

Новости кардиологии



Кардиология 2020: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ РЕШЕНИЯ

Региональные отделения — основа РКО. Их работа поуправлению качеством оказания медицинской помощи

Подготовка новых и переработка уже выпущенных клинических рекомендаций по единому стандарту

Современная научная культура. Программы обучения авторов, рецензентов и редакторов научных статей

Программы, реализуемые в Республике Татарстан в рамках национального проекта «Здравоохранение»

Российское кардиологическое общество — достижения и перспективы развития

Евгений Владимирович Шляхто

Президент РКО



Глубокоуважаемые члены Российского кардиологического общества, коллеги, друзья!

Прошел год с той поры, как мы обсуждали на предыдущем Российском национальном конгрессе кардиологов наиболее значимые аспекты развития кардиологии и нашего общества. Наступило время представить новые результаты работы, перспективные идеи и планы, которые, я уверен, дадут импульс дальнейшему развитию Российского кардиологического общества как ведущей профессиональной медицинской общественной организации РФ, которая насчитывает более 7000 членов, имеющей региональные отделения практически во всех субъектах Российской Федерации.

РКО сегодня — это объединение известных в России и за рубежом научно-клинических и педагогических школ. Их отличительной чертой можно назвать междисциплинарный подход к комплексному решению актуальных научно-практических и образовательных задач современной кардиологии и смежных дисциплин, что имеет фундаментальное значение для успешной реализации национального проекта «Здравоохранение».

Именно объединение усилий экспертного сообщества под эгидой РКО позволило в кратчайшие сроки практически заново создать единый надежный механизм подготовки клинических рекомендаций, соответствующих всем современным требованиям и регламентам. Они успешно проходят утверждение Минздравом России и становятся важнейшим инструментом повышения качества оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения.

Совместно с Национальной медицинской палатой и другими профессиональными ассоциациями мы продолжаем активную работу в области совершенствования профессиональных стандартов. Это сложный многоэтапный процесс, вовлекающий подчас в острую полемику представителей различных дисциплин, имеющих несхожие взгляды на пути подготовки специалистов тех или иных субспециальностей. Однако я уверен, что именно в этих дискуссиях будут найдены перспективные направления развития нашей профессии.

Наше общество не впервые становится победителем в конкурсе на соискание президентских грантов. В этом году заканчивается реализация проекта «Совершенствование непрерывного медицинского развития специалистов лечебного дела», предпосылки которого стали очевидны в 2018 году в ходе выполнения социально значимого проекта «Обеспечение гарантий уровня и качества квалификации медицинских работников при оказании медицинской помощи посредством отраслевой рамки квалификаций в здравоохранении», осуществленного за счет средств Фонда президентских грантов.

Тогда РКО провело мониторинг рынка труда в здравоохранении и проанализировало мнение 843 работодателей о 126 квалификациях медицинских специалистов. Эксперты общества выявили высокую оценку работодателями компетенций фельдшеров, превышающих уровень среднего профессионального образования; выяснилось также и то, что трудовые функции фельдшера во многом сопоставимы с врачебными и позволяют ему вести самостоятельную лечебно-диагностическую деятельность в стандартных клинических ситуациях.

В настоящее время 4-летняя подготовка фельдшеров в системе среднего профессионального образования не позволяет ставить их на врачебные должности, несмотря на то, что привлечение фельдшеров к выполнению функций участкового врача разрешено приказом Минздрава России от 23.03.2012 № 252н. РКО выступило с инициативой подготовки фельдшеров в рамках бакалавриата, что позволит в 2 раза быстрее устранить имеющийся кадровый дефицит и насытить здравоохранение необходимым количеством специалистов, которые смогут заниматься лечением и диагностикой типичных заболеваний и состояний, оказанием медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, паллиативной помощи. Мы надеемся завершить этот проект, предусматривающий разработку профессионального стандарта и инструментария для профильных министерств, в текущем году, о чем, конечно, информируем членов общества на нашем сайте.

Региональные отделения РКО — основа нашего общества! Они все активнее подключаются к управлению качеством оказания помощи, к ним все больше прислушиваются организаторы здравоохранения на местах, и это отрадная тенденция. Аккредитация — важнейшее звено в совершенствовании нашего здравоохранения — проводится при непосредственном участии представителей региональных отделений РКО.

Трудно переоценить роль региональных отделений общества в реализации национального проекта «Здравоохранение». Им под силу очень многое — от работы по сокращению сроков внедрения инновационных технологий до распространения современных принципов максимального участия пациента в лечебно-диагностическом процессе.

Общепризнано также, что без деятельного вклада медицинской общественности невозможно сформировать региональные и городские программы защиты здоровья детей и подростков, поддержки планирования семьи, поддержания здоровья и качества жизни пожилых людей, пропаганды здорового образа жизни.

Наше общество, пожалуй, никогда еще не развивалось так стремительно, как теперь, и не расширяло так масштабно сферы своей деятельности, вовлекая в орбиту активной работы все больше и больше членов. Именно поэтому стал актуальным вопрос о внесении в Устав общества изменений и дополнений, обусловленных необходимостью привести его в соответствие с изменившимися условиями и масштабами нашей деятельности.

В частности, требуют уточнения формулировки статей, регламентирующих порядок функционирования общества в контексте реализации национального проекта «Здравоохранение», расширение компетенций его региональных отделений, многие из которых выросли за последние годы в крупные и влиятельные организации.

Кроме того, на последнем пленуме Правления РКО были приняты решения о создании благотворительного фонда общества и о реорганизации секций в советы и рабочие группы и делегировании им дополнительных полномочий в части организации образовательной и международной деятельности. Это тоже необходимо отразить в новой редакции Устава.

Наконец, расширение масштабов деятельности РКО, а также изменения в законодательстве, произошедшие с момента утверждения последней редакции Устава в 2011 году, диктуют необходимость обновления статей, определяющих порядок взаимодействия общества с Минздравом России, другими органами исполнительной и законодательной власти, средствами массовой информации, зарубежными партнерами.

Исходя из этого, Президиум Правления РКО единогласно одобрил предложение о внесении поправок и изменений в Устав общества. Над его новой редакцией успешно поработала комиссия под председательством вице-президента РКО, академика РАН Ю. Н. Беленкова. Теперь, согласно действующему Уставу, мы соберемся все вместе для обсуждения и утверждения изменений и примем решение, которое, я уверен, определит стратегию развития нашего общества на новое десятилетие.

В заключение затрону тему, которая стала ключевой для каждого из нас в минувшие месяцы. Российское здравоохранение только что с честью справилось со сложнейшей задачей и вышло победителем в борьбе с эпидемией новой коронавирусной инфекции. Поэтому прежде всего позвольте выразить вам, дорогие коллеги, самую искреннюю признательность за все, что вы сделали для наших больных, сумев спасти и продлить сотни тысяч жизней. Одна из главных задач была также в том, чтобы уберечь от болезни себя и своих близких, и мы ее выполнили, проявив высочайшую ответственность, дисциплину и профессионализм.

Отечественная кардиология внесла большой вклад в общую победу и теперь возвращается к оказанию полноценной плановой и экстренной помощи профильным больным, к активной научно-исследовательской работе и масштабной образовательной деятельности. На этом пути нас ожидают трудности: времени на выполнение плановых показателей остается не так уж много. Я убежден, что РКО способно стать примером в том, как можно быстро восстановить эффективную работу и достичь результатов прежнего уровня.

Желаю вам успехов и крепкого здоровья!

Президент Российского кардиологического общества
Евгений Владимирович Шляхто

Развитие образовательных программ — приоритетная задача для науки

Шеф-редактор Российского кардиологического журнала, кандидат медицинских наук Юлия Валентиновна Родионова рассказала о современной научной культуре и о том, почему необходимы программы обучения авторов, рецензентов и редакторов научных статей.

Развитие российской науки приобретает особую важность в условиях общемирового экономического кризиса и изменения взаимоотношений между странами из-за пандемии COVID-19. На первый план выходят такие задачи, как повышение глобальной конкурентоспособности, совершенствование научно-исследовательской деятельности и системы образования и, конечно, внедрение и освоение новых технологий, которые предлагает сеть Интернет.

В наши дни перед медицинскими работниками, которые заняты не только практической, но и научной деятельностью, стоит ряд новых проблем. Среди них — нехватка знаний о компьютерных и сетевых технологиях, о современных способах изложения научного материала и научной культуре.

В России превалирует традиционная вертикальная модель устной передачи знаний (от начальника — подчиненному, от старшего коллеги — молодому), если такая работа вообще проводится руководителями в учебных заведениях и научно-исследовательских орга-

низациях. Однако современность требует постоянного повышения квалификации и актуализации полученных знаний, и для этого существуют различные курсы и лекции. И все же специалисты подчас не стремятся повышать свою квалификацию, задаваясь вопросом «зачем мне это нужно, если для рутинной работы знаний и так хватает?»

Современная наука стремится к постоянному расширению и обновлению знаний: если раньше научная публикация делалась на основе данных, полученных на маленькой группе больных, то сейчас в приоритете метаанализ и большие обзоры, собирающие массивы данных из разных источников по достаточно узкой теме. Также поменялось отношение к качеству научной деятельности: единичная статья и участие соавтором в такой статье потеряли значимость как показатель, а для повышения видимости исследования теперь нужно активно продвигать себя в социальных сетях, участвовать в дискуссиях, заниматься рецензированием и постоянно быть в курсе современных исследований и новых методов. В этом аспекте мы пока сильно проигрываем в плане подготовки научных публикаций.

Подготовка научных публикаций

Стандарты подготовки научных публикаций постоянно совершенствуются, и важно следить за тем, что именно сейчас представляют ведущие отечественные и зарубежные журналы. Выходящие в свет новые номера размещаются на открытых площадках в сети Интернет, поэтому несложно найти статью кого-то из коллег по интересующей теме и посмотреть, как она оформлена.

Из обязательных новых разделов научной статьи следует присмотреться к таким, как: «Отношения и деятельность» (бывший «Конфликт интересов»), «Этические принципы» и «Ограничения исследования».

Конфликт интересов — любая деятельность авторов, способная повлиять на восприятие публикации читателем, и этот вопрос нужно всегда иметь в виду, когда авторы заполняют сопроводительные документы к статье. Для того чтобы грамотно оценить степень собственной «деятельности», автору необходимо владеть оперативной информацией, которая имеется в окружающем его научном пространстве.

Этические принципы — основа каждого исследования, которая закладывается на уровне идеи. Их совершенно необходимо учитывать и указывать в окончательной версии текста. Отсутствие такой информации делает исследование незаконным и полностью его обесценивает.

Ограничения исследования имеются всегда. С их помощью автор показывает читателю (другому специалисту), насколько он владеет текущей информацией и может правильно поставить вопрос для своего исследования. Отсутствие такого раздела свидетельствует о некорректности изложения полученных данных и, соответственно, может посеять сомнение в достоверности результатов.

Изменилось и отношение к обзорным статьям. В мировом информационном пространстве ценность обзора литературы теперь зависит от узости и актуальности поставленной проблемы и от того, насколько тщательно автор работает с современной литературой. Нельзя писать обзор только потому, что «захотелось», компоновать цитаты из разных источников, превращать обзор в лекцию или главу из монографии.

Язык статьи

Выбор языка, на котором будет написана статья, — очень важная задача. Повышенный спрос на англоязычные публикации в «хороших» журналах породил неэтичные методы размещения статей — например, приписное авторство, когда статья пишется носителями языка, а имена других авторов вставляются в нее «по знакомству» или за определенную плату. В других случаях профессионально переводится русскоязычная статья (часто уже опубликованная), а под нее подбирается разношерстный авторский коллектив из тех, кто готов заплатить и ищет легкие пути обзавестись зарубежной публикацией. В издательской среде такое явление называют «карусель»: очередность авторов перемешивается, сами они друг с другом не знакомы,

но одним и тем же авторским «коллективом» публикуется несколько статей. В последние годы появилось множество таких публикаций, но и у нас, и за рубежом их начали отслеживать и отзываться.

Помимо различных курсов академического письма, на российский рынок пришло несколько компаний, легально предлагающих коммерческие услуги по работе над языком статьи. Вашу статью могут не только грамотно перевести, отредактировать, отрецензировать, но и опубликовать в приглянувшемся журнале. Также появились компании, предлагающие различные инструменты и программы по отслеживанию грамотности перевода текста на английский язык.

Выбор языка изложения — это еще и выбор аудитории вашей статьи. Например, крупные англоязычные высокоцитируемые журналы работают в основном на американскую аудиторию и подбирают контент, интересующий именно их читателей. Однако не следует упускать из виду, что если резюме статьи переводится на англий-

ский и выкладывается на открытой площадке в сети Интернет, оно также доступно общемировой аудитории. По ключевым словам и идентификатору DOI статья, пусть и написанная на другом языке, легко находится библиотеками. Заинтересованное лицо может перевести текст на любой язык и понять суть изложенного в статье.

Резюме и название

Лаконичное доходчивое резюме повышает видимость статьи для общемировой научной среды. Именно этот текст видит потенциальный читатель, который может заинтересоваться либо пропустить статью в своем поиске. И здесь на помощь приходят новые инструменты, которые получают все более широкое распространение: видеокартинка, видеопрезентация автора или редактора, краткое резюме (три строки), запись в Твиттере или ретвит.

Несовпадение цели и названия статьи — беда российских авторов, с которой научные журналы пытаются бороться. Цель статьи — это результат, которого автор хочет достичь, а не описание того, что он собирается делать в процессе. «Исследовать», «изучить», «найти», «определить» — это все вводные слова перед постановкой цели. В формулировке цели также должен быть ответ на вопрос «зачем». Если цель работы — «изучение» или «определение» без ответа на вопрос о практическом применении результата, то у читателя возникает подозрение, что исследователи увлеклись самим процессом, но не определили ничего важного.

Важно помнить, что название является производным цели. Некоторые западные специалисты, например, рекомендуют использовать вопрос, подчиненный определенной структуре (PICOS: P — Population, Problem, I — Intervention, Exposure, C — Comparison, Control, O — Outcomes, S — Study designs). Основной вопрос статьи может звучать следующим образом (хоть и немного не

по-русски): «Пожилые больные с хронической сердечной недостаточностью II–IV функционального класса с сопутствующей артериальной гипертензией и стабильной ишемической болезнью сердца, может ли аспирин, по сравнению с плацебо, снижать уровень гликированного гемоглобина, оценка: случай–контроль».

Видеокартинка, вставленная в резюме или вместо резюме в электронную версию, больше подходит для исследования химических формул, но с развитием технологий имеет шанс стать интересным средством привлечения внимания читателей.

Видеопрезентация, распространяемая через сайт журнала, профиль автора или различные группы в социальных сетях, помогает представить статью той части аудитории, для которой визуальный ряд привычнее безликого текста.

В дополнение к основному резюме можно составить краткое резюме в три строки, содержащее информацию о цели, методе и результатах работы. Это еще один способ представить свою статью с целью повысить ее видимость в общемировом научном пространстве. Не у всех журналов есть технические возможности размещать на своих сайтах такие резюме, но автору рекомендуется использовать социальные сети и системы кратких сообщений. Например, запись в Твиттере или ретвит с дополнительной картинкой или цветной схемой могут способствовать привлечению аудитории.

Развитие образовательных программ

Многие научные мероприятия (конференции, конгрессы, симпозиумы, лекции) теперь можно проводить онлайн, поэтому русскоязычная аудитория все чаще вовлекается в международный образовательный процесс. Стоит иметь в виду, что для развития российской науки важны такие направления образовательной деятельности, как обучение изложению результатов исследования на высоком научном уровне (написание научных статей), обучение экспертной оценке (научное рецензирование и редактирование) и правильному отображению ее результатов в письменном виде (рецензия). Современная наука дает обширный инструментарий для этой деятельности, которая оценивается не только количественно, но и качественно.

Научный рецензируемый журнал может послужить хорошей стартовой площадкой для молодых ученых — как для обучения написанию научных статей, так и для развития навыков экспертной оценки научного материала. Однако чтобы разработать и предложить обучающий курс для авторов, рецензентов и будущих научных редакторов, необходимо изменить сложившуюся традицию и представить новые культурные коды для российской научной среды.

Во-первых, обратим внимание на авторов и их убежденность в том, что текст научной статьи пишется для их личного пользования, поэтому можно не учитывать сложившиеся правила изложения материала, а писать «как придется», «лишь бы опубликовали» или с убеждением, что редакция исправит рукопись. Прошли те времена, когда редакция журнала боролась за каждую статью и была рада любому предложенному материалу. Увеличение коли-

чества исследований и стремление как можно быстрее донести их результаты до читателя заставляют журналы тщательнее подходить к выбору статей, чтобы они не залеживались. Если рукопись лежит в портфеле редакции больше года — это уже катастрофа: значит, журнал предлагает своим читателям устаревший материал, возможно, не выдерживающий конкуренции с другими исследованиями на эту тему, ведь появившиеся в мировом научном пространстве новые данные могут полностью обесценить задержанную статью. Поэтому редакции журналов с большим портфелем сразу оценивают потенциал каждой поступившей рукописи и производят отбор уже на первом этапе (до рецензирования).

Автор должен понять: текст его рукописи — в том виде, как он ее предоставит, со всеми ошибками и недоработками — поступит редактору и рецензенту, и эти люди, ничего не зная о личности автора, будут давать экспертное заключение о статье, основываясь лишь на самом тексте.

Второй этап — рецензирование — еще более проблематичен. В научной среде бытуют два противоположных мнения: 1) рецензирование должно занимать достаточно много времени (до 6 месяцев); 2) рецензирование — плодотворная работа в очень сжатые сроки. Пагубно воздействует на этот процесс появление журналов, обещающих быстро (за один-два дня) отрецензировать статью и опубликовать ее на коммерческой основе. Негативно влияет и веерная рассылка запросов на рецензирование от неизвестных журналов в надежде, что кто-то откликнется.

Распространен миф, что рецензентом обязательно должен быть крупный ученый, а не простой научный сотрудник. Еще одно заблуждение: осуществить рецензирование очень легко, достаточно бегло проглядеть статью и дать положительное заключение.

Рецензирование — это научная работа, ощущение важности которой утрачено за много лет без должного контроля со стороны научного сообщества. Рецензент не только оценивает вклад нового исследования в приращение общемирового научного знания, но и принимает непосредственное участие в процессе — исправляя, советуя, предлагая. Стало быть, он сам делает определенный вклад в науку. К сожалению, в нашей стране фигура рецензента всегда в тени из-за стремления к анонимности двойного слепого рецензирования (кстати, в конце сентября 2020 года будет принята новая таксономия рецензирования, и такой тип уже не будет столь обезличен). Поэтому рецензенты зачастую плохо

понимают свою функцию и ее возможное влияние на их личные научные позиции. В мировом масштабе быть постоянным рецензентом научного журнала очень почетно. Хочется верить, что и в российском научном сообществе отношение к рецензированию и рецензенту удастся изменить в ближайшие годы.

Редактирование в научных журналах в России держится на отдельных людях, которые внесли огромный вклад в отечественную науку. Фактически она говорит словами научного редактора, создающего собственную стилистику и правила изложения. В течение многих лет журналы развивают научное знание, обучая, исправляя и корректируя, прививая своим читателям вкус к восприятию изложенного на высоком уровне материала и создавая язык публикаций. Научной редактуре, поднятой когда-то из небытия энтузиастами, в наши дни необходимо обучаться, перенимая опыт и самосовершенствуясь.

Заключение

В связи с вышеизложенным представляется крайне важным создать образовательную программу на следующие годы, которая позволит вырастить и воспитать новых авторов, рецензентов и редакторов научных журналов, поскольку потребность в качественном представлении результатов отечественных научных исследований достаточно высока. Российский кардиологический журнал при поддержке Российского кардиологического общества планирует развивать все три направления (авторы, рецензенты, редакторы), выстраивая процесс обучения в форме не только лекций, но и сертифицированных мастер-классов (курсов) с использованием базы журнала для практического разбора случаев, а также в форме открытого рецензирования. Цель программы — обучение и повышение квалификации новых специалистов, которые смогут внести свой вклад в развитие российской науки.

Центр липидологии взрослых Республики Татарстан

В 2018 году в Республике Татарстан (РТ) инициирована программа «Раннее выявление семейной гиперхолестеринемии у лиц трудоспособного возраста и членов их семей с целью снижения смертности от болезней системы кровообращения». В рамках программы созданы два центра: Центр липидологии взрослых (ЦЛВ) и Центр детской липидологии. Это научно-практические и организационно-методические подразделения по оказанию специализированной помощи жителям Татарстана с различными нарушениями липидного обмена. Работа обоих центров ориентирована на активное выявление пациентов с дислипидемиями, в том числе с семейной гиперхолестеринемией. Цели функционирования ЦЛВ — обеспечение доступной и качественной медицинской помощью пациентов с дислипидемиями и снижение уровня инвалидности и смертности от заболеваний, связанных с нарушением липидного обмена.

В основе выявления пациентов с семейной гиперхолестеринемией лежит каскадный скрининг. Пополнение базы пациентов ЦЛВ происходит из нескольких источников:

1. Из центров ЧКВ, кардиохирургических и сосудистых отделений стационаров Татарстана, направляющих в ЦЛВ пациентов, которые перенесли острый коронарный синдром, коронарное шунтирование, каротидную эндартерэктомию или острое нарушение мозгового кровообращения в возрасте до 55 (мужчины) или до 60 лет (женщины);
2. Из поликлиник, направляющих пациентов с ранними проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний и с уровнем общего холестерина более 7,5 ммоль/л, выявленным при диспансеризации населения;
3. Из Центра детской липидологии, направляющего родителей детей с выявленным высоким уровнем холестерина.

В план обследования пациентов с дислипидемией входят осмотр врача-кардиолога, лабораторная диагностика (биохимический анализ крови, оценка тиреоидного статуса, определение гликированного гемоглобина) и инструментальная диагностика (УЗИ сонных артерий, по показаниям — эхокардиография) с последующим подбором гиполипидемического лечения. У пациентов с высокой вероятностью семейной гиперхолестеринемии берут кровь на молекулярно-генетический анализ.

За первый год работы ЦЛВ возможная семейная гиперхолестеринемия выявлена почти у половины обратившихся пациентов. У 23% пациентов дислипидемия носит вторичный характер. Наблюдаются 15 пациентов с определенной семейной гиперхолестеринемией.

Руководитель Центра липидологии взрослых, главный внештатный кардиолог Минздрава Республики Татарстан, кандидат медицинских наук З. Ф. Ким

COVID-19. Мнение кардиолога: работы у нас прибавится

В 2020 году мир столкнулся с невиданной проблемой — пандемией коронавирусной инфекции. В разных странах подсчитывают потери населения непосредственно от COVID-19, однако последствия могут быть значительно шире.

Так, на фоне пандемии стоит принять во внимание три проблемы, связанные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

1. Большая часть погибших от COVID-19 имела то или иное сердечно-сосудистое заболевание. Стало быть, пациенты с болезнями системы кровообращения входят в группу очень высокого риска.
2. В условиях длительного карантина снизилась доступность амбулаторной помощи, во многих случаях откладывалось плановое стационарное лечение: реже проводились плановое стентирование и шунтирование коронарных артерий, меньше имплантировались кардиостимуляторы и дефибрилляторы. В связи с этим следует ожидать прогрессирования хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, ХСН).
3. Малоактивный образ жизни во время самоизоляции и повышенный эмоциональный стресс могут привести к усилению факторов риска и увеличению заболеваемости гипертонической болезнью, ОКС, ХСН, тромбозами, синдромом такоцубо.

Предположительные механизмы, ведущие к увеличению смертности от БСК в связи с COVID-19

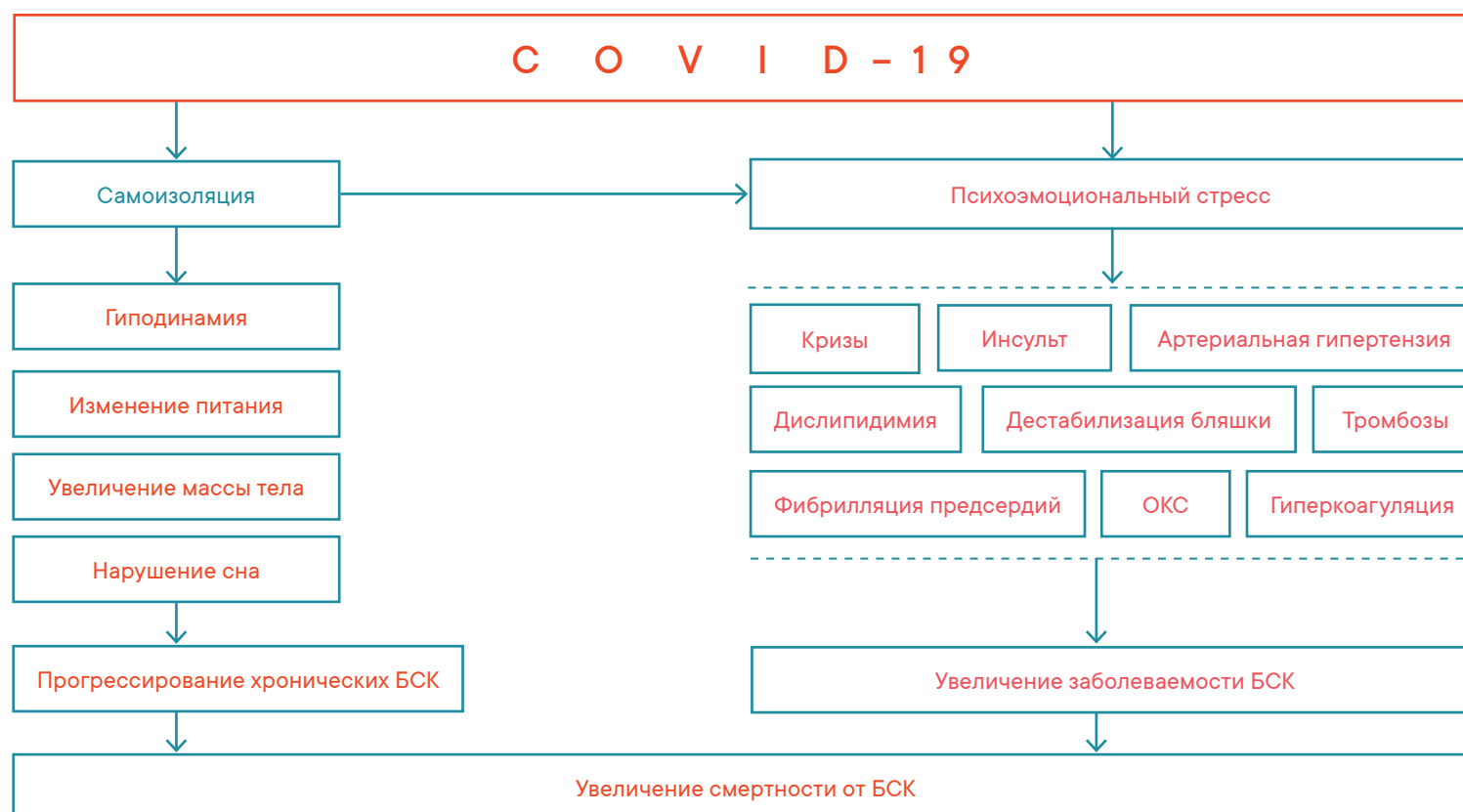
На мой взгляд, в нынешней ситуации перед нашим здравоохранением, перед терапевтами и кардиологами стоят следующие задачи:

1. Осуществлять постоянный (в том числе дистанционный) контроль состояния и эффективности лечения пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Цель — диспансерное наблюдение 100% пациентов.
2. Совершенствовать амбулаторную помощь на основе широкого применения телемедицины, тем самым снижая необходимость в плановом стационарном лечении.
3. Усилить работу по выявлению и коррекции факторов риска ИБС (артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, малоподвижный образ жизни), что очень важно в связи с возможным повторением пандемии.

С учетом этих задач у кардиологов, терапевтов и врачей общей практики в ближайшее время прибавится работы — как в лечебной, так и в профилактической сфере.

Большая часть актуальных кардиологических вопросов, связанных с COVID-19, будет обсуждаться на Российском национальном конгрессе кардиологов, который пройдет с 29 сентября по 1 октября 2020 года в Казани.

Вице-президент РКО, главный внештатный кардиолог ПФО, заведующий кафедрой кардиологии ФПК и ППС Казанского государственного медицинского университета профессор А. С. Галявич



Целевой Адрес Совместный проект РКО и компании «Санофи»

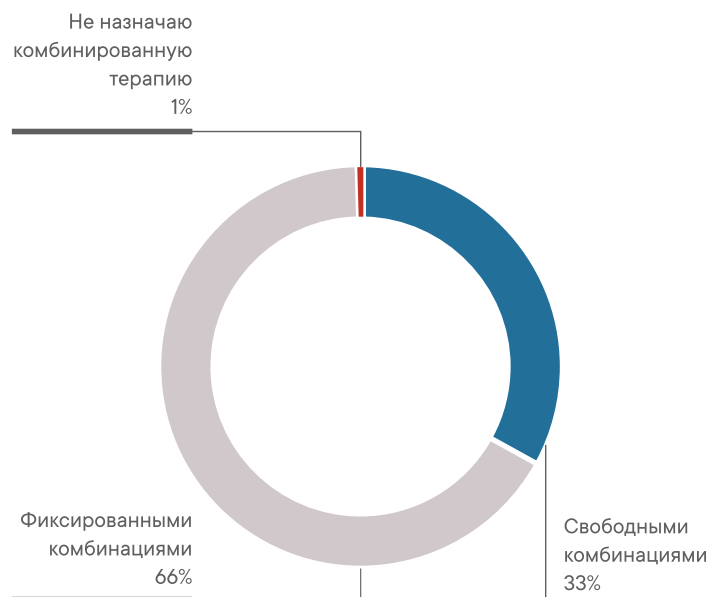
Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смерти как в России, так и во всем мире. Одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний является артериальная гипертензия (АГ), поэтому так важно своевременное назначение адекватной антигипертензивной терапии, позволяющей пациентам с АГ достичь и удерживать в течение длительного времени целевой уровень АД.

В 2018 году эксперты Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии рассмотрели подход к антигипертензивной терапии и рекомендовали стремиться к достижению более низких целевых цифр АД у всех категорий пациентов, а также начинать терапию АГ у большинства пациентов с комбинированной терапией, преимущественно в форме фиксированных комбинаций. Эти же принципы легли в основу клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых», которые были опубликованы Министерством здравоохранения РФ в начале 2020 года.

В связи с этим большое значение приобретает информирование врачей об актуальных подходах к лечению АГ и оптимальной тактике антигипертензивной терапии — в чем и заключается миссия совместного проекта РКО и компании «Санофи» под названием «Целевой Адрес». В рамках проекта увидели свет интересные образовательные мероприятия и прикладные материалы, направленные на повышение квалификации врачей-кардиологов. В 2020 году, помимо артериальной гипертензии, в проект была включена информация об особенностях лечения дислипидемии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Пример вопроса из всероссийского анкетирования врачей в рамках проекта «Целевой Адрес»

Какую комбинированную терапию вы чаще всего назначаете?



Академик РАН Е. В. Шляхто с готовностью поддержал эту научно-просветительскую инициативу и выразил уверенность, что «Целевой Адрес» поможет повысить качество оказываемой медицинской помощи и спасти жизнь сотням тысяч людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках проекта «Целевой Адрес» в 2019 году был проведен масштабный опрос специалистов здравоохранения на тему лечения артериальной гипертензии. В опросе приняли участие более 2000 российских врачей, и его результаты позволили определить существующие в настоящее время особенности назначения антигипертензивной терапии в России и сложности, с которыми приходится ежедневно сталкиваться отечественным специалистам.

Российский национальный конгресс кардиологов — одно из приоритетных направлений научно-образовательной работы «Санофи» в рамках проекта «Целевой Адрес». В этом году в Казани проекту будет целиком посвящен один из сателлитных симпозиумов при поддержке компании «Санофи»: «Целевой адрес един — к жизни пациента через достижение целевых цифр артериального давления и липопротеинов низкой плотности».

Симпозиум состоится 29 сентября, в первый день Конгресса. Среди спикеров — ведущие российские эксперты. Профессор Ю.А. Карпов выступит с приветственным словом и расскажет об основных трендах современной кардиологии. Член-корреспондент РАН Ж. Д. Кобалава (председатель) осветит ключевые принципы антигипертензивной терапии согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ. Доклад профессора С. Р. Гиляревского будет посвящен проблеме коморбидности у пациентов с АГ. Наконец, профессор А. В. Сусеков расскажет о последних новостях из мира липидологии.

Помимо симпозиума, проект «Целевой Адрес» будет представлен на Конгрессе тематическим стендом, где клиницисты смогут получить релевантную информацию о дислипидемии и АГ, а также интересные научно-образовательные материалы.

«Целевой Адрес», безусловно, будет развиваться и в 2021 году. В рамках проекта запланированы внедрение уникальных цифровых образовательных форматов, привлечение международных экспертов, создание принципиально новых информационных материалов для освещения наиболее важных аспектов терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Мы верим, что проект «Целевой Адрес» внесет существенный вклад в повышение эффективности терапии и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пациентов с БСК (болезнями системы кровообращения).

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция). Адрес: 125009, г. Москва, Тверская ул., 22. Тел.: (495) 721 14 00. Факс: (495) 721 14 11. www.sanofi.ru MAT-RU-2000872



МКДЦ: опыт кураторской работы по снижению смертности от БСК

В рамках национального проекта «Здравоохранение»

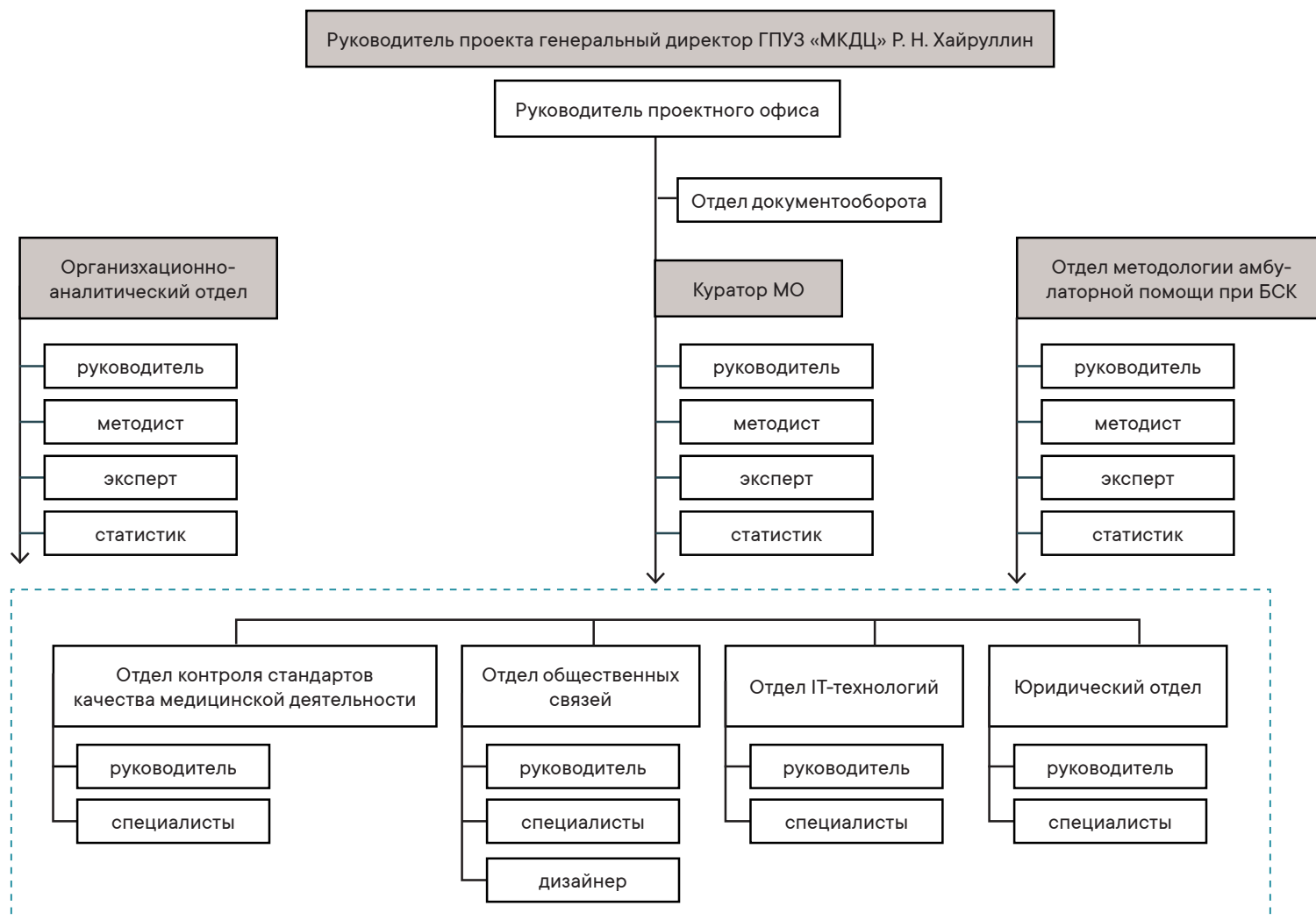
Среди целей национального проекта «Здравоохранение» (2019–2024) — обеспечение устойчивого естественного роста численности населения РФ и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году. В рамках этого национального проекта реализуется несколько федеральных. Один из них — «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» — направлен на снижение смертности от болезней системы кровообращения (БСК). К 2024 году планируется достичь таких показателей:

- > снижение смертности от БСК до 450 случаев на 100 тыс. населения;
- > снижение больничной летальности от инфаркта миокарда с 13,2% до 8% и от острого нарушения мозгового кровообращения с 19% до 14%;
- > увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 332,2 тыс. ед.;
- > увеличение охвата больных с инфарктными состояниями рентгенэндоваскулярными вмешательствами в лечебных целях до 60%.

Для достижения показателей национального проекта «Здравоохранение» Минздравом Республики Татарстан (РТ) был создан проектный офис. Разработана и реализуется региональная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ); проводятся мероприятия, направленные на профилактику ССЗ, своевременное выявление факторов риска развития осложнений и создание условий для оказания высокоспециализированной медицинской помощи больным ССЗ в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Приказом Минздрава РТ № 2156 от 26.09.2018 были назначены три медицинские организации, руководителям которых было поручено организовать кураторскую работу в государственных учреждениях здравоохранения РТ (в муниципальных образованиях с высоким уровнем смертности населения) в целях оперативного контроля и методического руководства их деятельностью. Одной из таких организаций стал Межрегиональный клинико-диагностический центр (МКДЦ), курирующий 6 районов. Для выполнения приказа на базе МКДЦ

Органиграмма проектного офиса по методическому руководству деятельностью курируемых учреждений здравоохранения



был создан проектный офис по методическому руководству деятельностью курируемых учреждений здравоохранения.

За основу была взята методология вертикального контроля за реализацией национального проекта «Здравоохранение».

Деятельность проектного офиса осуществлялась по 5 основным направлениям:

1. Динамический мониторинг статистических данных по оказанию медицинской помощи и демографических показателей в курируемых районах.
2. Методическая поддержка специалистов организационного управления.
3. Методическое сопровождение организации оказания медицинской помощи.
4. Разработка предложений по оптимизации деятельности медучреждения.
5. Подготовка образовательных программ для персонала медорганизаций курируемых районов.

Важной частью работы стали формирование общего видения ситуации участниками проекта и разработка единой стратегии снижения смертности в курируемых районах. За счет единого подхода возник синергетический эффект, когда опыт каждого участника способствовал достижению общего результата. Этому также способствовала роль МКДЦ как учреждения, которое оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь. Взаимодействие между участниками проекта в основном происходило в форме видеоконференций, обмена статистическими данными и документами.

Подведены промежуточные итоги проекта. Важнейший результат работы в 2019 году — снижение общей смертности в курируемых районах в среднем на 8% (для сравнения: в районах РТ, где не организована кураторская работа, снижение общей смертности в среднем составило 1,5%). При этом в районе с лучшими показателями смертности за 2018 год снижение смертности составило 7,5%, в районе с худшими показателями — 13,7%.

Генеральный директор Межрегионального клинико-диагностического центра, доктор медицинских наук Р.Н. Хайруллин

Центр детской липидологии Республики Татарстан

На базе Детской республиканской клинической больницы в 2018 году открылся первый и единственный в России Центр детской липидологии — совместный проект Министерства здравоохранения Республики Татарстан и Казанского государственного медицинского университета.

Центр создан для диагностики и лечения детей с нарушениями липидного обмена. Среди основных задач — выявление пациентов с наследственными формами дислипидемий, в частности — с семейной гиперхолестеринемией. Уникальность проекта заключается в тесной взаимосвязи специалистов взрослой и детской кардиологии благодаря проведению прямого и реверсивного каскадного скрининга заболевания. Все дети проходят полное инструментальное обследование, включающее эхокардиографию, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий и исследование артериальной жесткости для выявления доклинических признаков атеросклероза. Детям, нуждающимся в гиполлипидемической терапии, назначается лечение с применением самых современных методов, в том числе экстракорпоральных.

На базе Центра детской липидологии ведутся клинические исследования по оценке эффективности и безопасности лекарственных препаратов. Врачи центра тесно сотрудничают со специалистами генетической лаборатории Health in Code (Испания) и ведущими европейскими и российскими экспертами в области липидологии.

Кроме того, специалисты центра проводят консультативный прием пациентов с очень высоким уровнем холестерина для своевременного выявления семейных гиперхолестеринемий (СГХС) и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений. При подтверждении диагноза пациенты включаются в национальный регистр СГХС и проходят длительное диспансерное наблюдение.

В реестре пациентов Центра детской липидологии имеются уникальные, подтвержденные в ведущих мировых генетических лабораториях случаи нарушения липидного обмена, такие как семейная хиломикронемия, АРОЕ 2 гомозиготная гломерулопатия.

Наряду с практической деятельностью в центре активно ведется научная работа, посвященная изучению спектра генетических мутаций, полиморфизму генов, эндотелиальной дисфункции, синдрому раннего сосудистого старения у детей с семейной гиперхолестеринемией. Результаты уже представлены на крупнейших научных площадках в этой области: на конгрессах Европейского общества атеросклероза (EAS) в 2018 году (Лиссабон, Португалия) и 2019 году (Маастрихт, Нидерланды), на конгрессе Европейского общества гипертензии (ESH) в 2018 году (Барселона, Испания). Опубликованы статьи в журналах международного уровня, имеются патенты.

Руководитель Центра детской липидологии, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, главный внештатный детский специалист-кардиолог ПФО, генеральный директор Ассоциации детских кардиологов России, доктор медицинских наук Д.И. Садыкова

Программа «Управление сердечно-сосудистыми рисками»

Цель внедрения программы «Управление сердечно-сосудистыми рисками» (УССР) — своевременное выявление и последующий контроль факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также регулярный контроль за пациентами с установленными ранее диагнозами. Программный модуль УССР позволяет на основе анкетирования и небольшого диагностического обследования пациента определять риск развития ССЗ и проводить профилактические мероприятия и лечение индивидуально, а также планировать консультации и обследования, обмениваться информацией с другими медицинскими специалистами. Конечной целью внедрения модуля УССР является повышение эффективности работы врачей общей практики и участковых терапевтов при проведении мероприятий по профилактике и снижению смертности от ССЗ.

Модуль предоставляет широкий функционал по регистрации, планированию и реализации профилактических мероприятий — от коррекции образа жизни пациента до лечебного воздействия. Включение пациентов в программу происходит по нидерландскому протоколу, переведенному на русский язык и адаптированному для применения в РФ специалистами Межрегионального клинично-диагностического центра (МКДЦ) в Казани и кафедры кардиологии ФПК и ППС Казанского государственного медицинского университета.

Критерии включения пациентов в модуль таковы:

1. Первичная профилактика ССЗ — раннее выявление лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и проведение активных профилактических мероприятий с целью наиболее полной (в том числе медикаментозной) коррекции факторов риска для предотвращения развития ССЗ у этих пациентов. Определение уровня риска предлагается пациентам, имеющим любой из следующих показателей:
 - > артериальная гипертензия >140/90 мм рт. ст.;
 - > гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина 5 ммоль/л и более);
 - > курение (ежедневное выкуривание по меньшей мере одной сигареты);
 - > отягощенная наследственность по ССЗ (наличие инфаркта миокарда и/или мозгового инсульта в анамнезе близких родственников);
 - > прием антигипертензивных препаратов и статинов.
2. Вторичная профилактика ССЗ проводится в отношении пациентов, у которых уже установлены ССЗ в результате перенесенных кардиоваскулярных (ОКС, ОИМ) или цереброваскулярных событий (ТИА, ОНМК), а также пациентов, страдающих стенокардией, аневризмой аорты или атеросклеротическими заболеваниями периферических артерий. Пациенты группы вторичной профилактики имеют значительно повышенный риск прогрессирования основного заболевания и развития новых ССЗ.

Для эффективного управления сердечно-сосудистыми рисками программа предполагает два врачебных осмотра пациента в течение календарного года: ежегодный и промежуточный.

Ежегодный контроль представляет собой расширенное исследование, включающее ряд стандартизованных действий, для выполнения которых нужно задействовать соответствующую вкладку в программе. Перед визитом к врачу пациент заполняет анкету, содержащую вопросы по образу жизни и медицинскому анамнезу.

Промежуточный контроль проводится между ежегодными контролями. Он в большей степени сфокусирован на физическом состоянии пациента для оценки ожидаемого прогресса в назначенном лечении. После введения всех необходимых параметров программа автоматически рассчитывает абсолютный риск раз-

вития фатального сердечно-сосудистого осложнения в процентах в течение ближайших 10 лет. Для расчета используется система SCORE. В процессе консультации программа выводит на экран (и, при необходимости, на печать) таблицу с указанием риска у конкретного пациента.

Согласно приказу Минздрава Республики Татарстан № 2070 от 17.09.2018 с изменениями (приказ № 2920 от 29.12.2018), осуществлено внедрение в здравоохранение программного модуля «Управление сердечно-сосудистыми рисками». В 2018 году были задействованы 18 медицинских организаций, в программу включены 32 754 пациента. В 2019 году вовлечены 33 организации, в системе зарегистрированы 111 522 пациента. На 2020 год запланировано проведение контроля за 107 380 пациентами в 32 поликлиниках.

Для каждого учреждения определен состав врачебного персонала, имеющего доступ к модулю. В эту группу специалистов включены участковые терапевты и врачи общей практики. Указанным врачам выделены ключи доступа к программе (персональное имя пользователя и пароль) и предоставлены методические материалы, регламентирующие работу: «Протокол выявления и лечения пациентов в рамках модуля УССР», «Инструкция пользователя», «Стандартные операционные процедуры по программе УССР».

Команда тренеров ООО «Портавита Хелс», состоящая из 6 специалистов терапевтического профиля, провела обучение задействованных в программе врачей и осуществляет их непрерывное консультационно-методическое сопровождение.

По окончании 2019 года системой был проведен анализ состояния здоровья пациентов, включенных в модуль УССР. Медицинские осмотры показали, что 15 764 пациента (15%) уже имели установленные ССЗ. Они составили группу вторичной профилактики. 91 416 пациентов, внесенных в модуль, составили группу первичной профилактики. Оценка степени риска проводилась автоматически в программном модуле по шкале SCORE.

В результате у 89 178 пациентов (98%) выявлены факторы риска ССЗ или их комбинации. У 17 841 пациента (20%) выявлен высокий риск смерти от ССЗ (от 5% до 9,9% по шкале SCORE). У 3 791 пациента (4%) из группы первичной профилактики выявлен очень высокий риск смерти от ССЗ (10% и выше по SCORE). Лицам с очень высоким риском даются рекомендации по изменению образа жизни и назначается медикаментозная коррекция факторов риска. Такие пациенты подлежат наблюдению врача-терапевта или врача общей практики, а также врача-кардиолога.

Куратор по внедрению централизованного мониторинга пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями Минздрава Республики Татарстан, заместитель генерального директора МКДЦ по общим вопросам А. Ф. Галимзянов

Программа «Антикоагуляция»

«Антикоагуляция» — программный продукт для работы с пациентами, которые нуждаются в постоянном контроле за МНО (международным нормализованным отношением) крови. Программа разработана компанией «Портавита Хелс» в сотрудничестве с ведущими университетами и клиниками Нидерландов и используется более 15 лет. «Портавита Хелс» совместно с Национальным медицинским исследовательским центром имени В. А. Алмазова (Санкт-Петербург) адаптировала это программное обеспечение для Российской Федерации и более 4 лет тестировала его на реальных пациентах. В Республике Татарстан (РТ) модуль «Антикоагуляция» был доработан при участии специалистов Межрегионального клинико-диагностического центра (МКДЦ) и кафедры кардиологии ФПК и ППС Казанского государственного медицинского университета.

Подавляющее число пациентов этого модуля принимают лекарственные препараты из группы непрямых антикоагулянтов — антагонистов витамина К. В России это препарат варфарин. На основе разработанного в Нидерландах протокола программа позволяет рассчитывать дозировку антикоагулянтных препаратов и управлять ею для нахождения показателя свертываемости крови пациентов в заданном терапевтическом диапазоне.

Проект по внедрению в здравоохранение Татарстана сети антикоагулянтных кабинетов стартовал в 2018 году с 14 клиник (согласно приказу Минздрава РТ № 2070 от 17.09.2018). В 2019 году число клиник с антикоагулянтными кабинетами доведено до 18. В 2020 году Минздравом РТ принято решение о расширении антикоагулянтной сети до 27 кабинетов. По состоянию на июль 2020 года в сети зарегистрировано 4 650 пациентов.

Специализированная антикоагулянтная сеть Татарстана состоит из экспертного центра и кабинетов контроля МНО (антикоагулянтных кабинетов), объединенных модулем «Антикоагуляция» в единую структуру. Функция экспертного центра возложена на МКДЦ. Для организации работы антикоагулянтного кабинета в каждой клинике сети руководством выбраны 1–2 врача, которые имеют сертификат кардиолога или терапевта, и одна медицинская сестра. Выделены кабинеты с автоматизированным рабочим местом и подключением к Интернету. Персоналу кабинетов предоставлены ключи доступа к программе (персональное имя пользователя и пароль) и методические материалы, описывающие работу в указанном модуле: «Протокол выявления и лечения пациентов в рамках модуля “Антикоагуляция”», «Инструкция пользователя», «Стандартные операционные процедуры по программе “Антикоагуляция”». Специалисты экспертного центра МКДЦ провели обучение врачей сети антикоагулянтных кабинетов РТ.

Элементы антикоагулянтной сети связаны между собой единым программным обеспечением таким образом, что врач экспертного центра в любой момент может оценить состояние пациента, который находится под наблюдением в кабинете контроля МНО. Необходимо отметить, что связь экспертного центра с любым из кабинетов сети осуществляется дистанционно, при помощи программного модуля «Антикоагуляция». Врачи экспертного центра и кабинетов составляют группу коллег, постоянно коммуницирующих друг с другом посредством программы и телефона.

Функции экспертного центра:

1. Подбор антикоагулянтной терапии первичным пациентам.
2. Изменение антикоагулянтной терапии пациентам по разным причинам (планируемое оперативное вмешательство, осложнения на фоне лечения и прочее).
3. Анализ информации о пациентах, полученной из кабинетов контроля МНО. Врач экспертного центра изучает данные и принимает решение о возможности продолжения наблюдения за пациентом в кабинете контроля МНО или вызове его в экспертный центр.
4. Функции кабинета контроля МНО:
5. Наблюдение за пациентами, подбор дозировок и контроль приема антикоагулянта.

Получение в программе информации, направленной из экспертного центра (смена схемы лечения, вызов в экспертный центр), и доведение ее до пациента.

Пациенты, зарегистрированные в программе, посещают антикоагулянтный кабинет по индивидуальному графику. В зависимости от показаний к приему варфарина и длительности приема частота посещений может варьироваться от 12 до 16 раз в год.

Медицинская сестра кабинета осуществляет забор крови и ввод в программу полученного значения МНО, а также дополнительной информации о лечении (жалобы, факты кровотечений, случаи госпитализации и прочее). Программа анализирует введенные данные и с учетом предыдущих значений МНО и ряда других факторов производит расчет дозы препарата и даты следующего анализа. Автоматически выделяется группа пациентов с потенциально высоким риском развития осложнений: они требуют более внимательного наблюдения с участием специалистов экспертного центра. В тех клиниках, где аналитический этап непродолжителен или применяются портативные коагулометры, проведение анализа и выдача рекомендаций происходят в рамках одного посещения. Кроме того, пациенты могут получить доступ к программе «Антикоагуляция» через личный кабинет. Если пациент использует персональный портативный коагулометр, измерение МНО крови и получение рекомендаций по дальнейшей дозировке варфарина производятся удаленно.

Куратор по внедрению централизованного мониторинга пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями Минздрава Республики Татарстан, заместитель генерального директора МКДЦ по общим вопросам А. Ф. Галимзянов

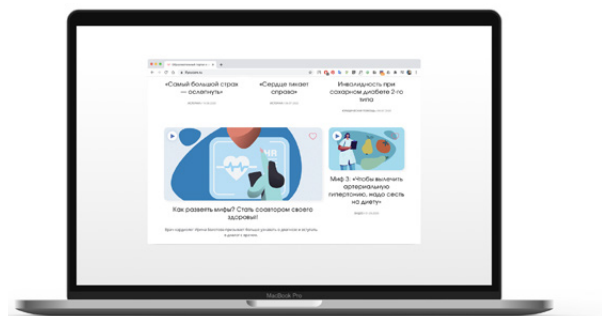
Информационно-образовательные программы «Сервье» для пациентов с ССЗ

Приоритет компании «Сервье» — здоровье и безопасность пациентов. В дополнение к традиционной коммуникации с медицинским сообществом компания внедряет стратегию активного взаимодействия с пациентами — стратегию Patient In. Речь идет о работе для пациента и вместе с пациентом, о пациентоориентированном подходе. Эта стратегия позволяет создавать терапевтические решения и сервисы, наилучшим образом удовлетворяющие потребностям пациентов, которые становятся экспертами и активными участниками не только процесса лечения, но и системы здравоохранения в целом.

Многие пациенты осознают, что у них есть уникальный опыт жизни с диагнозом, и готовы им делиться. Поэтому важно не только получать обратную связь от пациентов относительно тех или иных разработок, но и привлекать их в качестве сотворцов на этапе планирования и реализации. Такое партнерство позволяет повысить приверженность лечению и выстраивать диалог на понятном пациенту языке, уйти от изжившего себя патерналистского подхода и перейти на качественно новый уровень.

Этот обзор содержит информацию о международных и всероссийских программах для пациентов с ССЗ, поддерживаемых и реализуемых в России компанией «Сервье».

Информационная платформа «Если у вас есть сердце»



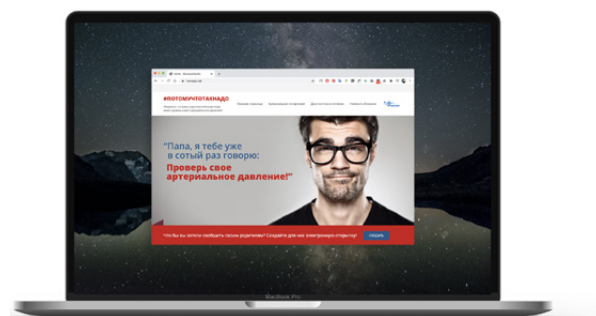
Пытаясь разобраться в лечении, назначенном врачом, пациенты часто ищут материалы в Интернете, где, как известно, много недостоверных сведений. А поскольку успех терапии во многом зависит от вовлеченности пациентов, на первый план выходит предоставление актуальной и достоверной информации. Пациенты нередко жалуются на непонимание медицинской терминологии, нехватку времени на приеме, недостаточную внимательность врачей. Все это приводит к тому, что приверженность лечению среди пациентов заметно снижается.

Чтобы каждый пациент мог получить актуальную и достоверную информацию об особенностях своего заболевания и жизни с ним, компания «Сервье» разработала информационную онлайн-платформу «Если у вас есть сердце». На ней в доступной форме и различных форматах даны ответы на самые актуальные вопросы о ССЗ.

Портал «Если у вас есть сердце» отличается многообразием разделов и материалов. На сайте представлены: рекомендации по образу жизни и правильному питанию при тех или иных заболеваниях сердца и сердечно-сосудистой системы; статьи, посвященные различным аспектам заболеваний; истории людей, которые живут с ССЗ; советы юристов и психологов; ответы на вопросы о ССЗ; форма обратной связи с редакцией портала. Все материалы созданы под контролем специалистов здравоохранения и ведущих кардиологов.

ifyoucare.ru

Проект #Потомучтотакнадо



Проект реализуется уже не первый год в партнерстве с Международным обществом по гипертонии. Его цель — напоминать пациентам о важности контроля артериального давления (АД) и своевременного приема назначенных врачом препаратов.

На первом этапе компания «Сервье» через социальные сети обращалась к молодым людям с призывом позаботиться о родителях, повторяя категоричное «потому что так надо» — слова, которые сами родители до этого говорили детям.

Весной 2019 года был выпущен социальный видеоролик, который к настоящему моменту собрал более 1 млн просмотров. В этом ролике «Сервье» призывает молодых людей задуматься о проблеме артериальной гипертонии (АГ) и позвонить своим родственникам с напоминанием измерить АД.

В мае того же года проект #Потомучтотакнадо стал частью международной инициативы «Месяц измерения артериального давления» (“May Measurement Month”). Совместно с Российским кардиологическим обществом в течение месяца были проведены скрининги АД по всей России. В них приняли участие 5 394 человека. Результаты показали, что лишь треть пациентов высокого риска измеряли АД в течение последнего года; наблюдалась также низкая приверженность антигипертензивной терапии.

Проект #Потомучтотакнадо развивается и выходит на новый уровень. С 2020 года в коммуникацию вовлекаются внуки, которые призывают своих бабушек и дедушек не просто контролировать АД, но и, соблюдая режим самоизоляции в условиях пандемии COVID-19, не забывать принимать назначенные врачом антигипертензивные препараты.

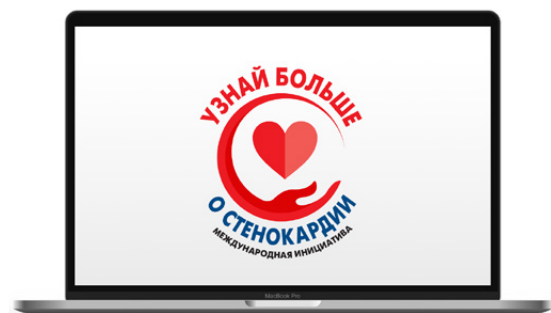
такнадо.рф

Мобильное приложение My BP Control*



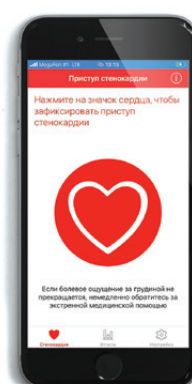
В поддержку проекта #Потомучтотакнадо компания «Сервье» подготовила раздаточные материалы с рекомендациями по улучшению качества жизни пациентов с АГ. Среди прочего, «Сервье» советует использовать мобильное приложение My BP Control, которое помогает пациентам контролировать АД с помощью удобного дневника. My BP Control сохраняет информацию о динамике АД, что упрощает общение с врачом во время приема. Кроме того, для повышения приверженности пациента назначенной терапии в приложении есть функция напоминаний. Приложение русифицировано и доступно для скачивания в Google Play и Apple Store.

Проект «Узнай больше о стенокардии»



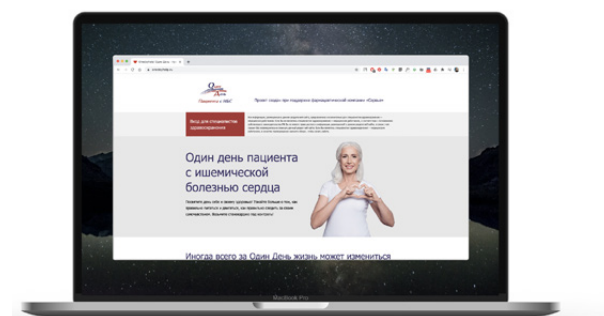
Проект «Узнай больше о стенокардии» (Angina Awareness Initiative) разработан Европейским обществом кардиологов (ESC) и Российским кардиологическим обществом (РКО) при поддержке компании «Сервье». Это полный комплект информационных материалов для пациентов: постеры, инфографика, брошюра для подготовки к визиту к врачу, ответы на часто задаваемые вопросы о заболевании и рекомендации по образу жизни, а также визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для измерения степени интенсивности симптоматики стенокардии. Для удобства восприятия информации созданы ролики, в которых от имени пациентов со стенокардией доступно и подробно рассказывается о симптомах, диагностике и профилактике ССЗ. Со стороны РКО этот международный проект курирует академик РАН Евгений Владимирович Шляхто.

Мобильное приложение «Контроль стенокардии»



В поддержку проекта «Узнай больше о стенокардии» компания «Сервье» создала мобильное приложение «Контроль стенокардии» ("Angina Control"). Оно русифицировано и доступно для скачивания в Google Play. Чтобы пациентам было проще научиться его использовать, в «Сервье» разработали ролик-инструкцию.

Проект «Один день пациента с ИБС»



Еще одна программа для пациентов со стенокардией от компании «Сервье». Это серия информационных материалов, с помощью которых пациент может составить список вопросов для максимально продуктивного диалога с врачом, а врач — оптимально использовать время приема для достижения основных целей лечения пациента. Материалы будут доступны на стенде компании «Сервье» на Российском национальном конгрессе кардиологов 2020 года. onedayhelp.ru

Мобильное приложение My BP Control*

«Мобильное приложение, специально разработанное для людей, живущих с гипертонией, и призванное помочь лучше контролировать артериальное давление»

Мы везде видим осколки чужих идентичностей

Заведующий кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО в РНИМУ имени Н. И. Пирогова, ответственный секретарь Российского кардиологического журнала Евгений Олегович Таратухин рассказал о роли современного врача, границах ответственности системы здравоохранения и поиске своего «я» как одной из причин кардиологических проблем.



Человек в белом халате, лекарь, помогающий специалист — кто он сегодня?

Врач сегодня — это по-прежнему представитель медицины как древней культурной практики, выводящий человека из болезни к здоровью. Фигура врача исторически наделена таким смыслом. Врач появляется в жизни людей в самые безрадостные моменты, за исключением разве что рождения ребенка. Однако люди заведомо не хотят его появления, это вынужденная потребность. Кроме того, врач — функционер системы здравоохранения, то есть носитель государственных гарантий или неких обязательств третьих лиц перед обществом, которые в определенных условиях должны быть реализованы материально и нематериально. И последнее: врач должен помогать людям, испытывающим душевные страдания. Помимо лечения и профилактики болезней, он должен заботиться и о психическом здоровье пациента. Комплекс всех этих параметров требует феноменальных способностей.

К кому же приходит пациент — к функционеру или врачевателю душ?

Пациент обычно обращается к врачу в очевидных случаях: при переломе, высокой температуре и тому подобном. Но к кому идти за помощью при суицидальных мыслях и подавленности? Здесь пациент должен понимать, к какой ипостаси врача он обращается, но этого, как правило, не происходит. Пациенты не задумываются о том, какую ролевую функцию им востребовать, они действуют стереотипно. И это, безусловно, вносит диссонанс в отношения врача и пациента.

Понимает ли сам врач, что у него есть разные роли и ипостаси?

Не буду говорить за всех. Определенная рефлексия есть, и она разного уровня. Вероятно, глубинной рефлексии нет почти ни у кого. Врачам не до того. Но в целом можно провести аналогию с пирамидой потребностей Маслоу. Врач имеет диплом, лицензию и отвечает перед Роспотребнадзором, Минздравом и так далее. Врач точно знает, что нужно делать: он должен прописать алгоритм лечения, а себя со всех сторон обезопасить юридически. Правильно выписать рецепт — этого достаточно. Но это реализация на уровне нижней трети пирамиды потребностей. До ее вершины добираются немногие, буквально единицы — те, кто находится в привилегированных условиях. Вот они могут думать о том, что медицина — это что-то великое, высокое...

Каков статус врача? Возможны ли отношения с пациентом на равных?

Здесь включается множество культурных компонентов: мировоззрение, социум, культурный контекст, определяющий поведение врача. Патернализм или равные отношения? Насколько я вижу, в нашей культуре, несмотря на растущую либерализацию и попытки преодолеть умственные барьеры (сейчас я говорю безоценочно и просто констатирую факт), большой запрос на патернализм все же остается. Люди не хотят или не готовы брать на себя ответственность за те вопросы, в которых обычно компетентен врач. Подозреваю, что многих пациентов возможность свободного информированного выбора приведет в замешательство: вы врач, вы и скажите, что мне нужно... Кроме того, даже самый осведомленный пациент не может сам принять полностью информированное решение, как бы подробно врач ни отвечал на его вопросы. Реальность психологически обоснована; невербальная коммуникация, эмпатия, игры разума, а еще погода и магнитные бури влияют на то, какое решение будет принято.

Сегодня много говорят об идентичности. Почему в медицине важно уделять внимание вопросу «кто я»?

Выбор очень велик. Мы везде видим осколки чужих идентичностей. Например, селебрити — это лишь медийный образ. И врачей-селебрити много, но мы не знаем их — ни как людей, ни как врачей. Мы видим только образ, предъявляемый обществу. Врачи смотрят на таких коллег, если успевают поднять голову от истории болезни, и задаются вопросом: а я-то где в этой системе координат? Почему бы мне не завести блог? То же самое происходит со всеми профессиональными, возрастными, гендерными осколками идентичностей: человек пытается выхватить себя оттуда и в итоге может себя потерять. Это, кстати, фактор риска сердечно-сосудистой патологии: фрустрация и дистресс из-за невозможности найти себя. Хронический стресс и артериальная гипертензия.

Формируя свою личность, я соотношу себя с другими людьми. Получается, что косвенно это может привести к сердечному приступу? Как этого избежать?

Это вопрос когнитивных способностей. Если человек интеллектуально и эмоционально справляется со сложной реальностью социального мира, тогда поиск идентичности — благо. Возможности и выбор всегда лучше, чем их отсутствие, но это становится проблемой, когда нет ресурса и способности этот выбор делать. Чтобы не довести себя до инфаркта, нужно в какой-то момент остановиться — когнитивно или даже буквально, встать на месте. Осознать и отрефлексировать. Время сейчас такое:

взрыв цифровых технологий, который мы еще не осмыслили. Если человек не в состоянии остановиться в выборе своей идентичности, видимо, ему надо прекратить этим заниматься в принципе. Жадность в сфере символического потребления ничуть не лучше обычной материальной жадности. Неспособность отказаться от сопоставления себя с различными образами формирует зависимость от перегруженного смыслами пространства. Вот и попробуйте с этим справиться.

Чувство неудовлетворенности может быть разным. Допустим, врач районной поликлиники сопоставляет себя с коммерчески успешным врачом такой же квалификации... Что ему делать с этим дискомфортом — уловляться?

Это не только к врачам относится, это один из кардиологических факторов риска. Вся наша беседа посвящена биопсихосоциальным факторам риска. Мы переживаем эмоции, и если эти эмоции фрустрирующие, возникает сердечно-сосудистая патология. Или можно говорить шире: мир вообще несправедлив. Я не могу давать советы, но в качестве мировоззренческих установок предложил бы самое простое: перестать себя с кем-либо сравнивать и просто заниматься тем, чем хочется, и тем, что ты в состоянии делать. При этом не забывать о развитии. Самые банальные рекомендации. И тогда в какой-то момент разрушается гипноз американской психологической литературы и фильмов с их максимумами вроде «ты все можешь» и забываются истории про то, как разносчик пиццы стал миллионером... На самом деле, поиск идентичности, который нас невротизирует, начинается с осознания возможностей. А дальше нужно двигаться по доступному пути.

Как выработать личностную автономию, чтобы не беспокоиться о происходящем вокруг?

Чтобы себе доверять, нужно для начала себя создать. На самом деле, мы черпаем свою идентичность из общества. Наш выбор зависит от рефлексии и умения примерять на себя образы, которые мы получаем из общества — притом не только от людей, но и из медиа, кино и литературы. Мы получаем опыт, который определяет то, что мы будем получать в дальнейшем. «Ты то, что ты ешь» — и ты личность, которая состоит из потребленных образов. Как ни странно, все, о чем мы сейчас говорим, имеет отношение к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Это те самые социокультурные факторы риска.

Кто должен заниматься такого рода профилактикой?

Мы можем провести мысленный эксперимент: представить социум, в котором нет системы здравоохранения, потому что болеть — хорошо, умирать — хорошо. И если человек заболевает и умирает, то в его системе ценностей это некое благо, против которого он не хочет выступать. Соответственно, в этой воображаемой культуре нет врача. И что тогда? Отталкиваясь от того, что в какой-то культуре медицины может не быть в принципе, мы возвращаемся в реальность и говорим, что в нашей культуре есть такие ценности, как качество и длительность жизни. Возникает вопрос: а что мы реально даем? Да, в системе здравоохранения есть определенные категории: инфекционные заболевания, травмы и так далее, — но какой у людей запрос? Что мы понимаем под качеством жизни? Как система здравоохранения должна его повышать?

На самом деле, система здравоохранения сама по себе не может дать то, чего мы от нее хотим. Профилактику стрессов, неинфекционной патологии, нездорового образа жизни не от врачей надо требовать, а от культуры и социума. Медийная ситуация, которую мы обсуждали, — это не Минздрав. Это даже не Минкульт. Все намного шире.

Мы хотим, чтобы Минздрав защитил нас от инфекций, и у него есть механизмы. А еще мы хотим, чтобы кто-то защитил нас от инсультов, инфарктов и гипертонии. Какие существуют инструменты? Мы можем попытаться запретить курить, запретить есть много соли. А стрессы мы можем запретить? Наверное, нет. Мы должны поработать с тем, что эти стрессы вызывает, и Минздрав здесь заканчивается, начинается что-то другое. Начинается культура. И кто в этой культуре — президент, премьер-министр, спикер Госдумы — кто может сделать так, чтобы у нас не возникало стрессов?

И тут выясняется, что стрессы, которые я переживаю, — это отчасти моя проблема, отчасти проблема общества, а общество состоит из таких вот «я», которые сами для себя становятся проблемой. Значит, человек обязан сам фильтровать свой информационный поток, контролировать свои мысли, желания и действия. Но он сам заведомо из чего-то состоит — из того, что он получает из культуры. Так замыкается круг, порочный или салютотенный.

То есть общество и медицина должны сообща работать с причинами болезней?

Вот мы и вернулись к началу. К вопросам, что такое медицина, врач и общество. Люди должны понимать, что не существует абсолютного разума, который ответит на все вопросы. Мы можем ограничить медицину лечением тяжелой патологии. Например, только тяжелая патология, хронические болезни, вторичная профилактика, реабилитация. Расширять предмет медицины можно до бесконечности, но дальнейшее расширение — это качественное изменение представлений.

А расцвет цифровых технологий может помочь?

Хочется все это заземлить на материальную природу человека. Мы проживаем и переживаем, всегда имеем ко всему отношение. Эмоции и чувства, а равно когнитивные процессы — все это физиология тела. Путь деградации возможен, но и созидание тоже возможно. Если не научиться контролировать информационный поток, учитывая, что он наполовину лживый, то мы не успеем даже отупить, прежде чем нас это разрушит. Это кардиологическая проблема.

Мы живем во времена, когда наука сделала возможной магию — те мифологические, архетипические образы управления природой. Они нам доступны. Но побочный эффект сегодня — мусор. Мегатонны мусора. Не только на полигонах, но и в головах. Мое глубокое убеждение в том, что все в любом случае замыкается на отдельного человека. Только он может провести генеральную уборку в своем «я», перейти на экологичный способ взаимодействия с реальностью. А результатом будет и соматическое здоровье.

Другая чаша весов

О том, как этические нормы клинических исследований связаны с их научной ценностью, рассказывает ведущий научный сотрудник отдела возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ имени М. В. Ломоносова, заместитель главного редактора журнала «Кардиология», кандидат медицинских наук Юлия Леоновна Беграмбекова.

Основная этическая проблема, возникающая в связи с исследованиями на людях, заключается в определении границ, в которых одни лица могут быть подвергнуты риску и/или дискомфорту в интересах других лиц. При планировании исследования должна быть рассмотрена и тщательно взвешена его ожидаемая социальная и научная польза для общества в сравнении с потенциальными рисками для субъектов исследования. Под риском здесь понимается степень вероятности причинения субъекту исследования физического, психологического или социального вреда, а также оценка его потенциальной величины или значимости.

Независимо от того, как велика потенциальная польза, прогнозируемые совокупные риски всех изучаемых вмешательств или используемых в исследовании процедур не должны существенно превышать так называемый стандарт минимального риска. Согласно «Международным этическим руководящим принципам для исследований в области здоровья с участием людей» (см. ниже), стандарт минимального риска определяется посредством сравнения вероятности и величины ожидаемого вреда с вероятностью и величиной вреда, обычно наблюдаемого в повседневной жизни или при выполнении рутинных физических или психологических обследований или тестов. Таким образом, при оценке этической составляющей любого исследования на людях на одной чаше весов должны находиться социальная и научная польза исследования, а на другой — риски для субъектов исследования.

Этические стандарты и документы, которые их описывают, тесно связаны с историей медицинских экспериментов на людях. Многие известные документы — Нюрнбергский кодекс, Хельсинкская декларация, Отчет Белмонта, GCP и другие — написаны «кровью» пациентов и по следам трагедий, связанных с исследованиями. В результате мы имеем достаточно четкую систему оценки, мониторинга и минимизации рисков для испытуемых, которая постоянно расширяется и уточняется по мере появления новых методов лечения, исследования, хранения и анализа медицинской и персональной информации. Важность этих процедур при

планировании и организации клинических исследований сегодня не вызывает сомнений у врачей и ученых. Процесс контролируется этическими комитетами и регулирующими органами.

Что же касается другой чаши весов — социальной и научной значимости исследования, то о ней не так часто говорят в контексте этической оценки. Хотя, очевидно, взвешивание рисков на одной чаше весов не имеет никакого смысла без тщательной оценки пользы на другой. Говоря более официальным языком, научные исследования с участием людей и/или их биологических образцов и данных должны обладать социальной ценностью и научной значимостью, чтобы быть допустимыми с этической точки зрения.

Научная и социальная ценность исследований определяется такими параметрами, как качество информации, которая может быть получена, и актуальность этой информации для решения важных проблем медицины и общественного здравоохранения. Стало быть, обеспечение этичности исследования начинается задолго до получения информированного согласия. Оно начинается с формирования исследовательского вопроса и гипотезы и подкрепляется научной достоверностью (валидностью).

Валидность — это соответствие процедуры проведения исследования поставленным в нем задачам и способность этих процедур обеспечить максимальную достоверность полученных результатов, что является ключевым условием этической приемлемости исследования. На валидность влияют все аспекты планирования и организации исследования: процедуры включения, выбор метода рандомизации, наличие заслепления или маскировки, методы статистического анализа, характеристики популяции исследования, чувствительность и специфичность выбранных методов.

Наконец, социальная и научная значимость исследования недостижима без открытого и непредвзятого информирования научной общественности и общества в целом о его результатах.

Обеспечение социальной и научной значимости исследования

В заключение хотелось бы рассказать о документе, в котором наиболее полно изложены этические нормы при проведении исследований на людях. Он называется «Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей» и был подготовлен Советом международных научно-медицинских организаций (СМНМО) в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В 2016 году вышло уже четвертое издание этих рекомендаций, охватывающих все категории научных исследований в области здравоохранения с участием людей, в том числе наблюдательные исследования, клинические испытания, биобанкинг

и эпидемиологические исследования. Документ содержит описание 25 руководящих принципов, касающихся: потенциальной индивидуальной пользы и рисков научных исследований; сбора, хранения и использования биологических материалов и сопутствующих данных; проведения научных исследований с участием уязвимых лиц и групп; лечения и компенсации вреда, причиненного в связи с проведением исследований, и других вопросов. При экспертизе исследований с участием людей этот документ может и должен являться руководством для членов этических комитетов. Кроме того, он будет чрезвычайно полезен при планировании клинических исследований.

Конкурс научных работ для врачей-кардиологов

Российское кардиологическое общество (РКО) и компания Bayer в третий раз проводят конкурс научных работ для врачей-кардиологов. Фокус 2020 года — снижение риска рецидива венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Инициатива, направленная на улучшение ситуации в терапии сердечно-сосудистых заболеваний в России, позволяет привлечь внимание к «серым зонам» современной кардиологии и поддержать тех специалистов, которые разрабатывают алгоритм раннего выявления, наблюдения и превентивного лечения пациентов, относящихся к группе очень высокого риска. Важно, что конкурс не только вызывает интерес профессионального сообщества, но и дает победителю возможность осуществить проект и достичь реальных результатов.

Так, победивший в 2018 году проект из Кемерово «Модуль принятия решений “Персонализированный выбор антикоагулянта у пациентов с фибрилляцией предсердий на амбулаторно-поликлиническом этапе”» успешно реализован, что способствует оптимизации работы врачей, позволяя своевременно осуществлять анализ качества оказания медицинской помощи пациентам с фибрилляцией предсердий. В частности, усовершенствована электронная медицинская карта пациента с фибрилляцией предсердий, которая может быть использована не только в учреждениях первичной амбулаторно-поликлинической сети, но и на этапе стационарного ведения больных в специализированных кардиологических клиниках, в многопрофильных медицинских центрах. Трудно переоценить социальную значимость проекта.

На конкурсе 2019 года кардиологам была предложена непростая тема: «Увеличение выявляемости периферического атеросклероза у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС)». Победителем стал проект из Сочи «Разработка инновационной модели стратификации риска некоронарного атеросклероза на основании комплекса клинико-анамнестических и эпидемиологических факторов с целью создания эффективного алгоритма выявления периферического атеросклероза среди пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца». Его реализация поставила новые задачи: в частности, анализ данных двух регистров показал ряд различий в формировании предикторов мультифокального атеросклероза, что потребовало дополнительного изучения вопроса в новом, более масштабном исследовании, которое осуществляется также в рамках проекта. Кроме того, удалось существенно увеличить потоки пациентов, нуждающихся в проведении УЗДГ БЦА, АНК, измерении ЛПИ, изучении липидного профиля. Эти пациенты своевременно (до развития клинических симптомов) получили рекомендации по изменению образа жизни, усиленной антитромботической и гиполипидемической терапии. Завершается подготовка универсальных методических рекомендаций для пациентов с атеросклерозом «Как сохранить жизнь». Разработанный в рамках проекта алгоритм выявления мультифокального атеросклероза позволит врачам своевременно и экономично проводить эффективные лечебно-диагностические мероприятия. В 2020 году, учитывая непростую эпидемиологическую ситуацию во всем мире, была анонсирована одна из наиболее актуальных тем: «Внедрение новых методов в снижении риска рецидива венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)». К участию принимались проекты, направленные на: а) разработку методологии маршрутизации пациентов с ТЭЛА на ограниченной террито-

рии (город, район, поселок); б) оценку назначений общего анализа крови при остром событии ТЭЛА; в) оценку приверженности врачей современным клиническим рекомендациям в рамках вторичной профилактики после 6 месяцев антикоагулянтной терапии. Победитель конкурса получит 500 000 рублей на реализацию проекта.

«Возможность реализовать свой проект, получив не только уникальную экспертизу и научную поддержку академического сообщества, но и финансовое содействие,— это всегда ценно для практикующих врачей, поскольку позволяет эмпирическим путем проверить гипотезу, получить реальный опыт внедрения идеи в жизнь,— подчеркнул президент РКО, академик РАН Евгений Владимирович Шляхто.— Именно из таких небольших, но важных проектов зачастую рождаются новые успешные идеи и решения, спасающие многие жизни. В связи с пандемией коронавирусной инфекции тема снижения риска рецидива тромбоэмболических осложнений у пациентов после перенесенной ТЭЛА актуальна в этом году как никогда. Я желаю всем участникам конкурса успехов».

«Рецидивы венозных тромбоэмболических осложнений возвращают многих пациентов, уже получивших терапию в стационарах по поводу ТЭЛА, обратно в клиники,— отметил медицинский директор Bayer в России и СНГ, к.м.н. Дмитрий Власов.— Зачастую это личная трагедия для пациента и его семьи. И это всегда финансовая нагрузка на систему здравоохранения. Поэтому наша задача — предложить пациенту решение, которое могло бы дать ему понимание того, что необходимо продолжать терапию для профилактики повторных случаев. И в этом смысле инициатива РКО и Bayer, нацеленная на поиск вариантов решения проблемы, крайне важна и своевременна».

Особенности клинических рекомендаций, разработанных экспертами РКО

Сергей Владимирович Недогода,
председатель комитета клинических рекомендаций РКО

Ольга Борисовна Иртюга,
координатор клинических рекомендаций РКО

В 2019 году ведущие эксперты Российского кардиологического общества (РКО) начали активно работать над формированием клинических рекомендаций (КР) по профилю «Кардиология». В соответствии с Федеральным законом № 489-ФЗ от 25.12.2018 клинические рекомендации — это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Основная цель изменений в законодательстве, касающихся КР, — разработка новых и переработка уже существующих рекомендаций по единому стандарту в соответствии с утвержденной типовой формой КР, их структурой, составом и научной обоснованностью включаемой информации.

По распоряжению Минздрава РФ ведущие эксперты РКО из более чем 15 городов России разработали клинические рекомендации по приоритетным нозологиям:

- > артериальная гипертензия;
- > стабильная ишемическая болезнь сердца;
- > легочная гипертензия;
- > острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы;
- > острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы.

Кроме того, экспертами РКО подготовлены КР по еще 7 нозологиям, которые нельзя назвать менее значимыми и актуальными — как в связи с трудностями диагностики и лечения (миокардиты, гипертрофическая кардиомиопатия), так и в связи с высокой распространенностью и развитием осложнений (желудочковые нарушения ритма сердца, фибрилляция и трепетание предсердий, брадиаритмии и нарушения проводимости, наджелудочковые нарушения ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность).

Все клинические рекомендации разрабатывались при участии экспертов из других медицинских обществ, таких как:

- > Национальное общество по изучению атеросклероза;
- > Национальное общество по атеротромбозу;
- > Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции;
- > Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России;
- > Российское респираторное общество;
- > Российское общество анестезиологов и реаниматологов;
- > Ассоциация ревматологов России;
- > Общество специалистов по лучевой диагностике;
- > Ассоциация детских кардиологов;
- > Общество холтеровского мониторирования и неинвазивной электрокардиологии.

К моменту написания этой статьи 7 из 12 разработанных экспертами РКО клинических рекомендаций одобрены научно-практическим советом Минздрава РФ.

В основе всех КР лежат рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК). Разделы сформированы с учетом национальной специфики, современных научных данных об этиологии и патогенезе, особенностей обследования, лечения, доступности медицинской помощи, а также данных доказательной медицины.

При этом новая типовая форма КР принесет непривычную для читателей информацию. В частности, их может смутить использование анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) лекарственных препаратов, которая, к сожалению, не всегда точно характеризует упоминаемые в КР группы препаратов. Надеемся, что это не повлияет на понимание тезисов рекомендаций.

Второй сложностью может стать наличие химических формул, которые прописаны в некоторых КР в случае отсутствия у лекарственного препарата международного непатентованного названия. Обращаем внимание читателей КР на нижеследующие наименования.

В тексте КР — «4-Нитро-N-[(1RS)-1-(4-фторфенил)-2-(1-этилпиперидин-4-ил)этил] бензамида гидрохлорида». Препарат известен практикующим врачам как рефралон.

В тексте КР — «Диэтиламинопропионилэтоксикарбониламинофенотиазин». Известен как этацизин.

В тексте КР — «Лаппаконитина гидробромид». Известен как аллапинин.

В тексте КР — «Трифосаденин». Известен как аденозинтрифосфат (АТФ).

В тексте КР — безвременника осеннего семян экстракт. Известен как колхицин.

Еще одним недостатком новой типовой формы, по мнению экспертов РКО, является невозможность указать в тексте КР на препараты, не зарегистрированные в России, но активно используемые в Европе, — такие как дофетилид, ибутилид, флекаинид, изопреналин, дизопирамид.

В связи с вышесказанным формирование КР по новому шаблону вызвало у авторов определенные сложности, с которыми все эксперты РКО успешно справились. Однако разработка заняла достаточно длительное время — от 12 до 15 месяцев.

Кроме того, типовая форма обязала использовать в КР совершенно новую, не имеющую аналогов в мире систему доказательности, разработанную Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава РФ. Стало быть, эксперты не могут опираться на систему достоверности доказательств и классы рекомендаций ЕОК, известные всему европейскому сообществу кардиологов.

Типовая форма КР включает шкалу оценки уровней достоверности доказательств (УДД) и шкалу оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР), но наряду с ними в тексте рекомендаций, разработанных РКО, используются уровни достоверности доказательств ЕОК. Добавлены классы рекомендаций ЕОК, позволяющие читателям КР, как и прежде, оценивать необходимость выполнения тезиса рекомендаций.

Таким образом, невзирая на новые требования к оформлению КР, слаженная работа экспертов обеспечила высокое качество итоговых документов.

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», дальнейшая работа врачей по перечисленным нозологиям должна осуществляться на основании разработанных специалистами РКО клинических рекомендаций. Для практикующих врачей наиболее важной частью КР станет раздел «Критерии качества», с которым нужно будет ознакомиться в обязательном порядке. Целевой аудиторией разработанных КР являются кардиологи, кардиохирурги, терапевты, врачи общей практики. В ряде КР целевая аудитория дополнена и включает также анестезиолога-реаниматолога, фельдшера и врача скорой медицинской помощи, врача по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения.

Комитет клинических рекомендаций РКО благодарит всех экспертов, участвующих в формировании КР, за огромный и плодотворный труд. В настоящее время работа продолжается. Следите за новостями на сайте РКО.

Благодарности

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы

Аверков Олег Валерьевич (Москва)
Васильева Елена Юрьевна (Москва)
Дупляков Дмитрий Викторович (Самара)
Панченко Елизавета Павловна (Москва)
Погосова Нана Вачиковна (Москва)
Шахнович Роман Михайлович (Москва)
Явелов Игорь Семенович (Москва)
Якушин Сергей Степанович (Рязань)

Гипертрофическая кардиомиопатия

Габрусенко Сергей Анатольевич (Москва)
Гудкова Александра Яковлевна (Санкт-Петербург)
Козиолова Наталья Андреевна (Пермь)
Крутиков Александр Николаевич (Санкт-Петербург)

Стабильная ишемическая болезнь сердца

Барбараш Ольга Леонидовна (Кемерово)
Карпов Юрий Александрович (Москва)
Кашталап Василий Васильевич (Кемерово)
Руда Мария Михайловна (Москва)

Хроническая сердечная недостаточность

Терещенко Сергей Николаевич (Москва)
Ускач Татьяна Марковна (Москва)

Миокардиты

Драгунов Дмитрий Олегович (Москва)
Соколова Анна Викторовна (Москва)

Наджелудочковые тахикардии

Канорский Сергей Григорьевич (Краснодар)
Попов Сергей Валентинович (Томск)
Рзаев Фархад Гусейнович (Москва)
Шубик Юрий Викторович (Санкт-Петербург)

Брадиаритмии и нарушения проводимости

Артюхина Елена Александровна (Москва)
Ревившвили Амиран Шотаевич (Москва)

Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть

Васичкина Елена Сергеевна (Санкт-Петербург)
Кучинская Елена Андреевна (Москва)
Лебедев Дмитрий Сергеевич (Санкт-Петербург)
Михайлов Евгений Николаевич (Санкт-Петербург)

Фибрилляция и трепетание предсердий

Аракелян Мари Генриковна (Москва)
Голицын Сергей Павлович (Москва)
Голухова Елена Зеликовна (Москва)
Кропачева Екатерина Станиславовна (Москва)

Артериальная гипертензия

Жернакова Юлия Валерьевна (Москва)
Кобалава Жанна Давидовна (Москва)
Конради Александра Олеговна (Санкт-Петербург)
Недогода Сергей Владимирович (Волгоград)

Легочная гипертензия. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия

Гончарова Наталья Сергеевна (Санкт-Петербург)
Симакова Мария Александровна (Санкт-Петербург)

Дирекция образовательных программ Российского кардиологического общества

Как и вся страна, Дирекция образовательных программ РКО в 2020 году столкнулась с новыми вызовами, обусловленными пандемией COVID-19. Деятельность дирекции традиционно связана с аккредитацией образовательных мероприятий в системе НМО, но преимущественно эти мероприятия проходили в очном формате. По мнению многих специалистов, большое значение в образовательной деятельности имеет не только знакомство с последними достижениями науки, но и дискуссия, живое общение для обмена мнениями. Ограничения, введенные из-за пандемии, сделали невозможным проведение каких-либо собраний, но не остановили образовательную деятельность.

Большинство мероприятий было оперативно переведено в онлайн-формат. Взамен отмененных событий организованы вебинары и курсы на образовательной платформе РКО. Особое внимание при этом уделено обратной связи со слушателями (обмен мнениями, возможность задать вопрос в чате).

Онлайн-формат и ранее успешно использовался в образовательной деятельности РКО: такие крупные и важные мероприятия, как форум «Российские дни сердца» или Российский национальный конгресс кардиологов, частично транслировались онлайн. Такой подход позволяет кардиологам и врачам других специальностей быть в курсе новейших достижений кардиологии, не выезжая из дома. Более того, при условии подключения в течение всего дня Конгресса зарегистрированные онлайн-слушатели получают образовательные кредиты наравне с очными участниками.

Среди прочего, Дирекция образовательных программ РКО активно участвует в актуализации профессионального стандарта (ПС) врача-кардиолога. Время не стоит на месте, и утвержденный ранее стандарт не должен оставаться застывшим документом. Поэтому экспертная группа при координации Дирекции образовательных программ РКО вносит в текст ПС важные обновления и дополнения. Эта работа, начатая в 2019 году, продолжается и в 2020-м.

Новости образовательной деятельности РКО:
www.scardio.ru/proekty/obrazovatelnyy_proekt

Расписание образовательных мероприятий:
www.scardio.ru/events

♥ 100%

МУЗЕЙ ЗДОРОВЬЯ

образовательное
пространство

Наш музей дает не только знания, но и навыки. Мы создали интерактивные экспонаты и разработали программы, позволяющие ярко показать преимущества и риски, которые приносят в нашу жизнь те или иные полезные и вредные привычки. Наша цель заключается в том, чтобы на занятиях школьники не только почувствовали, зачем заботиться о своем здоровье, но и узнали, как это можно делать.

Программы Музея здоровья:

- ♥ Как работает сердце
- ♥ Из чего состоит сигаретный дым
- ♥ Вредно или полезно
- ♥ Этот страшный алкоголь
- ♥ Вирусы и бактерии
- ♥ Витамины и минералы
- ♥ Первая помощь
- ♥ Половое воспитание
- ♥ Эволюция систем

Санкт-Петербург, Моховая ул., 17
www.healthmuseum.ru
info@healthmuseum.ru
тел. +7 (812) 900 0512

HEALTH_MUSEUM

Музей здоровья увлекательно и просто
рассказывает детям и подросткам о самых
сложных тайнах человеческого организма



Всероссийский конгресс кардиологов 2020

Дискуссионный клуб «Клиническая медицина и клиническая эпидемиология — две стороны одной медали»

29 сентября, 9:00–10:30,
зал № 7

В докладе профессора Сергея Степановича Якушина «Как я стал “эпидемиологом”» будет представлена информация по ряду российских эпидемиологических проектов (ЭССЕ-2, РЕЗОНАНС, ЭПОХА, МЕРИДИАН-РО) и регистров (РЕКВАЗА, РЕГАТА, РЕГИОН), выполненных с участием и под руководством автора и имеющих большое научное и практическое значение. Результаты этих исследований предопределили дальнейшее становление автора-клинициста с более чем 30-летним стажем работы как доказательного сторонника клинической эпидемиологии.

Симпозиум «Актуальные вопросы психокardiологии»

29 сентября, 13:30–15:00,
зал № 3

Ставший уже традиционным симпозиум пройдет под председательством академика РАН Анатолия Болеславовича Смулевича и профессора Абрама Львовича Сыркина, стоявших у истоков отечественной психокardiологии, и соберет ведущих специалистов в этой области: кардиологов, психиатров, психотерапевтов, психологов и врачей других специальностей. В работе симпозиума также примут участие эксперты-клиницисты.

С приветственным докладом выступит профессор Диана Ильдаровна Абдулганиева, которая осветит современные представления о психосоматических соотношениях при аритмиях.

Профессор Филипп Юрьевич Копылов прочтет доклад на дискуссионную тему: как тревожные расстройства влияют на приверженность лечению при фибрилляции предсердий — позитивно или негативно? Он также сформулирует основные положения оказания помощи пациентам с такими расстройствами.

Профессор Беатриса Альбертовна Волель представит последние данные о психических расстройствах пациентов с хронической сердечной недостаточностью, с которыми

в рутинной практике сталкивается кардиолог, а также расскажет, как личностные особенности влияют на восприятие болезни и какая группа пациентов с хронической сердечной недостаточностью является наиболее уязвимой в отношении неблагоприятного прогноза и требует особенно пристального наблюдения.

Завершит симпозиум профессор Станислав Викторович Иванов, автор руководств по терапии психосоматических расстройств. Его доклад посвящен эффективности и безопасности психотропных средств в кардиологии, их совместимости с кардиологическими препаратами.

Пленарный доклад «Инфаркт миокарда 2-го типа и инфаркт миокарда с необструктивным поражением коронарных артерий (MINOCA): сложные вопросы терминологии, диагностики и лечения»

30 сентября, 9:00–10:30,
зал пленарных заседаний

Понятия «инфаркт миокарда 2-го типа» и «инфаркт миокарда с необструктивным поражением коронарных артерий», появившиеся в Первом универсальном определении инфаркта миокарда и клинических рекомендациях по острому коронарному синдрому с подъемом сегмента ST, объединяют большое количество причин возникновения инфаркта миокарда, вызывают сложности с формулировкой диагноза основного заболевания и тем самым провоцируют много вопросов со стороны практических врачей. Более того, второй термин уже претерпел значительные изменения: понимание причин возникновения инфаркта миокарда с необструктивным поражением коронарных артерий за последние годы стало иным. Дополнительной сложностью является то, что в современных клинических рекомендациях все еще отсутствуют разделы, посвященные лечению данных состояний.

Все эти вопросы будут освещены в докладе профессора Сергея Степановича Якушина на пленарном заседании «Инфаркт миокарда 2020». Автор также даст пояснения по экспертному документу Российского кардиологического общества (position paper) по инфаркту миокарда 2-го типа, опубликованному в 2020 году.

Интерактивная сессия «Клинические разборы пациентов: диагностика, лечение и прогноз угрожающих жизни заболеваний сердечно-сосудистой системы во время беременности»

30 сентября, 9:00–10:30,
зал № 5

Секция посвящена разбору клинических случаев пациенток с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, относящихся к самому высокому риску материнских осложнений и летальности.

В докладе профессора Раисы Ивановны Стрюк речь пойдет о диагностике причин массивной тромбоэмболии легочной артерии и отслойки нормально расположенной плаценты, тактике лечения, оценке ближайшего и отдаленного прогноза у беременной на больших сроках гестации.

Профессор Анна Ивановна Чесникова прочтет доклад об особенностях клинических проявлений, диагностики и лечения пациентки с перипартальной кардиомиопатией.

В сообщении к.м.н. Татьяны Александровны Гомовой будут рассмотрены вопросы общности факторов риска и диагностики инфаркта миокарда у беременной по сравнению с популяцией, подчеркнуты особенности патогенеза и лечения данного заболевания, возникшего в период гестации.

Ольга Борисовна Иртюга от имени коллектива авторов представит данные Перинатального центра им. В.А. Алмазова по диагностике тромбоза искусственного клапана сердца во время беременности и тактике ведения таких пациенток.

Все эти клинические ситуации взяты и клинической практики. Ожидается, что секция будет носить интерактивный характер и участники смогут задать вопросы авторам, обсудить подходы к ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, поделиться собственным опытом лечения таких пациенток.

Симпозиум «ФОКУСный ультразвук в кардиологии: что делать, если нет времени ждать?»

30 сентября, 9:00–10:30, пресс-зал

Появление мобильных или карманных ультразвуковых устройств — веха в развитии кардиологии. В дополнение к физическому обследованию стало возможным быстро выполнить визуализирующее исследование сердца или сосудов по месту оказания медицинской помощи, даже если оно происходит в труднодоступных местах. Для РКО и отечественного здравоохранения это также имеет колоссальное значение: ведь согласно новому профессиональному стандарту, утвержденному 14 марта 2018 года, в трудовые действия и необходимые умения врача-кардиолога входит не только интерпретация, но и самостоятельное проведение эхокардиографии. Наиболее удобным и простым для клинического специалиста является выполнение эхокардиографии в формате ФОКУС-протокола (Focus cardiac ultrasound), не требующее первичной переподготовки или специализации по ультразвуковой или функциональной диагностике. ФОКУС-протокол предполагает проблемно-ориентированное ультразвуковое исследование сердца у постели больного, дающее возможность быстрого принятия решения с помощью ультразвуковой оценки узкого перечня параметров. ФОКУС-протокол — это возможность в экстренной ситуации выбрать правильную тактику лечения.

На симпозиуме будут обсуждаться ключевые особенности ФОКУС-протокола и его отличия от стандартной эхокардиографии. Специалисты рассмотрят клинические примеры и проведут мастер-класс по фокусному УЗИ сердца и легких.

Симпозиум «Подводные камни реваскуляризации коронарных артерий и эндоваскулярных вмешательств»

30 сентября, 15:30–17:00, зал № 3

В докладе профессора Сергея Степановича Якушина «Коронарная реваскуляризация и no-reflow: что нового?» будут подробно рассмотрены этиология, патогенез, ранняя диагностика и лечение прогностически неблагоприятного осложнения коронарной реваскуляризации — синдрома no-reflow. Ввиду того, что единый подход к ведению таких пациентов в настоящее время отсутствует и во многих сосудистых центрах тактика ведения определяется экспертным решением (heart team), особое внимание будет уделено профилактике и особенностям лечения этого грозного осложнения.

Симпозиум «Генетика в кардиологии: от фундаментальных исследований к персонализированному подходу»

1 октября, 9:00–10:30, зал № 12

Доклад «Молекулярно-генетические предикторы ишемического инсульта у больных с сердечно-сосудистой патологией». Мультифакторный генез ишемического инсульта побуждает исследователей к поиску новых генетических маркеров и их вариаций, ответственных за увеличение риска этого осложнения у пациентов с той или иной кардиологической патологией. В докладе будут представлены собственные научные данные коллектива авторов о новых кандидатных генах ишемического инсульта.

Доклад «Мультиомный подход при сердечно-сосудистых заболеваниях»

В настоящее время проблема поиска «скрытой» наследуемости сердечно-сосудистых заболеваний трансформируется в научную стратегию анализа структуры подверженности этим заболеваниям через интегрированное «мультиомное» профилирование тканей и клеток. Из всех «мультиомик», благодаря существующим технологиям, геномика наиболее близка к клинической практике, позволяя проводить профилактику и диагностику моногенных и олигогенных сердечно-сосудистых заболеваний. Ключевым моментом «мультиомных» исследований является тесное сотрудничество врачей, генетиков, биологов и биоинформатиков.

Доклад «Прогностическое значение полиморфизма гена ANXA2 у больных, перенесших острый коронарный синдром: данные исследования ОРАКУЛ II»

Доклад посвящен результатам российского наблюдательного исследования ОРАКУЛ II, проводившегося в 2014–2019 годах на базе 4 сосудистых центров: в Москве, Астрахани, Казани и Краснодаре. В исследовании приняли участие более 1800 больных, перенесших острый коронарный синдром. Наблюдения за пациентами позволили оценить риски развития неблагоприятных исходов болезни, диагностическую ценность разных шкал оценки риска, приверженность больных проводимой терапии. Проводилось типирование нескольких генетических маркеров, в том числе и в гене ANXA2, который относится к липид-транспортной системе и является регулятором функции PCSK9. Влияние

носительства разных вариантов этого гена на течение ишемической болезни сердца будет проанализировано в докладе.

Доклад «Концепция виртуального пациента: вклад генетических и биоинформационных технологий в оптимизацию терапии пациента с артериальной гипертензией»

Виртуальный пациент — очень сложная задача. В докладе будет представлена компьютерная программа для оптимизации лечения гипертензии. В программу вводятся имеющиеся данные пациента, в том числе и данные его генетических анализов, что позволяет определить персональную антигипертензивную программу лечения больного.

Доклад «Кандидатные гены фибрилляции предсердий»

Роль генетической стратификации риска фибрилляции предсердий (ФП) и ее рецидива представляет значительный интерес для практического здравоохранения. Новая область медицины аблатогенетика включает использование генетических профилей для профилактики рецидивов ФП после катетерной аблации. Один из представленных в докладе генетических маркеров риска ФП и ее рецидива после катетерной аблации — однонуклеотидный полиморфизм rs10824026 гена SYNPO2L (синаптодин 2), локализующийся на 10-й хромосоме. Ген экспрессируется в сердечной мышце и локализуется в структурах Z-диска, расположенных рядом с саркомерами. В докладе будет рассмотрена роль генотипа GG гена SYNPO2L в развитии данной патологии.

Симпозиум «Перикардиты: обсуждение проекта национальных клинических рекомендаций»

1 октября, 13:30–15:00, зал № 4

Симпозиум под председательством профессора Григория Павловича Арутюнова будет посвящен первым российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению поражений перикарда. Будут рассмотрены современные алгоритмы дифференциального диагноза как при остром, так и при рецидивирующем перикардите. Докладчики представят данные об особенностях поражения перикарда при онкологических и эндокринных заболеваниях. Также речь пойдет о безопасности и эффективности методов лечения различных вариантов поражения перикарда. В конце симпозиума состоится дискуссия.