

Діагностика і лікування легочної гіпертензії в Україні

Согласно определению Европейского общества кардиологов (2013) легочная гипертензия (ЛГ) – это гемодинамическое и патофизиологическое состояние, которое характеризуется повышением давления в легочной артерии (ЛА) более 25 мм рт. ст. и оценивается по данным катетеризации правых отделов сердца.

Использование научно-методического подхода к решению проблем, связанных с ЛГ, началось более 40 лет назад, и за прошедший период разработаны новые эффективные препараты, своевременное применение которых способствует увеличению продолжительности жизни больных. Тем не менее смертность при ЛГ остается высокой, а лечение является для пациентов нелегким экономическим бременем в отсутствие эффективной системы медицинского страхования.

Год назад на базе ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины был создан научно-методический центр диагностики и лечения ЛГ. О работе центра и о том, какие проблемы в этой области являются сегодня наиболее актуальными для Украины, рассказал **руководитель отдела симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко.**

Сколько больных ЛГ выявлено на сегодня в Украине?

В Украине выявлено около 200 больных с идиопатической ЛГ. Приблизительно такому же количеству пациентов требуется назначение специфической терапии в связи с ЛГ, обусловленной наличием врожденных пороков сердца, еще столько же больных имеют посттромбоэмболическую ЛГ – этим пациентам также показано специфическое лечение. О достоверном же количестве больных ЛГ в нашей стране сегодня сложно говорить – его можно установить только при наличии регистра. Работа по созданию всеукраинского регистра ЛГ начата в 2014 году, и данные о пациентах в настоящее время поступают в основном из нашего центра. Мы можем ориентироваться на результаты многолетних французских и американских регистров, согласно которым распространенность идиопатической ЛГ составляет 2-3 случая на 1 млн населения. Приблизительно такие же показатели зафиксированы для посттромбоэмболической ЛГ, которая характеризуется наиболее неблагоприятным прогнозом и распространенностью которой, по мнению многих авторов, недооценена – средняя продолжительность жизни при этом заболевании составляет менее двух лет. Однако при своевременной диагностике и своевременно начатом специфическом лечении мы имеем возможность существенно повлиять на продолжительность жизни даже таких больных, а тем более – больных с ЛГ и врожденными пороками сердца, для которых характерен наиболее благоприятный прогноз. Поэтому очень многое зависит от специалистов первичного звена здравоохранения, к которым такие пациенты обращаются в первую очередь. Настороженность в отношении характерных симптомов ЛГ, правильная интерпретация результатов скрининговых методов, своевременное направление больных для верификации диагноза в специализированные центры – это простые и в то же время важные условия улучшения ситуации в области диагностики и лечения ЛГ в Украине.

Может ли диагноз ЛГ быть установлен на уровне первичного звена здравоохранения?

Задача специалистов первичного звена – своевременное выявление пациентов из групп риска и пациентов сстораживающими симптомами, проведение скрининговых методов обследования. В группу риска входят пациенты с системными заболеваниями соединительной ткани, портальной гипертензией, ВИЧ-инфекцией, врожденными пороками сердца, хроническим obstructивным заболеванием легких (ХОЗЛ), левожелудочковой сердечной недостаточностью. Настороженность врача должны вызывать такие симптомы, как одышка, усталость, слабость, боль в груди (по типу стенокардии), сердцебиение, синкопальное состояние, кашель (иногда кровохарканье), тяжесть в правом подреберье. У больных с уже развившейся правожелудочковой

недостаточностью при общем обследовании определяют расширение границ сердца вправо, акцент II тона на ЛА, пансистолический шум регургитации на трикуспидальном клапане, диастолический шум недостаточности клапана ЛА, а также III тон. Выявляют также расширение шейных вен, гепатомегалию, периферические отеки, асцит и похолодание конечностей.

На уровне первичного звена здравоохранения, в районных и областных больницах проводятся электрокардиографическое (ЭКГ), рентгенографическое и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования, результаты которых могут указывать на возможность наличия ЛГ и необходимость подтверждения диагноза. С помощью наиболее простого метода – ЭКГ в покое – можно выявить гипертрофию правого желудочка, признаки его растяжения или перегрузки (чаще всего полная блокада правой ножки пучка Гиса). Однако отсутствие изменений на ЭКГ не исключает наличия ЛГ, поэтому в случае подозрения на данное заболевание следует воспользоваться и другими методами. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки позволяет выявить такие характерные симптомы, как расширение корня ЛА, контрастирующее с потерей рисунка периферических кровеносных сосудов в легких; расширение теней, относящихся к правому предсердию и правому желудочку. Кроме того, проведение рентгенографического исследования помогает четко определить сопутствующие заболевания легких – ХОЗЛ или застойные явления в легочных венах вследствие левожелудочковой недостаточности, соответствующие изменения тени сердца при наличии врожденных пороков.

Однако наиболее информативным неинвазивным скрининговым исследованием больных с подозрением на ЛГ является трансторакальная ЭхоКГ с доплеровским датчиком, которая позволяет исследовать скорость потока регургитации на трикуспидальном клапане и вычислить систолическое артериальное давление в ЛА. Для ЛГ характерны увеличение полости правого желудочка, предсердия и полой вены, снижение функциональной способности правого желудочка, уменьшение размера левого желудочка. Специалист по ЭхоКГ в своем заключении должен указать степень вероятности наличия ЛГ (маловероятно, возможно и вероятно), но окончательный диагноз и степень тяжести ЛГ устанавливаются только после проведения катетеризации правых отделов сердца и ЛА в специализированных лабораториях. Это важный момент, поскольку существуют категории больных с ложноположительным диагнозом по данным ЭхоКГ. В современных рекомендациях по диагностике ЛГ указывается, что катетеризация правых отделов сердца и ЛА необходима для подтверждения диагноза, оценки тяжести заболевания и назначения специфической терапии. С помощью этого метода определяют давление в ЛА, величину сердечного выброса, давление в правом предсердии, давление заклинивания в легочных капиллярах. Таким образом, от врача первичного звена здравоохранения зависит, как быстро пациент с ЛГ будет направлен в специализированный центр, в котором будет установлен диагноз и назначено патогенетическое лечение.

Между тем, настороженность врачей в отношении ЛГ чрезвычайно низка, и многие больные теряют драгоценное время, консультируясь на протяжении 1-2 лет у различных специалистов. Как правило, за помощью в специализированный центр они обращаются уже в тяжелом

состоянии, когда замедлить прогрессирование заболевания невозможно. Одна из таких пациенток, которая недавно обратилась в наш центр, уже имея IV функциональный класс и асцит, в течение двух лет проходила лечение в различных стационарах по поводу постинфарктного кардиосклероза, аневризмы сердца, сердечной недостаточности. При этом в заключении по результатам проведения ЭхоКГ было четко указано на вероятность наличия ЛГ, но лечащий врач оставил это без внимания.

На что еще Вы хотели бы обратить внимание врачей первичного звена?

Нередко приходится сталкиваться с еще одной проблемой – назначением лечения ЛГ на основании результатов ЭхоКГ без направления пациентов в специализированные центры. Между тем, решение о проведении специфической терапии принимается только после верификации диагноза с помощью катетеризации правых отделов сердца и ЛА, а также объективной оценки состояния больного с использованием теста с 6-минутной ходьбой, эргоспирометрии и других методов. Проведение теста с 6-минутной ходьбой не представляет трудностей, тогда как эргоспирометрия, позволяющая оценить способность к выполнению физических нагрузок и показатели газообмена (наиболее важный из них – потребление кислорода), – намного более сложный метод, который может использоваться только в специализированных стационарах. Кстати, ни в одном кардиологическом отделении в Украине нет современного диагностического комплекса, позволяющего выполнять эргоспирометрию.

Кроме того, часть пациентов с ЛГ могут получать лечение антагонистами кальция без назначения дорогостоящих специфических препаратов. Определить, каким больным показано специфическое лечение, можно с помощью вазореактивного теста, который проводится во время процедуры катетеризации. В рекомендациях по ЛГ отмечается, что этот тест необходимо проводить у всех больных с ЛГ, однако его не следует использовать у пациентов, которым не показана терапия антагонистами кальция, например – с IV функциональным классом.



Пациентам с положительным тестом назначаются антагонисты кальция, что способствует улучшению функционального класса. Обычно положительный ответ на вазореактивный тест выявляют только у 10-15% больных с идиопатической ЛГ, но для этих пациентов очень важна возможность получения доступного и эффективного лечения. Эмпирическое назначение антагонистов кальция без определения вазореактивности недопустимо – часто это приводит к ухудшению состояния. Необоснованное назначение специфических препаратов означает для больного не только неоправданные высокие затраты, но и развитие тяжелых побочных эффектов терапии. Дальнейшее лечение у таких пациентов возможно только после устранения



Ю.Н. Сиренко

последствий неправильно назначенной терапии, а это вновь означает потерю драгоценного времени.

Распространенной ошибкой является и неоправданное назначение комбинаций специфических препаратов. Между тем, на сегодня накоплено не так много данных доказательной медицины, свидетельствующих об эффективности указанных комбинаций. Эскалация терапии допустима только при наличии жестких критериев и уверенности врача в том, что данная тактика необходима больному и будет эффективна. Принять такое решение можно только после тщательной оценки состояния пациента, возможно – с повторной катетеризацией правых отделов сердца и ЛА. Еще раз напомним: всю тяжесть расходов на лечение ЛГ в условиях отсутствия системы медицинского страхования несут пациенты, поэтому назначение каждого препарата должно быть оправдано, и в случае возникновения вопроса о коррекции терапии следует направлять больных в специализированный центр.

Какие меры предпринимаются для того, чтобы облегчить бремя расходов на лечение ЛГ в нашей стране?

Сегодня ведутся переговоры с украинскими производителями лекарственных средств о производстве силденафила с соответствующей дозировкой – 20 мг. Активное участие в этом процессе принимает Украинская Ассоциация больных ЛГ. Если производство отечественного силденафила будет налажено, терапия ЛГ станет намного более доступной. В настоящее время силденафил с дозировкой 20 мг, которая используется для лечения ЛГ, – препарат Ревацио – представлен на украинском рынке, но стоимость его очень высока. В связи с этим главные специалисты на местах должны активнее сотрудничать с представителями органов местного самоуправления, добиваясь выделения средств на закупку препаратов для лечения ЛГ. Как показывает опыт, это вполне реально.

Кроме того, для осуществления централизованных закупок специфических лекарственных средств за счет государственного бюджета следует иметь четкое представление о потребностях в таких препаратах. Для этого необходимо активно включиться в работу в рамках всеукраинского реестра ЛГ, который уже существует, и мы призываем врачей принять в данном процессе участие. Это обеспечит своевременную передачу данных о пациентах и их направление на консультацию, диагностику и лечение в специализированные центры, определит потребность в ресурсах, поможет их правильно распределить и контролировать, а также планировать затраты на будущее.

Больные ЛГ – не самая многочисленная группа пациентов, но в наших силах помочь им бороться за свою жизнь, и мы должны оставаться равнодушными даже в это трудное время, используя все возможности, пусть даже их не так много сегодня.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

