

Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца

Д.М.Аронов, М.Г.Бубнова

ФГУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ, Москва

Резюме. В статье дается анализ причин высокой смертности в России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и указывается, что лечебная работа, проводимая врачами первичного звена, малоэффективна. Приводятся статистические данные стран Европейского союза, США и некоторых других, где благодаря государственной системе профилактики и кардиальной реабилитации сверхсмертность от ССЗ была преодолена. Делается заключение о применимости опыта этих стран в снижении сверхсмертности от ССЗ в России.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, вторичная профилактика, кардиореабилитация, общая смертность, статины, аспирин, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, физические тренировки.

A real way of reducing coronary heart disease mortality in Russia

D.M. Aronov, M.G. Bubnova

State Research Center of Preventive Medicine, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation

Summary. The paper analyzes reasons for high cardiovascular mortality in Russia and states that therapeutic work done by primary practitioners is ineffective. It gives the statistical data of the European Union, the USA, and some other countries where overmortality from cardiovascular diseases has been overcome by the governmental cardiovascular prevention and rehabilitation system. It is concluded that the experience of these countries can be applied to reduce cardiovascular overmortality in Russia.

Key words: coronary heart disease, secondary prevention, cardiac rehabilitation, total mortality, statins, aspirin, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers, physical exercises.

Сведения об авторах:

Аронов Давид Меерович – д-р мед. наук, проф., руководитель отдела ФГУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ

Бубнова Марина Геннадьевна – д-р мед. наук, проф., ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины (mbubnova@gnicPM.ru)

Начиная с 70-х годов прошлого века в СССР и России сердечно-сосудистая смертность постоянно растет (Р.Г.Оганов, Г.Я.Масленникова, 2003). Этот невиданный в мире рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (в основном от различных форм ишемической болезни сердца – ИБС) явился следствием игнорирования общемировых закономерностей в меняющейся структуре заболеваемости и смертности и пренебрежения к доказавшим свою высокую медицинскую и социальную эффективность мероприятиям по реабилитации и вторичной профилактике при сердечно-сосудистых заболеваниях. Напомним, что первой страной, вплотную столкнувшейся с указанной проблемой, были США. В 60–80-е годы прошлого века ученые США первыми установили причины эпидемического роста заболеваемости коронарной болезнью сердца (КБС) и обосновали методы ее профилактики. Последние сводились к внедрению в стране программ первичной и вторичной профилактики, интенсивному внедрению высокотехнологичных методов хирургического лечения КБС, целенаправленной разработке новых высокоэффективных лекарств антиатеросклеротической направленности (статины). Результаты этой исключительно хорошо организован-

ной и теоретически правильно обоснованной политики США были блестящими. Смертность от КБС за период с 1965–1969 по 1995–1998 гг. сократилась с 330,5 до 121,2 на 100 тыс. мужчин (разница – 63,3%) и с 166,0 до 67,1 на 100 тыс. женщин (разница – 59,6%). (F.Levi и соавт. Heart 2002; 88: 119–24). Экономически развитые страны мира с небольшим запозданием следовали примеру США и также добились выдающихся успехов (рис. 1).

В это же время, наоборот, в СССР, а далее в деморализованной и социально нездоровой России смертность от КБС росла невиданными темпами. Только за одно десятилетие с 1985–1988 по 1995–1999 гг. смертность от КБС среди российских мужчин (рис. 2) выросла на 18,2% (с 304,2 до 330,2). Напомним, что в США этот показатель в 1995–1999 гг. был равен 121,2, в странах Европейского союза – 99,6 (F.Levi и соавт., 2002).

Цель настоящей статьи – рассмотреть специфическую проблему борьбы с КБС – реабилитацию и вторичную профилактику, которые дают большие возможности для существенного снижения смертности среди когорты больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Основой кардиореабилитации являются:

- программа физических тренировок;

Рис. 1. Смертность от КБС у мужчин 35–74 лет в различных странах за 1970–2002 гг.



- образовательная программа «Школа для больных и их родственников»;
- коррекция психологических отклонений, развивающихся в результате болезни;
- рациональное трудоустройство больных.

По данным последнего метаанализа, проведенного R.Taylor и соавт. (2004 г.), применение реабилитационных программ привело к достоверному снижению смертности от всех причин на 20% и от сердечно-сосудистых — на 26%.

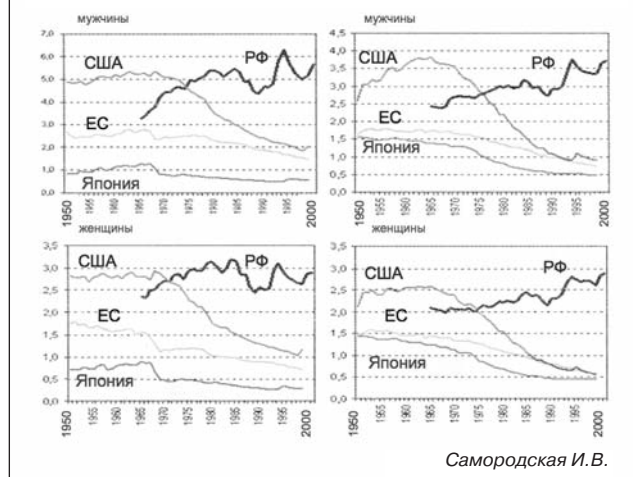
По данным этих же авторов, у больных, участвовавших в программах реабилитации, снижение содержания холестерина, триглицеридов было достоверно более значительным. У них отмечено большее снижение уровня систолического артериального давления (АД) и более частый отказ от курения по сравнению с данными больных контрольной группы (R.Taylor и соавт., 2004).

Развивавшаяся бурно и показавшая свою медико-социальную и экономическую значимость государственная система кардиореабилитации, созданная в СССР (И.К.Шхвацабая, Д.М.Аронов, В.П.Зайцев, 1978), претерпела значительный урон после его распада. В современной России она является рудиментарной и малоэффективной. Беспрецедентная сверхсмертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России, безусловно, в определенной степени связана с этим серьезным недостатком нашего здравоохранения, а также с отсутствием крупных национальных программ по их всеобъемлющей первичной и вторичной профилактике.

Между тем следует напомнить, что наличие эффективно действующей системы кардиореабилитации уже не является привилегией экономически развитых стран.

В настоящее время содержание, методы, структура кардиореабилитации значительно упростились. Последняя все больше «демократизируется», т.е. становится более дешевой и доступной, позволяет включать в программы реабилитации все большее число больных, в том числе из тех, кому ранее реабилитация считалась абсолютно или частично противопоказанной. Эти тенденции позволили Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выпустить специальный доклад «Реабилитация после кардиоваскулярных заболеваний в развивающихся странах» (1993 г.). Документ адресован в первую очередь правительствам. Позволим себе перечислить отдельные положения, касающиеся и нашей страны. Комитет

Рис. 2. Стандартизованный коэффициент смертности от ИБС (левая панель) и цереброваскулярной болезни (правая панель) на 1 тыс.



экспертов ВОЗ по реабилитации и вторичной профилактике (1993 г.) полагает, что кардиореабилитация должна быть доступной во всех странах и для всех пациентов. Работник системы управления здравоохранением и общей медицинской практикой должен быть осведомлен о необходимости и важности кардиореабилитации. Кардиореабилитация должна быть интегрирована в систему национального здравоохранения. Все больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны проходить обучение в «Школах для больных и их родственников», а также программу физических тренировок.

Комитет экспертов ВОЗ рекомендует развивающимся странам три уровня организации кардиореабилитации:

- первый — на местном, общинном уровне;
- второй — более высокий, на уровне межрайонной или городской больницы;
- третий — наиболее высокий уровень, ассоциированный с крупными больницами или медицинскими центрами. Комитет экспертов ВОЗ считает, что даже в странах с недостаточными материальными возможностями «реабилитационная помощь должна ... применяться широко в соответствии с культурной традицией и социальной нормой» (WHO Expert Committee, 1993).

Как известно, кардиореабилитация осуществляется последовательно. После острой сердечно-сосудистой катастрофы (острый инфаркт миокарда — ИМ, нестабильная стенокардия, гипертонический криз, острая сердечная недостаточность) первый этап осуществляется в стационаре (стационарный этап). Как установлено нами с помощью анкетирования ряда больниц с кардиологическим отделением и блоком интенсивной терапии, на стационарном этапе в настоящее время реабилитационная помощь фактически сводится к соблюдению врачами режима быстрой активизации. Рекомендуемые лечебная физкультура и врачебный контроль за расширением режима больных с острым ИМ не осуществляются. Продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем составляет 18–19 дней.

Фаза реконвалесценции (выздоровление) проходит в специализированном реабилитационном отделении санатория (санаторный этап). В настоящее время в трехступенчатом реабилитационном про-

цессе реабилитации реально осуществима только в условиях отделения реабилитации в немногочисленных реабилитационных центрах, находящихся в ведении Фонда социального страхования, и отделений реабилитации в кардиологических санаториях ЗАО «Профкурорт». Общее число этих центров и отделений установить трудно; во всяком случае точно известно, что оно не превышает тридцати. Для сравнения рассмотрим ситуацию в США. В штатах Северная Каролина и Западная Виржиния в радиусе 30 миль (приблизительно 50 км) расположены 75 кардиологических центров реабилитации (S.Pasquali и соавт., 2001). Только четвертая часть наших больных с ИМ (только трудоспособного возраста и живущих преимущественно в крупных городах), имеющих показания на пребывание в отделениях реабилитации местных санаториев, получают бесплатную путевку на реабилитацию. При анализе эффективности санаторной реабилитации более чем у 12 тыс. больных, перенесших ИМ, установлено, что состояние больных, показатели деятельности сердечно-сосудистой системы и физическая работоспособность существенно улучшаются (Д.М.Аронов и соавт., 1983).

Реабилитационные мероприятия на поддерживающем этапе состоят из:

- Обучения больных в «Школах для больных острым ИМ и их родственников»
- Программы контролируемых физических тренировок, а в дальнейшем самостоятельных домашних тренировок
- Программы психологической помощи и коррекции психологических расстройств
- Модификации факторов риска
- Трудовой экспертизы и рационального трудоустройства
- Социальной консультации и при необходимости – социальной помощи.

Наиболее важную роль среди этих программ играет программа длительных физических тренировок (ФТ).

Она буквально меняет судьбу кардиальных больных. Накопленный разносторонний материал по изучению влияния ФТ на эндотелиальную функцию, на атерогенез, на кардиопульмональную систему в целом, на эффективность тканевого дыхания и на другие органы и системы организма позволяет заключить, что ФТ того уровня и интенсивности, которые стали общепринятыми в кардиореабилитации, являются самостоятельным лечебным методом, позволяющим решать стратегические задачи лечения и профилактики ИБС, снижать общую и кардиоваскулярную смертность, улучшать течение ИБС.

Метаанализы по изучению влияния программ ФТ на общую и кардиальную смертность позволили установить, что ФТ достоверно и существенно снижают общую (на 20%) и кардиальную (на 26%) смертность. Причем прежние метаанализы (в дорециркуляторный период) по применению ФТ практически давали такие же данные. Напомним, что если комплексная система реабилитации снижала смертность на 26%, то на долю ФТ из этого числа приходилось 20%. Новейшие рандомизированные исследования позволили установить, что после успешного стентирования пораженных венечных артерий программа тренировок (по сравнению с их отсутствием в аналогичной группе больных) существенно улуч-

Снижение риска общей смертности под влиянием различных лекарственных средств и их комбинаций, признанных положительно влияющими на прогноз больных ИБС

Лекарства	Риск общей смертности, %	p
Монотерапия		
Статин	-47	НД
ИАПФ	-20	
Аспирин	-41	
β-Блокатор	-19	
2 препарата		
Статин + аспирин	-61	НД
Статин + ИАПФ	-31	
Статин + β-блокатор	-54	
ИАПФ + аспирин	-46	
ИАПФ + β-блокатор	-36	
Аспирин + β-блокатор	-62	
3 препарата		
Статин + ИАПФ + аспирин	-71	НД
Статин + ИАПФ + β-блокатор	-33	
Статин + аспирин + β-блокатор	-83	
ИАПФ + аспирин + β-блокатор	-66	
Все 4 препарата	-75	

Примечание. Все значения снижения риска смертности достоверны, за исключением обозначенных «НД» – недостоверно (BMJ 2005).

шает прогноз, течение болезни и снижает общие затраты на ведение больных. Сравнение эффекта одно-годовых тренировок у больных со стенозом хотя бы одной артерии по сравнению со стентированием венечных артерий в контрольной группе дает положительный эффект, не уступающий клиническим эффектам стентирования.

Эти удивительные данные становятся легко объяснимыми, если учесть, что ФТ существенно влияют на атерогенез. В частности, они повышают уровень холестерина липопротеидов высокой плотности, снижают уровень триглицеридов, достоверно улучшают коэффициент атерогенности. По данным повторной коронарографии через 1 год от начала тренировок торможение венечного атеросклероза наблюдалось у 80% тренировавшихся по сравнению с 60% у лиц контрольной группы ($p < 0,001$), регрессирование атероматоза было обнаружено у 36% против 4% больных соответственно.

Подобные результаты получены также Niebauer и соавт., при коронарной ангиографии, произведенной через 6 лет.

Хорошо известен факт весьма успешного улучшения физической работоспособности у больных ИБС в результате длительных тренировок. При этом происходит значительное увеличение длительности физической нагрузки при нагрузочной ЭКГ-пробе, повышение мощности и объема выполненной работы. Установлено, что затраты энергии и потребление кислорода при выполнении единицы работы после тренировок снижаются, а максимальное потребление O_2 и величина кислородного пульса (потребление O_2 за 1 сердечное сокращение) достоверно увеличивается.

В последние годы значительно улучшились технические условия организации и выполнения программ ФТ. В прошлом столетии тренировки больных ИБС были подобны кустарному производству. В на-

Рис. 3. Общий вид системы кардиореабилитации.



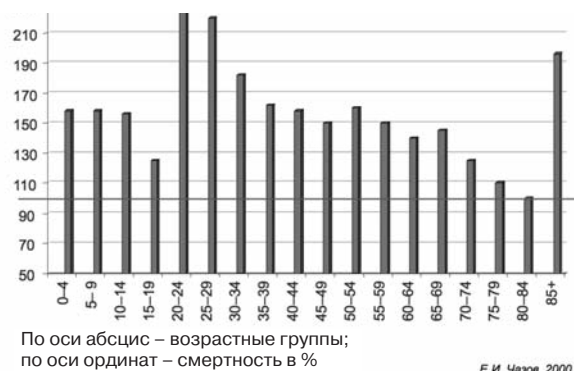
стоящее время широко применяются компьютеризированные системы тренажеров, соединенных в единую сеть и позволяющих автономно следить за ЭКГ, частотой сердечных сокращений и, при желании, за рядом других характеристик организма при тренировке. Применение подобных комплексов помогает превратить тренировки в высокотехнологичный процесс с несопоставимо более высокой производительностью и оперативные возможности наблюдения за каждым больным неизмеримо возрастают. Такие реабилитационные программы очень широко используются центрами реабилитации во всех странах Западной Европы, Израиле, Японии, Австралии.

После санатория начинается так называемая поддерживающая фаза реабилитации, т.е. практически постоянная вторичная профилактика. В силу недостатков нашего здравоохранения она фактически заменяется нашим неэффективным так называемым диспансерно-поликлиническим наблюдением (большому предоставляется возможность находиться под наблюдением участкового врача и периодически консультироваться у кардиолога). Образовательная программа, играющая важнейшую роль в повышении мотивации больных к продолжительному и осознанному выполнению мероприятий по вторичной профилактике, соблюдение антиатеросклеротической диеты, систематические умеренно-интенсивные тренировки, отказ от вредных привычек (и в первую очередь – от курения) практически не используются. Вся оказываемая помощь сводится к неадекватному медикаментозному лечению (Р.Г.Оганов и соавт., 2003).

Будем откровенны. Та терапия, которую получают наши больные, по объективным критериям может быть оценена как неэффективная. Об этом свидетельствует постепенно возрастающая год от года смертность, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста.

На рис. 4 показано, что в последнее десятилетие прошлого века интенсивность роста смертности была наивысшей у лиц 25–29 лет (прирост смертности на 130%), далее следовали лица в возрасте 30–34 лет (прирост на 82%) и после них – пожилые люди старше 85 лет (прирост на 92%). У лиц среднего воз-

Рис. 4. Смертность в России от болезней системы кровообращения в зависимости от возраста в 1990 и 2000 гг. (1990 г. принят за 100%).



раста прирост смертности был в пределах 50–55%, а у пожилых в возрасте 75–84 года – в пределах всего лишь 10%.

Дело в том, что наши врачи привыкли проводить симптоматическую терапию, направленную на снятие приступов стенокардии, уменьшение одышки или отеков, снижение АД. Думать об отдаленном прогнозе больного, оценивать риск возможной смерти и тяжелых осложнений болезни, пытаться достичь целевых уровней основных показателей липидов крови, показателей воспаления, нормализации массы тела больных реально не приходится. Это беда, а не вина врачей. Их не учили стратегическому мышлению у постели больного, с них не требуют отчета о числе предотвращенных смертей или увеличении продолжительности жизни больных. Да и условий для выполнения этих функций не имеется.

Для иллюстрации неадекватности нашей лечебной практики у кардиальных больных достаточно ознакомиться с потрясающими результатами обработки поисковых запросов по лекарствам к базе данных интернет-сайта RLSMET.RU (база данных «Регистра лекарственных средств» России). Обработано свыше 10 млн запросов.

Как показывает этот анализ, в перечень 100 наиболее популярных средств для лечения кардиологических больных вошли: Актовегин, Вобэнзим, Милдронат (1, 2 и 4-е места) – препараты, имеющие второстепенное значение и не влияющие на плохой прогноз больных. На 8-м месте стоит экстракт артишока; на 14-м – деринат, показаниями к которому перечислены острое респираторное заболевание, острая респираторная вирусная инфекция, ринит, гайморит, фронтит, синусит, облитерирующие заболевания нижних конечностей, гангрена, ожоги, воспалительные заболевания слизистых оболочек различных органов, включая влагалище. На 17-м месте – рибоксин, на 20, 21-м месте – Дицинон и Солкосерил как ангиопротекторы, на 28 и 32-м местах – Компливит и Аевит (поливитамины) и т.д.

Из числа стратегически важных препаратов, доказавших свое достоверно положительное влияние на прогноз и течение ИБС, статины оказались на 43-м месте – Вазилип, на 85-м – Зокор, других препаратов этой важнейшей в кардиологии лекарственной группы в первой сотне препаратов вообще нет.

Из препаратов-антиагрегантов в лидерах оказались: Трентал (7-е место!), аспирин (34-е место), Купрантил (39-е место), Плавикс (63-е место).

Статины и аспирин, самые главные в кардиологии препараты, снижающие смертность в большей степени, чем другие средства (если начинать сравнение с β -блокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента – ИАПФ), оказались позади милдроната, Вобэнзима и бесполезных биодобавок к пище (артишок – 44-е место, Тыквеол – 46-е место)!

Следующие группы препаратов, рекомендуемые для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, – β -блокаторы и ИАПФ. Им повезло чуть больше, чем статинам и аспирину, вероятно, потому, что они используются для симптоматической терапии (снижение АД, антиангинальный эффект). Престариум занимает 6-е место, Эгилок, Атенолол, Конкор – 12, 13 и 15-е места; Энап, Моноприл, Капотен, эналаприл, Диротон, Ренитек занимают 16, 24, 25, 29, 31 и 48-е места соответственно. Более или менее адекватные места.

А между тем именно стратегическая терапия с помощью статинов, аспирина и, по показаниям, – β -блокаторов и ИАПФ или антагонистов к рецепторам ангиотензина II дает реальную и надежную возможность добиться снижения смертности и улучшения течения КБС.

Этот рейтинг, опубликованный популярным справочником «РЛС. Доктор, кардиология» (2007; 10: 51–4), отражает ситуацию в нашей медицинской практике как ни один самый дотошный аудит. Более того, он точно так же предсказывает печальный прогноз у наших многомиллионных больных, имеющих несчастье страдать болезнями сердца и сосудов и лечиться в условиях безнадежно отсталой медицины. На какой успех в снижении кардиальной сверхсмертности можно надеяться, если самые высокие «рейтинги» в списке кардиологических лекарств приходится на малоэффективные, а то и просто сомнительные «антигипоксанты», «ангиопротекторы» или просто «биологически активные добавки к пище»!

Мало того, что высокочтимые в глазах нашего обывателя препараты (а может быть, и наших врачей? Ведь лекарства кто-то рекомендует и даже обязан выписывать!) просто бесполезны или их эффективность сомнительна, ведь за них нужно платить. А теперь для контраста перенесемся к другой медицинской базе данных – британской.

В таблице представлены результаты анализа эффективности 1-, 2-, 3- и 4-компонентной вторичной профилактики на примере популяции из базы данных Соединенного Королевства, включающей 7,5 млн больных с диагнозом ИБС. Использованы результаты проспективного контроля в течение не менее 8 лет начиная с 1996 г. Чтобы иметь возможность сравнить сопоставимые группы погибших от ИБС и продолжающих жить больных, были составлены группы одинаковых по клиническим характеристикам пациентов. Это позволило выделить группу из 2266 погибших больных и 9064 больных, подобранных по принципу случай (смерть) – контроль (сопоставимые больные, продолжающие жить). Эти две группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, наличию факторов риска, приему антагонистов кальция, конкретному времени наблюдения.

Сведения о снижении риска общей смертности (т.е. от всех причин) представлены в таблице в упро-

щенной нами форме. Результаты даны в виде процента различий риска смертности под влиянием использованных методов лечения.

Как видно из данных таблицы, наиболее эффективными при монотерапии оказались статины (снижение риска смерти на 47%) и аспирин (-41%). Наиболее эффективными при назначении двух препаратов оказались пары: аспирин + β -блокатор (-62%) и статин + аспирин (-61%).

При комбинировании трех препаратов наибольший эффект отмечен при сочетании статин + аспирин + β -блокатор (снижение риска смерти на 83%); статин + ИАПФ + аспирин (-71%).

Наименее удачная комбинация двух препаратов: статин + ИАПФ; трех препаратов: статин + ИАПФ + β -блокатор (-33%).

Сочетание четырех препаратов по эффективности несколько уступает (-75%) сочетанию статинов с аспирином и β -блокатором.

Из этого анализа видно, что наиболее благоприятные результаты связаны со статинами и аспирином как при монотерапии, так и при комбинированном лечении. Это известные данные. Настоящее исследование подтвердило, что аспирин является «золотым стандартом» в антитромботической терапии. Результаты недавнего крупного метаанализа (более 200 тыс. больных с высоким риском) подтвердили, что прием малых доз аспирина (75–150 мг/день) достоверно снижает риск сердечно-сосудистой смертности (-15%; $p < 0,0001$), нефатального ИМ (-34%; $p < 0,0001$) и нефатального инсульта (-25%; $p < 0,001$) (Antithrombotic Trialists Collaboration. BMJ 2002). У больных с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, ожирением, сахарным диабетом и другими серьезными факторами риска (4495 человек) за 3,6 года аспирин снизил риск развития сердечно-сосудистой смерти на 44%, всех сердечно-сосудистых событий на 23% (de Gaetano и соавт. Lancet 2001; 3571: 89–95). В другом исследовании, посвященном первичной профилактике, аспирин снизил риск нефатального инсульта у женщин на 17% и нефатального ИМ у мужчин на 32% (J.Berger и соавт. JAMA 2006; 295: 306–13). В исследовании P.Ridker и соавт. (2005 г.) при изучении первичной профилактики у 40 тыс. женщин в возрасте до 65 лет аспирин снизил только риск нефатального инсульта.

Другой высокоэффективной группой оказались статины. Они эффективны как при первичной профилактике у людей с факторами риска, так и при вторичной профилактике, т.е. у больных с манифестированными заболеваниями атеросклеротического характера.

Но в данной статье мы сосредоточены на вторичной профилактике.

В семи крупнейших исследованиях по вторичной профилактике, проведенных по правилам медицины, основанной на доказательствах, с общим числом более 40 тыс. больных КБС, установлено, что под влиянием статинов произошло снижение риска смертности от КБС в пределах 24–42%, общей смертности (т.е. от всех причин) на 12–43%. Отмечено также значительное уменьшение случаев фатального и нефатального ИМ и инсульта, потребности в аортокоронарном шунтировании. Обращаем ваше внимание на то, что все статины обладают свойством достоверно и существенно снижать не только риск ко-

ронарных событий, включая смерть от них, но и общую смертность. Это свойство в наибольшей степени присуще группе статинов. Поэтому их считают средством номер один для эффективной вторичной профилактики.

Чем объясняется такой разительный успех статинов? Статины обладают гораздо более значимым влиянием, чем просто гиполипидемическим эффектом, т.е. имеют множество важных плеiotропных (дополнительных) эффектов. Плеiotропные свойства обусловлены разными, не совсем еще изученными механизмами, но главные из них определенно связаны с улучшением под влиянием статинов функций эндотелия, нарушенных при атеросклерозе.

Поскольку плеiotропные эффекты проявляются в ближайшие дни и недели от начала болезни, они играют выдающуюся роль в стабилизации так называемых нестабильных атероматозных бляшек. При этом статины:

- уменьшают объем большого липидного ядра, состоящего из полужидких эфиров холестерина, за счет их резорбции;
- подавляют воспалительный процесс, обязательно сопутствующий нестабильной атероме, за счет снижения выделения активированными макрофагами цитокинов, медиаторов воспаления (тканевый фактор некроза), интерлейкина-1 β и интерлейкина-6;
- предохраняют фиброзную оболочку бляшки от разрушения металлопротеазами, продуцируемыми активированными макрофагами;
- подавляют наклонность к тромбообразованию на локальном и системном уровнях;
- увеличивают сосудорасширяющий резерв артерий. Тем самым статины способствуют стабилизации нестабильной атеромы в течение ближайших 6–14 нед, предотвращая драматические (острый ИМ, нестабильная стенокардия, инсульт) и трагические (внезапная смерть) клинические исходы (P.Ridker и соавт., 2000; J.-F.Fruchert, 2002).

Особая роль статинов в профилактике атеросклеротических заболеваний обусловлена следующим:

- снижением риска кардиальной и общей смертности в 1,5–2 раза сильнее, чем все другие группы препаратов;
- их эффект наступает значительно раньше, чем при применении других групп лекарств;
- удобством профилактического применения (1- или 2-кратный прием таблеток);
- наиболее безопасны и хорошо переносятся.

Как указывалось, монотерапия β -блокаторами оказалась менее эффективной в снижении общей смертности у больных ИБС. К слову сказать, все благоприятные результаты в крупных исследованиях с применением β -блокаторов были выявлены у больных с ИМ. В данном исследовании подгруппа больных, перенесших ИМ, очень хорошо реагировала на комбинацию: статин + аспирин + β -блокатор. В этой подгруппе снижение риска смерти достигло 83% – невиданный результат!

Что следует добавить в завершение обзора этих принципиально важных данных? В статье указывается, что больные были включены в наблюдение в течение 8 лет, притом что им выписывали регулярно соответствующие лекарства. Это очень важный момент. Мы уже обратили внимание на то, что двумя самыми эффективными средствами оказались статины и

аспирин. В России оба этих препарата стали широко назначать после 2000–2003 гг. По данным С.А.Шальновой и соавт. (2005 г.), статины в течение 3 лет принимают менее 6% больных (из числа тех, кому статин был назначен). Дозировка статинов в нашей стране недостаточна для достижения целевого уровня липидов крови. В этих условиях надеяться на отсроченный (3–5 лет) эффект препаратов этой группы не приходится. Аспирин же наши врачи в основном назначают больным после ИМ, точных сведений о продолжительности приема аспирина мы не нашли. Но все же (по впечатлениям, складывающимся при контакте с постинфарктными больными) они принимают аспирин более или менее правильно и продолжительно. Теперь применение аспирина следует расширить на всех больных КБС.

В чем еще наша медицинская практика испытывает насущную потребность? В первую очередь – в образовательных программах для больных. Больные уже напуганы болезнью и поэтому особенно чутко реагируют на вероятность каких-то дополнительных опасностей и отрицательного влияния на здоровье. Прочитав в инструкции к препарату о возможных его побочных действиях, значительная часть больных в худшем случае не принимают предписанное лекарство, в лучшем – принимают в уменьшенной дозе и нерегулярно. Это является одной из множества причин низкого комплаенса со стороны больных и, следовательно, неэффективности нашего лечения. Есть и другие. Например, мы не информируем больных о показаниях к назначению данного лекарства и механизмах его действия, не объясняем, как, через какое время и каким образом проявляется его действие. Больные остаются в полном неведении о свойствах препаратов стратегического действия и нередко разочаровываются, не ощутив каких-то эффектов от применения того или иного лекарства после «курса» в 2–3 мес. А им следует определенно знать, что конечной целью применения этих лекарств является предотвращение преждевременной смерти и коренное улучшение течения болезни, а для этого их необходимо принимать по крайней мере в течение 5 лет.

В задачи образовательных программ для больных наряду с указанными пунктами входят и другие: обучение правильному образу жизни (с точки зрения требований медицины), помощь в отказе от вредных привычек и т.д.

Исторически сложилось так, что до настоящего времени мы не дошли до понимания простых, но важных для эффективного лечения больных истин. А истина проста – России надо выживать. Ежегодные миллионные потери населения не могут быть восполнены «родовыми сертификатами». Кроме прибавления в стране малышей, надо решительно взяться за всеобъемлющую и тщательно организованную программу первичной (среди здорового населения) и вторичной (среди уже болеющих заболеваниями сердца и сосудов) профилактики. Если первичная профилактика – в основном забота государства и каждого гражданина, то вторичная профилактика – дело государства и врачей вместе с больными. Россияне не отличаются по своим биологическим и другим параметрам от народов Европейского союза или Северной Америки. Народы этих стран также испытывали всю тяжесть эпидемии заболеваний сердечно-сосудистой системы. Но они прошли свой путь и

победили. Россияне никак не выберут правильное направление, не сосредоточиваются на главном – на создании комплексной национальной (т.е. государственной) программы (или программ!) по атеросклерозу, ИБС, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности. Именно от этих причин зависит наша кардиологическая сверхсмертность.

Подобная программа – дело государственной важности. Только общими согласованными усилиями основных государственных структур и средств массовой информации можно обеспечить успех этой (этих) программ. Роль медицинских работников достаточно высока только в программах реабилитации и вторичной профилактики. Для подготовки врачей к этим действиям их надо обучать по специальным программам. Только тогда врачи избавятся от тоскливого ощущения своей неполноценности как специалистов и врачебная должность вновь станет престижной. Надо сделать усилие, выбрать правильный путь и через 20–30 лет по заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний мы не будем отличаться от так называемых экономически развитых стран.

Литература

1. Аронов Д.М. и др. Результаты санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда. *Тер. арх.* 1983; 1: 33–8.

2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения в России. *Кардиоваскул. тер. и вторичная профилактика.* 2003; 1 (3): 5–7.
3. Оганов Р.Г. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (Международное исследование ATP – Angina Treatment Pattern). *Кардиология.* 2003; 5: 9–15.
4. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1978.
5. Antithrombotic Trialists' Collaboration, «Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients». *BMJ* 2002; 324 (7329): 71–86.
6. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2006; 295 (3): 306–13.
7. de Gaetano G. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomized trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. *Lancet* 2001; 357 (9250): 89–95.
8. Pasquali SK et al. *Am J Cardiol* 2001; 88: 1415–6.
9. Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2005; 352 (13): 1293–304.
10. Taylor RS et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004; 116: 10.
11. WHO Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Geneva, 1993.

— * —