозможно, то показано проведение догоспитального фибринолиза, а затем — транспортировка в кардиологическое отделение ближайшей клиники. После стабилизации состояния в течение первых суток после госпитализации больного необходимо направить в реперфузионный центр для проведения экстренной коронарографии и при необходимости — отсроченной реваскуляризации миокарда.

Четкое выполнение нового протокола приведет к быстрому заполнению реперфузионных центров пациентами, поэтому в приказе регламентирован перевод стабильных больных в стационарные отделения после осуществления реперфузионной процедуры — первичного ЧКВ; фактически это будут центры реабилитации пациентов. Такая система оказания медицинской помощи больным с ОКС по своей сути является европейской, и наличие официального приказа будет способствовать ее дальнейшему развитию в Украине.



В рамках участия в программе Stent for life в Украине продолжается создание сети реперфузионных центров. Сколько их сегодня функционирует в нашей стране?

— На сегодня в Украине в 30 клиниках, имеющих ангиографические установки, рутинно осуществляют вмешательства на коронарных сосудах, из них в 25 клиниках есть возможность оказывать urgentную помощь пациентам с ОКС. Круглосуточная urgentная помощь при ОКС с осуществлением ЧКВ организована в 12 клиниках, а в 8 областях за последние два года созданы региональные реперфузионные сети, работающие в режиме 24/7. Благодаря этому в четырех областях — Черкасской, Закарпатской, Луганской и Ивано-Франковской — госпитальная летальность при инфаркте миокарда снизилась на 25%, и это снижение является высокодостоверным. Если учитывать, что за последние 30 лет уровень смертности при инфаркте миокарда в нашей стране почти не изменился, несмотря на использование современных препаратов и попытки внедрения тромболитической терапии, то можно сделать однозначный вывод: без создания региональных реперфузионных сетей мы не добьемся значимых изменений.

Отмечу, что даже при существующем количестве катетеризационных лабораторий (потенциально — реперфузионных центров) уже есть возможность почти полного охвата многих областей Украины системой оказания экстренной помощи при ОКС с проведением ЧКВ. Территория Украины, несмотря на большую по сравнению со странами Западной Европы площадь, достаточно компактна, и большинство населенных пунктов удалены не более чем на 100 км от областных центров, особенно в западных регионах.

Что, на Ваш взгляд, является на сегодня наиболее значимым фактором дальнейшего развития сети региональных реперфузионных центров?

— Думаю, что главную роль в сегодняшних условиях будут играть наличие желания у специалистов и организаторов системы здравоохранения на местах изменить ситуацию в области лечения ОКС к лучшему. Очевидно, что в сложившейся ситуации мы не можем рассчитывать на большие финансовые вливания. Но, как показывает опыт некоторых регионов, кто хочет создавать, тот ищет и находит возможности, используя даже самые малые крупницы помощи с большой пользой. Новый приказ является только инструментом для осуществления этих планов.

При отсутствии желания всегда найдется причина ничего не предпринимать — есть немало примеров, когда даже при наличии средств их распределение не поддается логическим объяснениям, и это результат неумения правильно расставить приоритеты, а иногда — нежелания идти более трудным путем. Иногда гораздо проще потратить средства на компьютерный или магнитно-резонансный томограф (и даже не один!), наличие которого подчеркивает «элитность» клиники, а цена превышает стоимость ангиографической установки. Сколько такого дорогостоящего оборудования бездействует после приобретения — ведь их обслуживание обходится дорого, специалистов для работы на них не хватает, а реальная потребность в использовании не очень