

ком для битья». Почему? Много о нем узнали, и в первую очередь про негативные метаболические эффекты.

Новое всегда хорошо и интересно. Но новизна пройдет, и станет накапливаться больше данных о применении, в том числе отрицательных. И на солнце есть пятна!

— В соответствии с современными стандартами терапия АГ предполагает назначение комбинации двух, трех или большего количества препаратов на неопределенно долгий срок (иными словами, пожизненно). Однако у пациентов такие формулировки всегда вызывают массу вопросов: зачем принимать лекарства так долго или зачем принимать так много — ведь это сопряжено с большим количеством побочных эффектов? К каким приемам убеждения может прибегнуть врач, чтобы достигнуть взаимопонимания с пациентом?

— Вы задали один из самых главных вопросов. Сегодня в арсенале врача огромное количество молекул, препаратов, комбинаций. Но эта ситуация напоминает историю скупого рыцаря: иметь имеем, а вот использовать, как хотелось бы, не можем. Беда последних 20 лет в том, что мы практически полностью упустили профилактическое направление в медицине и абсолютно перестали уделять внимание санитарно-просветительской работе с пациентами.

Лечение АГ таблетками — только небольшая составная часть всей терапии. Необходимо рассказывать пациентам об изменении образа жизни и характера питания, отказе от вредных привычек (в России курит почти половина населения) и многом другом.

Историческим достоинством медицины было то, что контакт с пациентом, общение всегда находилось в приоритете. Сейчас это просто невозможно, ведь времени, которое сегодня отпускается врачу первичного звена для общения с пациентом, явно недостаточно. Отсюда недопонимание между ними, и, как следствие, конфликты, жалобы и отсутствие положительного результата.

Если вернуться к комбинациям препаратов, то можно сказать, что сегодня в нашем арсенале есть двойные и тройные фиксированные комбинации практически для всех классов гипотензивных средств, что существенно улучшает приверженность пациента терапии. Вместо приема 2 или 3 таблеток несколько раз в день пациент выпивает одну. Конечно, в таком случае качество жизни пациента значимо улучшается.

Еще одним подарком фармацевтов стали так называемые полипильюли, когда в 1 таблетке комбинируют не только препараты, направленные на лечение АГ, но и молекулы профилактического назначения. В практике кардиолога — это фиксированные комбинации со статинами. Такие лекарственные средства имеют сразу несколько точек приложения, значительно улучшают прогноз и, вместе с тем, еще больше уменьшают кратность и количество принимаемых «пилюль». Я очень приветствую использование таких лекарственных средств, ведь их применение увеличивает приверженность пациента лечению: выполнять предписание врача становится легче, да и вера пациента в то, что сложная комбинированная таблетка окажется эффективной, очень сильна.

Мы много работаем с врачами: выездные встречи, семинары, симпозиумы и многое другое. И это дает свои результаты. Но качество информации, доступной пациентам, к сожалению, оставляет желать лучшего и прежде всего потому, что информация не всегда достоверна. Качественных печатных материалов недостаточно, а средства массовой информации в погоне за рейтингами создают не всегда позитивный образ врача в глазах общественности, пациентов нередко запугивают побочными эффектами препаратов.

Поэтому влияние средств массовой информации я считаю крайне важным. Сегодня в адрес медиков с экранов телевизоров и из

социальных сетей слышится очень много критики: каждая их неудача сопровождается огромным скандалом и массовым обсуждением. В аудитории культивируется мнение, что врачи в принципе не способны качественно лечить. А ведь это не так! И телевидение, и пресса должны позитивно настраивать пациента по отношению к врачу и к лечению.

— Не секрет, что АГ — фактор риска многих заболеваний и осложнений (не только в структуре заболеваний терапевтического профиля). Может ли, на Ваш взгляд, врач другой специальности подбирать гипотензивную терапию самостоятельно или же это невозможно?

— Мы живем в эпоху очень узкой медицинской специализации, поэтому высокая квалификация в конкретной области специалисту другой просто недоступна. Я не думаю, что хирург должен уметь назначать терапию инсулинами — для этого пригласят эндокринолога. Попытавшись подобрать схему лечения АГ самостоятельно, врач другой специальности рискует допустить массу ошибок. И допустит их.

Вспомним альфа-блокаторы, прекрасный класс гипотензивных препаратов, при этом обладающий способностью вызывать ортостатическую гипотонию. Для урологов — это препараты для лечения гиперплазии предстательной железы, но они при этом забывают об их мощном гипотензивном действии. В результате гипотония вплоть до коллаптоидных состояний. Я считаю, что базовые знания в других областях иметь обязательно, но при возникновении вопросов лучше обращаться за помощью к коллегам.

— Традиционный вопрос для всех гостей нашей рубрики: расскажите немного об учреждении, которое Вы представляете, о кафедре и клинике, которую возглавляете, и о Ваших научных интересах?

— Наша клиника располагается в университетской клинической больнице №4 Сеченовского университета (ранее — городская клиническая больница №61). Это историческая база факультетских кафедр университета, сейчас — это клиника и кафедра факультетской терапии №2 лечебного факультета.

Мои интересы в науке в первую очередь — это проблема микроциркуляции: вместе с моим учителем проф. В.И. Маколкиным мы выпустили первую в России монографию «Микроциркуляция в кардиологии».

Клиника традиционно имеет кардиологическое направление, многие годы мы изучаем проблемы АГ, активно разрабатывается диагностика и лечение нарушений ритма сердца, в ближайшее время по данной тематике планируется защита докторской диссертации, выполненной моей ученицей доцентом А.И. Тарзимановой. Активно исследуется проблема хронической сердечной недостаточности.

Также мы изучаем вопросы гендерной и возрастной кардиологии — одни из наиболее перспективных направлений в рамках развития концепции персонализированной медицины. Итогом стала докторская диссертация доцента А.Е. Брагиной. Помимо научной и исследовательской деятельности я много лет занимаюсь лечением гипертонии, разработкой схем рациональной терапии АГ, а также вопросами терапии АГ у беременных и женщин после гистерэктомии, проблемами хирургической менопаузы. Несколько лет назад доцентом Т.И. Никитиной защищена докторская диссертация совместно с клиникой акушерства и гинекологии РМАПО, посвященная особенностям терапии АГ у данной группы пациенток.

Еще одним направлением научной деятельности была и остается пульмонология — главным образом хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма. Пульмонологическое отделение нашей клиники пользуется заслуженным авторитетом в Москве и России.

Н О В О С Т И

ЭКГ делает флешка

Мониторинг сердечной деятельности в настоящее время довольно успешно осуществляется удаленно — при помощи гаджетов и мобильных приложений. В настоящее время на рынке представлено и отечественное мобильное устройство — кардиофлешка ECG Dongle, разработанная группой компаний «Нордавинд».

Прибор выполнен в форме обычной USB-флешки и весит всего 9 г. Он фиксирует данные о работе сердца, соответствующие шести стандартным отведениям (длительностью не более 10 мин). В комплекте — четыре многоэлектродных электрода, которые рядовой пользователь, руководствуясь прилагаемой

инструкцией, может самостоятельно установить на тело. Затем прибор подключают к мобильному устройству и управляют им через бесплатное приложение для Android или iOS.

Устройство позволяет отображать в режиме реального времени динамику работы сердца, фиксировать частоту сердечных сокращений и уровень напряженности (стресса), а также сохранять и отправлять данные по электронной почте своему врачу или в специальный облачный сервис.

Мы были бы благодарны нашим читателям, использующим в работе мобильные приложения для ЭКГ, за отзывы о работе ECG Dongle или его аналогов.

И С С Л Е Д О В А Н И Я

Фибрилляция предсердий и когнитивные нарушения

Более 40 лет назад термин «кардиогенная деменция» был введен для обозначения возможной связи между аритмиями и развитием когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста. Но пристально изучать данную проблему стали только недавно.

В последнее время все больше внимания уделяется связи между фибрилляцией предсердий (ФП) и снижением когнитивных функций, то есть развитием деменции. Кроме известного механизма возникновения инсульта у пациентов с ФП предполагается, что в патогенезе деменции у данной группы пациентов — нарушение кровоснабжения головного мозга (гипоперфузия) и тромбоэмболии, которые приводят к небольшим, клинически не проявляющимся инфарктам головного мозга. Определенный вклад вносят другие патологические процессы и состояния (наличие атеросклеротических бляшек, нарушения регионарного сосудистого тонуса), которые способствуют истощению когнитивных ресурсов и раннему началу развития деменции.

Еще в 1985 г. Ratcliff et al. предоставили патологоанатомическое доказательство взаимосвязи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и инфарктами головного мозга у пациентов с деменцией пожилого возраста. Среди всех сердечных патологий ФП чаще всего приводит к инфарктам головного мозга и поэтому играет большую роль в патогенезе когнитивных нарушений. Мета-анализ 7 исследований продемонстрировал почти вдвое увеличивающийся риск развития когнитивных нарушений у пациентов с ФП, перенесших инсульт. Термин «постинсультная деменция» введен для обозначения всех вариантов деменции, наблюдающихся после развития инфаркта мозга. Существует определенный набор факторов, определяющих развитие постинсультной деменции: число очагов, их локализация, объем поражения.

Но есть ли риск у пациентов, не имеющих инсульта в анамнезе? Безусловно, риск развития когнитивных нарушений выше у пациентов, перенесших инсульт, но и у других пациентов с ФП он достаточно высок.

С чем это может быть связано? Как уже упоминалось выше, с инфарктами головного

мозга, клинически не проявляющимися, но выявляющимися при проведении МРТ.

Другой возможный механизм — это гипоперфузия головного мозга, которая может быть связана со сниженным сердечным выбросом и вариабельностью длины сердечного ритма от удара к удару. В недавнем исследовании Alosco et al. оценили перфузию головного мозга путем определения скорости потока крови в средней артерии головного мозга с помощью транскраниальной ультразвуковой доплерографии. Интересно, что у пациентов с ФП фракция выброса левого желудочка и перфузия головного мозга ниже, чем у пациентов без вышеуказанной патологии. Когнитивные функции у них угнетены в большей степени.

Также имеются данные об улучшении кровоснабжения головного мозга и когнитивных функций после проведения радиочастотной абляции и установки кардиостимулятора.

Согласно другой гипотезе ФП — фактор, влияющий на провоспалительное и протромботическое состояние эндотелия. В связи с этим отмечаются повышение протромботических и воспалительных маркеров, активация тромбоцитов, эндотелиальная дисфункция.

Безусловно, следует принимать во внимание то, что определенную роль в процесс развития деменции могут вносить возрастные изменения сосудов и структуры головного мозга.

Когнитивные нарушения становятся социально-значимой проблемой современного общества. Имеющиеся данные говорят в пользу того, что ФП увеличивает риск развития деменции, но точный механизм пока недостаточно изучен и понятен. Дальнейшие исследования позволят пролить больше света на данный вопрос.