# Дела сердечные

|  |
| --- |
| *Никогда в прошлые века человечество не терпело столь большого урона от особо опасных инфекций (при всем драматизме эпидемий чумы, холеры и черной оспы), как в наш век от сердечно-сосудистых болезней — в постиндустриальных странах они ответственны более чем за половину смертей. И это несмотря на все богатство знаний о том, как уменьшить риск заболеваний. В этом нельзя не увидеть поразительный парадокс прогресса цивилизации. Вероятно, самая большая трагедия в том, что многих смертей можно было бы избежать. Политическая воля, а также действия государства и человека способны предотвратить около половины ежегодных летальных исходов от болезней системы кровообращения. О серьезнейшей угрозе для жизни большинства людей наш корреспондент беседует с главным кардиологом Министерства здравоохранения РФ, директором НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, членом-корреспондентом РАН, академиком РАМН, профессором* **Юрием Никитичем Беленковым**. |

— К сожалению, по структуре заболеваемости и смертности Россия не отличается от остальных стран, и у нас сердечно-сосудистые патологии занимают первое место. Для примера: в Советском Союзе от заболеваний системы кровообращения в год умирали 1300 тыс. человек. Сейчас в России от них умирают 1200 тыс. человек, хотя населения в стране стало гораздо меньше (из-за распада Советского Союза).  
*— Простите, но сердечно-сосудистые заболевания принято считать болезнями богатых, промышленно развитых стран. Сегодняшняя Россия не вполне вписывается в эту когорту.*  
— Увы, ситуация гораздо сложнее. Мы часто шутим: «Россия — это Нижняя Вольта, осваивающая космос». Прошедшие годы обеспечили стране, которой уже не стало, не только победы в космосе, но и структуру заболеваемости, аналогичную развитой державе. Структура эта за последнее время не изменилась: артериальная гипертония и инсульт мозговой (одно из наиболее грозных ее осложнений), ишемическая болезнь сердца и острый инфаркт миокарда (как ее проявление).  
Сейчас меньше людей страдают ревматическим пороком сердца. (Видимо, меняется характер самого ревматического процесса.) Остальные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) тоже вносят свою лепту в страшные цифры смертности, но не столь огромную, как гипертония и инсульт.  
*— Как много россиян становятся из-за них инвалидами?*  
— Цифры инвалидизации еще ужаснее. Хотя точно назвать их достаточно сложно. Мы можем с уверенностью говорить только об инвалидах I и II групп. Многие тяжело больные люди, инвалиды III группы, продолжают работать из-за сложной финансовой ситуации.

|  |
| --- |
| Ежегодно в мире от болезней сердечно-сосудистой системы умирают более 15 млн человек. 24,5% всех случаев приходится на развивающиеся государства и страны с переходной экономикой — 10 млн из 40. В развитых странах эти болезни — причина 45,6% всех смертей (более 5 млн из 12). |

*— Статистика, безусловно, показательна. Но для читателя, видимо, интереснее получить ответ, как избежать ССЗ. Давайте начнем, как это принято у врачей, с факторов риска. Тем более что это понятие было впервые введено именно для ишемической болезни сердца (ИБС).*— Совершенно верно. В маленьком городке Фремингеме (США) провели поголовное обследование жителей (тогда как раз появились компьютеры, что значительно облегчило задачу) и, проанализировав данные, специалисты установили: есть определенные факторы риска для развития ИБС.   
Первый фактор — «Быть мужчиной». И это не ошибка формальной логики машины. У мужчин эта болезнь случается чаще, чем у женщин (причем, от нее не уйти даже при смене пола). Второй — «Быть мужчиной старше 65 лет». А если отвлечься от полового признака, то на ведущее место выходит наследственность, генетическая предрасположенность.   
*— Влияние отягощенной наследственности очевидно: в семьях гипертоников, умерших от инсультов и инфарктов миокарда, дети и внуки, достигнув сходного возраста (или несколько раньше), часто повторяют судьбу родителей. Но, с другой стороны, никогда в прошлых поколениях заболеваемость и смертность от ССЗ не были столь высокими. Переселяясь в высокоразвитые страны, большое количество мигрантов из развивающихся стран начинает страдать от ИБС, хотя никто в их роду не имел подобных проблем. В странах, слабо приобщенных к техническому прогрессу, генетические факторы почему-то не приводят к массовому поражению системы кровообращения, впрочем, как и в былые века в государствах, достигших ныне высокого уровня жизни населения. Ведь только в начале ХХ в. сэр Джон Макни докладывал английским врачам об очень редком недуге — атеросклерозе! Можно ли генетическими факторами объяснить такую массовость заболеваемости?*  
— Генетический фактор — один из целого сонма. Колоссальное влияние на развитие заболеваний сердца и сосудов имеют факторы внешней среды, образ жизни (в том числе физические нагрузки и питание). Очень важный компонент — то, что у нас на столе. Для ишемической болезни жирная и высококалорийная пища опасна.  
*— Получается, что одна из профилактических мер — рациональное питание?*  
— Рецепты профилактики ишемии (как и многих других болезней) давно стали правилами здорового образа жизни. И правильное питание занимает в них очень важное место. Должен сказать, что, к сожалению, в нашем меню львиную долю занимают жирные сорта мяса и животные жиры. Я не предлагаю полностью исключить эти продукты. Мы живем в мире во многом традиционном. И жиры в диете человека необходимы, но распределить их желательно следующим образом: 1/3 — растительные (растительные масла с низким содержанием холестерина), 1/3 — жиры, содержащиеся в рыбных продуктах, 1/3 — мясные продукты (лучше постные).

|  |
| --- |
| От ишемической (коронарной) болезни в год в мире умирают 7200 тыс. человек — 14%. В промышленно развитых странах эта доля еще больше — 30%. Не первое десятилетие именно она держит трагическое 1-е место. |

*— Эта профилактическая рекомендация для всех, независимо от возраста?*  
— Вы знаете, все зависит от того, какова ситуация со здоровьем в семье. Если у дедушки был инфаркт или инсульт, если у отца — больное сердце, то сыну я бы рекомендовал диету с пониженным содержанием калорий и жира уже в 30 лет. Но поверьте, рациональное, сбалансированное питание будет полезно всем, всегда и от всех заболеваний.  
*— Юрий Никитич, люди издавна наделили сердце такими нефизиологичными функциями, как душевные переживания. «Сердце болит за близких», «любовь в сердце»... Имеет ли это под собой какую-то объективную подоплеку?*  
— Еще говорят: «Душа — в пятках». А если серьезно, то, возможно, и есть, несмотря на то, что за эмоции «отвечает» все же лимбическая система мозга. Дело в том, что сердце имеет очень богатую регуляцию — это и саморегуляция, и «внешняя» регуляция, осуществляемая вегетативной и центральной нервной системами, т. е. сердце в прямом и переносном смысле переживает все, что волнует человека. Поэтому стрессовый фактор играет не последнюю роль в развитии заболеваний ССЗ.  
Если кривую смертности наложить на кривую социальной напряженности в обществе, они очень тесно совпадут по форме и будут разнесены лишь по времени (первая отстает от второй на полгода–год).  
Статистические данные свидетельствуют: значительное снижение зафиксировано в стабильный период 1986–1988 гг., а наивысшая смертность от ССЗ была в России в 1995–1998 гг.  
*— Как кардиологи оценивают нынешнюю ситуацию?*  
— За два последних года наметилась некоторая стабилизация, об уменьшении смертности от этих недугов говорить пока рано. Без всяких реверансов в сторону тематики вашего журнала могу сказать, это и вправду «экологический фактор» в широком понимании. Ведь социальная напряженность, на мой взгляд, это тоже окружающая среда человека, от которой никуда не деться.  
Возможно, экологические факторы (в узком понимании) нечасто влияют напрямую, зато их опосредованное воздействие бесспорно. Так, многие генетические аномалии не берутся ниоткуда, это результат воздействий на организм родителя экологических факторов (радиационное, химическое загрязнение и т. д.). Добавлю, что на кардиологические заболевания сильно влияет состояние иммунной системы. А ее ослабляют и любые негативные экологические воздействия.

|  |
| --- |
| Большинство случаев ИБС является результатом сужения артерий из-за жировых отложений — так называемых бляшек (атеросклероз). Когда коронарная артерия блокируется полностью (обычно в результате образования кровяного сгустка поверх бляшки), происходит инфаркт миокарда или нарушение частоты сердечных сокращений (аритмия). |

*— А какие факторы риска характерны для другого «кита» кардиологии — артериальной гипертонии?*  
— Если у бабушки была гипертония, мама жалуется на высокое давление, то даже женщина-гипотоник (с низким артериальным давлением) имеет 99%-ный риск заболеть ГБ, а это значит, нужно регулярно измерять давление (особенно во время беременности).   
Весьма полезно следить за питанием — соблюдать диету с низким содержанием поваренной соли, ограничением жидкости и т. д. Потому что для гипертонии приоритет факторов риска несколько иной. В первую очередь, это наследственность и избыточная масса тела, затем — алкоголь (на ИБС он влияет значительно меньше, что, впрочем, не повод для частого его употребления; врачи не выписывают при ишемии спиртное и, если говорят о «75 граммах», то это значит только нежелательность превышения указанной дозы). Следующие факторы риска — курение (при ишемии стоит гораздо выше) и гиподинамия (малоподвижный образ жизни).  
Путь, по которому движется российская кардиология, прошли многие развитые страны, и хотя у них в структуре заболеваемости ССЗ занимают первое место, число летальных исходов им удалось существенно снизить. Западные коллеги с середины 1970-х гг. начали широко популяризировать здоровый образ жизни и проводить национальные программы по борьбе с ГБ. Нужно отметить, что бороться с ней гораздо легче, чем с другими заболеваниями системы кровообращения — ее легко и дешево диагностировать, и есть хороший набор современных эффективно действующих препаратов для снижения давления. А результат весьма впечатляет: нормализация артериального давления приводит к снижению смертности от инсультов до 40% и общей сердечно-сосудистой смертности до 30%.  
К сожалению, мы безуспешно добивались утверждения подобной государственной программы в течение многих лет. Лишь в этом году Правительство издало соответствующее постановление. Но хочу подчеркнуть, что борьба с гипертонией начинается не в кабинете врача (она там завершается), а тогда, когда человек поймет, что быть здоровым — это и выгодно, и престижно.  
Приведу один пример. Молодое поколение уже, наверное, не помнит фильм «Великолепная семерка» и Юла Бринера в роли одного из героев. Он был не только популярной кинозвездой тех лет, но и рекламным лицом «Marlboro». Когда актер умирал от рака легких, то написал обращение к американцам, прошедшее по всем крупным радиостанциям и телеканалам страны. Призыв умирающего человека покончить с курением стал началом колоссальной антиникотиновой кампании.

|  |
| --- |
| В настоящее время, по данным ВОЗ, самый высокий в мире коэффициент смертности наблюдается в Восточной и Центральной Европе. В таких странах, как Болгария и Венгрия, он даже возрастает — как среди мужчин, так и среди женщин. |

*— Гипертоническая болезнь — существенный фактор риска не только для ИБС, но и для инсульта?*  
— Среди болезней системы кровообращения второй по распространенности причиной смерти считаются инсульт и другие цереброваскулярные болезни (заболевания центральной нервной системы, связанные с нарушением кровообращения головного мозга), на которые приходится более 4,6 млн случаев смерти на земном шаре (1/3 — в промышленно развитых странах). Как и при ИБС, в большинстве случаев преобладает здесь атеросклероз. Самые важные факторы риска развития инсульта те же, что и у ИБС или ГБ: повышенное артериальное давление; увеличенное содержание холестерина в крови (гиперхолестеринемия), приводящая к образованию атеросклеротических бляшек на стенках сосудов; курение; недостаточная физическая активность; ожирение; длительное или сильное нервно-психическое перенапряжение (стресс); некоторые заболевания сердца; сахарный диабет; наследственная предрасположенность; злоупотребление алкоголем.  
Большинство этих факторов устраняется здоровым образом жизни. Поэтому еще раз подчеркну — по данным ВОЗ, по влиянию на заболеваемость и смертность роль медицинских учреждений не превышает 10%. Все остальное — это экология, образ жизни, состояние общества, влияние средств массовой информации и проч. Не больница внедряет здоровый образ жизни, хотя, бесспорно, без врачей в этом вопросе не обойтись.  
*— Не зря мудрецы Востока говорили: «О здоровье должны думать здоровые, больные думают о лечении».*  
— Мы тоже думаем о лечении больных. Последние годы для кардиологов были плодотворными, хотя о серьезном прорыве говорить еще не рискну. Тем не менее то, что мы делаем сегодня, еще лет 10 назад казалось фантастикой. Появились очень интересные амбулаторные методы диагностики ИБС. Например, на пояс пациента вешается маленькая коробочка, похожая на плэйер, регистрирующая в течение суток все, что происходит с сердцем. Человек ведет свой обычный образ жизни, а кардиограмма фиксирует работу сердца. Потом записи анализирует компьютер, сопоставляя субъективные ощущения пациента с объективными данными прибора. Если ИБС проявляется в 40–50-летнем возрасте, современная технология подразумевает следующее: пациенту делается коронарография. При выраженном сужении сосуда врач не будет лечить таблетками, это не терапевтическое заболевание, — он просто увеличит диаметр коронарного сосуда (вводится специальный катетер с «расширителем»). Операция эта эндохирургическая, когда «разрез» заменяется «проколом», бескровная. Но медицина — это наука, а не магия, здесь чудес не бывает — через 5–7 лет пациент вернется к нам с новыми сужениями, тогда делается ангиопластика и укрепляются стенки сосуда. После следующих 5–7 лет ставится вопрос об аортокоронарном шунтировании (соседние участки сосуда соединяются «напрямую», в обход поврежденного). В настоящее время медики пересмотрели свое отношение к операциям на открытом сердце 40–50-летних. Специалисты все больше и больше предлагают их 60–65-летним, а то и 70-летним (потому что даже прекрасно выполненное хирургическое вмешательство имеет срок — 10–12 лет). Американцы в свое время делали их 50-летним, по 200–250 тыс. в год. А когда через 10–12 лет начались рецидивы, и потребовались повторные операции, риски многократно возрастали, а третий раз такую операцию проводить нельзя. Поэтому современная технология подразумевает максимальное использование эндоваскулярных (внутрисосудистых) методов и только потом, при необходимости, шунтирование.

|  |
| --- |
| Высокое артериальное давление (гипертензия, артериальная гипертония, гипертоническая болезнь, ГБ) — самое распространенное сердечно-сосудистое расстройство, поражающее около 20% взрослого населения планеты. Почти 700 млн человек стали инвалидами из-за гипертонической болезни. Только в США ею страдают около 50 млн человек; что обходится в 29 млн неотработанных дней и 2 млрд долл. потерянного заработка ежегодно. Несмотря на то, что это заболевание практически не имеет симптомов (за исключением тяжелой формы), оно считается как самостоятельным недугом, так и одним из главных факторов риска для заболеваний сердца, инсульта и болезней почек. |

*— А для инфаркта миокарда появились новые технологии?*  
— Проводятся уникальные внутрисосудистые операции, когда в острой стадии инфаркта миокарда разрушается тромб.   
Фактически мы встали перед медико-социальной дилеммой. Привезли пациента с инфарктом, медики провели операцию, спасли весь миокард. А что теперь с диагнозом? С точки зрения атеросклероза — он больной, но с точки зрения гемодинамики (системы показателей движения крови) — он здоров и через два дня будет выписан.  
*— Впечатляет. А консервативные методы лечения?*  
— Бесспорно, мы не отрицаем медикаментозного лечения, тем более что средств, выделяемых на операции, не хватает, чтобы обеспечить всех нуждающихся (именно поэтому не может идти речь о настоящем прорыве). Для страны с населением 150–170 млн человек, на мой взгляд, нужно делать около 50–70 тыс. операций в год. Их же проводится в России не более 7–8 тыс. А в ангиопластике ежегодно нуждаются до 250 тыс. пациентов, радикально помочь можем не более 15–20 тыс.  
Длительный прогноз по выживанию людей при правильном медикаментозном лечении не уступает прогнозам для прооперированных. Недостаток лишь в том, что у неоперированного пациента ухудшается качество жизни — врачи ставят очень много ограничений.  
*— Уточните: именно у прооперированных пациентов совершенно нормальное качество жизни, без многочисленных «нельзя»?*  
— Именно так. Сейчас появились новые, очень интересные классы препаратов, снижающих давление и ызащищающих миокард от ишемии. Но я должен сказать откровенно: не бывает эффективно действующих фармакологических препаратов без побочных эффектов. Не бывает даже чисто теоретически. Если нет побочного эффекта, значит, препарат нейтрален, не действует. Поэтому даже самые прогрессивные препараты должны применяться строго по назначению. Мы уже заведомо знаем, что есть возможность определенного риска побочных эффектов, но позитивное действие во много раз его перекрывает. Опять-таки, если есть возможность лечить немедикаментозно, это нужно только приветствовать. Тем более в этом плане гипертоническая болезнь (по сравнению с ишемической) благоприятна. При ее лечении можно длительное время применять лекарственные травы. При ИБС самолечение чревато серьезными последствиями.

|  |
| --- |
| Самым доступным для предупреждения фактором риска ИБС, ГБ и всех остальных сердечно-сосудистых заболеваний является курение. Оно — причина около 15% всех случаев смерти от ИБС (в основном у людей старше 65 лет). |

*— Похоже, в российской кардиологии сегодня сложилась следующая ситуация: есть современные эффективные технологии, оборудование, высококлассные специалисты, которые знают, как снизить заболеваемость и смертность. Но не всегда могут внедрить эти знания в жизнь. И нетрудно догадаться, что причины тому сугубо экономические.*  
— Необходимо понимать, что не бывает дешевых современных технологий. А еще — всегда экономически выгоднее лечить больного современно и своевременно, нежели потом тратить деньги на содержание инвалида, его профессиональную переподготовку или на содержание семьи, потерявшей кормильца. К сожалению, медицинские технологии оплачиваются из одного кармана, а экономия от спасенной трудоспособности поступает в другой. И этот разрыв — не в бюджете, а в умах политиков и чиновников.  
Могу сказать, что за последнее время мне довелось много ездить. Я посетил несколько областных и республиканских клиник — и моя оценка очень высокая. В Волгограде блестящая клиника, замечательную больницу открывают в Тюмени. Если создать еще 5–7 центров, то по крайней мере острота проблемы будет снята. В основном мы зависим от Фонда дорогостоящих методов диагностики и лечения Минздрава. Вот сколько они нам денег выделяют — столько операций мы и делаем.  
*— Стоимость оказания помощи при болезнях системы кровообращения стремительно возрастает во всем мире. В развитых странах на них приходится уже около 10% прямых затрат на медико-санитарную помощь, или 0,5–1% валового национального продукта страны. А в США 2% от валового национального дохода выделяется кардиологам.*  
— Да, при этом их здравоохранение получает 11% национального дохода. Серьезных проблем, как видите, на рубеже веков перед нами нет. Нужна, как сегодня модно стало говорить, «политическая воля». Я готов повторять и повторяю всем: это ваша болезнь, ваши сосуды и ваше сердце. Моя обязанность — честно сказать, что есть современные эффективные методы лечения, специалисты о них знают и ими владеют. Дело за вами. Вы должны заставить политиков сделать эти методы доступными.   
*— Значит, читателю можно порекомендовать самое верное средство — быть ответственными перед собой на всех уровнях: от личного (здоровый образ жизни), до высокой социально-политической активности. Юрий Никитич, но кардиология, надо полагать, решает не только сегодняшние сугубо практические проблемы, но и научные. Например, по данным специалистов ВОЗ, последнее время отмечается все возрастающее количество ИБС у женщин. В связи с чем?*  
— Здесь все ясно. Есть горькая шутка, с которой мне приходится часто сталкиваться на практике: «Как только женщина начинает заниматься мужской работой, она начинает болеть мужскими болезнями». От этого никуда не денешься.

|  |
| --- |
| Атеросклеротический процесс в главных артериях, включая коронарные, развивается в юности. Его начальные стадии зачастую наблюдаются у детей и молодых людей; ему вообще свойственно латентное и бессимптомное прогрессирование с начала второго десятилетия жизни, пока внезапно не проявится болезнь. У многих людей первым «проявлением» болезни становится внезапная смерть. |

*— Последнее время появляются труды о роли воспалений в развитии атеросклероза. Так какова же природа этого заболевания?*  
— С этим толком еще не разобрались ни у нас, ни за рубежом. Исследования идут. Похоже, все-таки какой-то элемент воспаления в стенке сосуда есть.  
*— Генно-инженерные методы лечения многих заболеваний уже стучатся в дверь. Опять же клонирование искусственных органов, регенерация нерегенерируемых тканей. Какие перспективы у этих методов в кардиологии?*  
— Я думаю, для кардиологии «выращивание» искусственных органов или клонирование их — во всяком случае, в ближайшее время — не решение вопроса. Данная область скорее найдет применение в эндокринологии, там, где нужна заместительная терапия — выращивание бета-клеток для диабетиков.   
Для нас важно простимулировать рост клеток сосудов и клеток сердечной ткани — кардиомиоцитов. Для этого есть так называемые стволовые (по аналогии с деревом) клетки, готовые к росту и способные развиваться в любом направлении, если их специально подготовить. Имплантация подобных подготовленных клеток в миокард приводит к тому, что начинает обновляться ткань сердца. В какой-то степени это регенерация, не прямая, как в клетках печени, а опосредованная. Вот в этой области будет следующий прорыв.   
*— А когда?*  
— Думаю, в ближайшие пять лет.

**Список использованной литературы**:

Журнал "Экология и жизнь".