Тенденции

Требуются перемены

Постарение населения сопровождается ростом числа больных аритмиями

VII съезд аритмологов России, прошедший недавно в Москве, обещает стать переломным событием как в жизни этого профессионального сообщества, так и отечественного здравоохранения в целом.

Дело в том, что в приветствии участникам форума министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, в частности, отметила: «Я уверена, на площадке съезда пройдёт обсуждение самых актуальных вопросов аритмологии, и выработанная вами, профессионалами, позиция будет положена в основу стратегического планирования борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на национальном уровне». И собравшиеся в Москве более полутора тысяч врачей разных специальностей, объединённых интересом к аритмологии, воспользовались этим предложением министра. На съезде обсуждались не только сугубо научная тематика и современные технологии лечения нарушений ритма сердца, но также проблемы организации оказания аритмологической помощи в России, подготовки специалистов. Но об этом – чуть позже.

«Три кита» аритмологии

По словам президента Всероссийского научного общества аритмологов академика РАН Амирана Ревишвили, есть три причины, которые обусловливают особую значимость аритмологии как раздела медицины.

Каждый человек хотя бы раз в жизни переживает эпизод нарушения ритма сердца, но у многих дело не ограничивается одним эпизодом. Кардиологи говорят, что в настоящее время уже каждый третий их пациент имеет аритмию, которая требует лечения. И быстрее других набирает темпы распространения мерцательная аритмия или фибрилляция предсердий (ФП), что связано с изменением демографического портрета популяции.

Второе, что не может не тревожить, – опасность своевременно не выявленной патологии, поскольку многие больные не знают о своей аритмии, она протекает бессимптомно. В классификации аритмий появился даже такой раздел – «немые» формы нарушений ритма сердца. Это настоящий «волк в овечьей шкуре». В нашей стране, по разным данным, от 1,5 до 2 млн человек имеют фибрилляцию предсердий, но из них 50% не знают о том, что больны. А если больной ФП при наличии показаний не принимает антикоагулянты, у него высокая вероятность возникновения ишемического инсульта, и подобных событий регистрируется несколько десятков тысяч в год.

Наконец, третье: с нарушением ритма ассоциировано такое социально опасное явление, как внезапная сердечная смерть (ВСС).

Фактически по каждому из перечисленных пунктов Минздрав уже может составлять отдельные целевые программы: организация диагностики нарушений ритма сердца у населения Российской Федерации, работа по профилактике внезапной смерти у пациентов с нарушениями ритма, выделение групп диспансерного наблюдения по поводу фибрилляции предсердий.

Генетика плюс возраст равно ФП

Сквозной на съезде стала тема фибрилляции предсердий – самого опасного и трудно корригируемого типа нарушений ритма сердца. В день открытия форума разным аспектам данной темы посвятили свои лекции профессор из США J.Cox, академик РАН Сергей Попов, директор Томского НИИ кардиологии, заместитель директора Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина, член-корреспондент РАН Евгений Покушалов. Кроме того, фибрилляции предсердий были посвящены несколько десятков докладов на разных секциях форума.

Особое внимание уделили обсуждению возможности и необходимости выполнения катетерных абляционных процедур пациентам с разными типами аритмий, в том числе с ФП. Методы интервенционной аритмологии позволяют быстро, буквально за полтора часа решить проблему, поэтому в 80% случаев симптомных аритмий и пароксизмальных форм фибрилляции предсердия, а также в 95% случаев сипмтомных тахикардий источник нарушения ритма устраняют путём абляции. Но! Делается акцент на слове «симптомные», потому что пациентов с асимптомной аритмией

Академик РАН А.Ревишвили открывает работу съезда аритмологов России

не нужно сразу лечить хирургически, их надо наблюдать и обеспечивать профилактику возможных осложнений. Как подчёркивали на съезде ведущие специалисты, сама по себе тахикардия ещё не является основанием для выполнения абляции. Есть жёсткие показания для применения катетерных технологий: атриовентрикулярная узловая тахикардия, синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта, мономорфная желудочковая тахикардия.

– У больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии технологии радиочастотной и криоабляции работают хорошо при условии, что фибрилляцию предсердий устраняют в первые два года от появления симптомов и выявления заболевания. И если не работают антиаритмические препараты. Это моё твёрдое убеждение! Первое, что я назначаю своим пациентам, – не операция и даже не катетерная процедура, а именно препараты по определённой схеме. Но при этом необходимо проводить многократное холтеровское мониторирование и верифицировать эффективность медикаментозной терапии мерцательной аритмии, – обращается к коллегам академик А.Ревишвили.

Согласно приведённой на форуме статистике, 10-12% людей старше 70 лет имеют мерцательную аритмию, и в связи с постарением населения РФ число таких больных будет расти. Это одна сторона «медали». Вторая сторона не менее впечатляющая. Учитывая, что с возрастом в предсердиях возникают зоны кардиосклероза, фиброза, амилоидоза, можно говорить о реализации генетической программы: чем старше человек, тем выше риск возникновения ФП. Таким образом, аритмологи устраняют не причину мерцательной аритмии, а лишь факторы, которые приводят к её запуску, в то время как генетически детерминированный механизм ФП у пациента сохраняется.

Вот чем обусловлен тот факт, что даже после очень хорошо проведённого лечения с годами возникают рецидивы ФП. Последнее адресовано терапевтам и кардиологам первичного звена, которые сегодня в разговорах с пациентами по незнанию нередко дают заведомо невысокую оценку эффективности интервенционных технологий и открытой хирургии при мерцательной аритмии и тем самым дезориентируют больных.

– Всем ли пациентам надо делать катетерные процедуры при мерцательной аритмии? Нет, не всем. Это первое. Второе: а можем ли мы выполнить эти процедуры всем больным, которым они показаны? Нет, не можем. Сегодня в России только 5% пациентов с мерцательной аритмией проводятся катетерные процедуры, а показание к ним имеют более 100 тыс. человек, – подчёркивает академик А.Ревишвили.

И ещё один важный вывод из сообщений, прозвучавших на съезде аритмологов в разделе «фибрилляция предсердий»: кардиолог должен не просто правильно поставить диагноз и назначить лекарственную терапию пациенту с мерцательной аритмией, но и регулярно наблюдать больного, причём, независимо от его возраста! Потому что главная задача в этой ситуации – предупреждение инсульта. Выбросы тромбов из ушка левого предсердия приводят к острому нарушению мозгового кровообращения, и это самая тяжёлая категория инвалидов. Затраты на реабилитацию – гигантские, а профилактика самая что ни на есть простая: при наличии факторов риска постоянный приём антикоагулянтов и ЭКГ-мониторинг.

Среди участников съезда академики РАН Ю.Белов и Б.Алекян

Следуйте рекомендациям

В рамках съезда состоялось обсуждение нового сборника национальных клинических рекомендаций по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантированных антиаритмических устройств. Интересно, что в данном случае НКР адресованы не только хирургам, но и кардиологам, то есть представителям терапевтической части аритмологического сообщества. Здесь собрана и систематизирована вся информация, начиная от патогенеза, механизмов возникновения аритмий, диагностики, лекарственной терапии и заканчивая хирургическим лечением.

Кроме мерцательной аритмии к числу самых трудноразрешимых проблем аритмологии относится внезапная сердечная смерть, о ней на съезде тоже много говорили. И второй документ, который был представлен для обсуждения, – клинические рекомендации по профилактике ВСС.

Казалось бы, как можно вести речь о профилактике того, что в принципе невозможно предугадать, а в 70% случаев ВСС происходит именно так: ничто не предвещало, и вдруг острый инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков и смерть в течение ближайшего часа. Но у 30% людей риск внезапной смерти можно заранее выявить и тем самым предотвратить катастрофу. Выявление такой предрасположенности на генетическом уровне сегодня стало реальностью, о чём в своих докладах рассказывали заведующая лабораторией медицинской генетики Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского доктор медицинских наук Елена Заклязьминская и научный руководитель Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева, доктор медицинских наук, профессор Мария Школьникова.

Есть генетически обусловленные состояния, такие как синдром удлинённого интервала QT, синдром Бругада, при которых существует риск внезапной смерти. Оптимальным решением было бы создание в нашей стране регистра людей с диагностированной генетической предрасположенностью к ВСС. В этом случае работа по профилактике внезапной сердечной смерти приобретёт реальные формы.

В мировой практике для профилактики ВСС часто используются бета-блокаторы, либо выполняется имплантация антиаритмических устройств (электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов). Делать это можно уже в детском возрасте, чтобы гасить эпизоды жизнеугрожающего нарушения ритма сердца. Есть также опыт удаления ганглиев грудной симпатической цепочки как решение проблемы полиморфной тахикардии и риска внезапной остановки сердца.

По мнению специалистов, большие надежды в этом плане связаны с генной инженерией, а именно с возможностью проводить «коррекцию» генов, которые отвечают за эпизоды аритмии, вызывающей ВСС.

Будущее в идеале

Ситуация с организацией и доступностью аритмологической помощи в нашей стране за последние 10 лет улучшилась. Однако специалистов пока недостаточно: всего чуть больше тысячи аритмологов, и процентов 75% из них – это кардиологи, которые занимаются диагностикой и лечат больных аритмией медикаментозно. Клинических электрофизиологов и интервенционных аритмологов не больше 120, а должно быть в два, а то и в три раза больше. Медицинских центров, где проводится диагностика и лечение аритмий, в Российской Федерации около 80, этого тоже мало, должно быть не менее 2 аритмологических центров на один миллион населения. А российских клиник, где занимаются лечением мерцательной аритмии, ещё меньше – около 50. В итоге, если в скандинавских странах при фибрилляции предсердий выполняется около 300 абляционных процедур на миллион населения, в среднем по Европе – 60-90 процедур, то в РФ – всего 30.

Хотя есть и очевидные успехи. Сейчас мы делаем катетерных абляций на миллион населения 50% от европейского уровня, в то время как в 2002 г. их выполнялось не более 15% от европейского показателя. Изменилась и география: аритмологические центры есть уже не только в столичном регионе, но и во всех федеральных округах страны. Сформировались целые аритмологические школы, причём высокого европейского уровня, в Москве, Томске, Новосибирске, Санкт-Петербурге.

А что будет завтра? Вместе с Всероссийским научным обществом аритмологов разработкой стратегии развития отечественной аритмологической службы теперь будет заниматься главный кардиолог-аритмолог Минздрава России академик РАН Елена Голухова. Её назначение на эту должность произошло буквально через несколько дней после съезда.

На форуме же была озвучена идея выделить аритмологию в отдельную врачебную специальность. За этим последует проведение целенаправленной подготовки специалистов и создание аритмологических команд heart-team из кардиологов, клинических электрофизиологов, интервенционных аритмологов и кардиохирургов, которые будут на очень высоком уровне заниматься оказанием всех видов аритмологической помощи.

– Идеология аритмологических heart-team сейчас активно практикуется в США и странах Европы. Каждый из специалистов обрисовывает пациенту возможности своего метода лечения аритмии, а пациент должен выбрать, как его будут лечить. Допускаю, что в нынешних условиях эта модель, как рабочая, имеет право на существование. Более того, она уже прописана в российских клинических рекомендациях. Но в идеале, как я это вижу, в аритмологии всё необходимо сосредоточить в одних руках: здесь врач должен быть и диагностом-кардиологом, и интервенционным специалистом, и кардиохирургом. В этом случае больному не нужно будет ходить по разным кабинетам, он будет общаться с одним доктором и в выборе тактики лечения доверять его опыту. Да, это потребует от врача владения многими знаниями и навыками, таким специалистом невозможно стать за 3 года обучения в ординатуре, учиться придётся лет 10, а то и 15. Но так должно быть, – убеждает коллег А.Ревишвили.

Примечательно, что участники съезда поддержали идею универсализации аритмолога. Конечно, не сейчас и сразу, а в перспективе.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».