

Кардиологическая практика в «постковидном» мире

Интервью с А.В. Родионовым.

Ключевые слова: COVID-19, курение, обучение пациентов, антитромботические препараты, антикоагулянты.

Для цитирования: Кардиологическая практика в «постковидном» мире. Интервью с А.В. Родионовым. Consilium Medicum. 2020; 22 (10): 12–14. DOI: 10.26442/20751753.2020.10.200318

Interview

Cardiological practice in the "postCOVID" world

Interview with A.V. Rodionov

Key words: COVID-19, smoking, patient education, antithrombotic drugs, anticoagulants.

For citation: Cardiological practice in the "postCOVID" world. Interview with A.V. Rodionov. Consilium Medicum. 2020; 22 (10): 12–14. DOI: 10.26442/20751753.2020.10.200318

Интервью с кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) **Антоном Владимировичем Родионовым.**



– Антон Владимирович, сейчас многие говорят, что после COVID-19 мир уже не будет прежним. Как Вы думаете, изменится ли что-то принципиально в клинической медицине?

– Действительно, COVID-19 останется в нашей памяти надолго. Это незабываемый опыт, особенно для тех, кто непосредственно поработал с больными. В последние десятилетия мы жили очень размеренной профессиональной жизнью – каждый год ожидаемо появлялись десятки новых красивых исследований, очередному препарату удавалось на 15% снизить относительные риски, звучали бурные аплодисменты, обновлялись рекомендации... И вдруг бесклеточная РНК-содержащая частица размером 0,1 микрона нарушает все законы медицины разом. Мы вдруг ощущаем собственное бессилие в области эпидемиологии, респираторной медицины, антимикробной фармакотерапии. Чем больше пациентов проходят через твои руки, тем больше появляется вопросов. Чем увереннее что-то утверждаешь, тем большее разочарование. Посмотрите, как за несколько месяцев диаметрально изменились взгляды на применение антибиотиков, противовирусных препаратов, гормонов, антикоагулянтов. Практически все противовирусные препараты, на которых возлагали большие надежды, потерпели фиаско, напротив, первоначально «запрещенные» гормоны и антикоагулянты оказались чуть ли не спасителями человечества.

Многие поспешили заявить о бессилии «доказательной медицины», не дающей единственно правильный ответ на вопрос в новой неясной ситуации. Однако доказательная медицина – это не про «решение с колес», это про необходимость обосновывать и доказывать свое решение. На мой взгляд, история коронавирусной фармакотерапии – это как раз очень крупный камень в стройное здание доказательной медицины: ничего нельзя принимать на веру на эмоциях, исходя из небольшого опыта.

Если говорить о перспективах планетарного масштаба, я ожидаю возрождения эпидемиологии и инфекционной медицины в России. Долгое время эти специальности были «на отшибе» и финансировались по остаточному принципу – достаточно посмотреть на состояние инфекционных больниц в регионах. Думаю, что история с COVID-19 станет отправной точкой для подготовки современных молодых кадров по этим направлениям.

– Должно ли произошедшее подстегнуть изучение лекарственных препаратов по новым показаниям, упростить процедуры одобрения (так, например, в США есть процедура fast track для жизненно важных препаратов, в отличие от Европейского союза и России)?

– Упростить – возможно, но не за счет безопасности пациентов! Не надо забывать, что один из двух ключевых постулатов медицины – non posere (не навреди). Изучать препараты по новым показаниям можно и нужно, сокращать бюрократические проволочки просто необходимо, но нельзя жертвовать качественными клиническими исследованиями. Достаточно взглянуть на раскол в медицинском сообществе в связи с регистрацией российской антиковидной вакцины. Я от всей души приветствую создание этого препарата, но прежде чем вводить его себе и рекомендовать своим пациентам, я хочу ознакомиться с результатами III фазы клинических исследований. Не должна телега бежать впереди лошади. История фармакологии пестрит трагическими страницами, когда безопасность пациентов приносили в жертву политическим или финансовым интересам.

– COVID-19 и курение. Существующие данные противоречивы, высказано мнение о якобы профилактической роли курения, в то же время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в своих бюллетенях указывает на увеличение риска тяжелого течения и смерти. Есть ли у Вас данные по этому поводу?

– Это удивительно живучий тезис, рожденный в китайских наблюдательных исследованиях «первой волны», опубликованных в низкорейтинговых журналах. Мне всегда интересно, к чему дальше хочет призвать человек, который об этом всерьез рассказывает. Начать курить для профилактики COVID-19? Не бросать курить для того, чтобы уберечь себя от болезни?

Как известно, сигарета – это единственное легально продаваемое изделие, которое убивает по своему прямому назначению. Пересказывать банальности о легочных, сердечно-сосудистых и онкологических осложнениях курения как-то даже неприлично. Среди госпитализированных пациентов курящих немало, только почему-то с сатурацией ниже 90% и кислородными канюлями в носу курить многим не хотелось. Так что мне в этом вопросе ближе позиция ВОЗ,

которую можно найти на сайте (<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/smoking-and-covid-19>): не надо искать в курении спасение от COVID-19, надо бросать курить.

– Если вспомнить, как выглядел типичный кардиологический пациент 20 лет назад и сравнить его с сегодняшним, что изменилось? Как Вы думаете, какую роль играет программа по отказу от курения, проводимая уже много лет?

– Типичный кардиологический пациент 20-летней давности – это 50–60-летний человек, обратившийся с симптомами сердечно-сосудистых заболеваний. Сегодня на приеме стало больше молодых и больше пожилых людей. Визиты к кардиологу 30–40-летних, кстати, не означают, что сердечно-сосудистые заболевания помолодели, как часто можно услышать. Это означает лишь то, что молодые люди стали более сознательно относиться к своему здоровью и обращаться еще на этапе факторов риска – артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии. Двадцать лет назад я не мог представить себе, чтобы бессимптомный 30-летний молодой человек обратился для решения вопроса о коррекции гиперхолестеринемии, сегодня это рутинная практика.

Большая доля пожилых и очень пожилых людей на приеме кардиолога свидетельствует о наших успехах в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний – пациенты стали жить существенно дольше, они больше не погибают в 50 лет от инфаркта миокарда и инсульта, как это было в 1990-е годы. Эффективная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия, программы лечения никотиновой зависимости, в том числе с применением медикаментозной поддержки (например, с использованием препарата варениклин), – все это позволяет пережить уязвимый с точки зрения сердечно-сосудистых осложнений возраст 50–60 лет и дожить до преклонных лет. Весьма отрадно, что за

последние 20 лет мы научились хорошо лечить гипертонию и существенно снизили долю курящих людей в обществе. Дело за небольшим – научиться также хорошо лечить гиперхолестеринемии. Несмотря на то, что на рынке есть хорошие и доступные гиполипидемические препараты, приверженность лечению нарушений липидного обмена в России до сих пор невелика.

– Вы, без преувеличения, являетесь признанным экспертом в области образования пациентов. Как Вы считаете, что должно измениться в их образовании с учетом нового «постковидного» мира?

– Спасибо на добром слове, только слово «эксперт» меня в последнее время несколько смущает – уж слишком много «экспертов» появилось благодаря всевозможным СМИ...

Честно говоря, я очень надеюсь (вне связи с COVID-19), что обучение пациентов перестанет быть хобби одиночек и станет частью крупных профилактических программ, которые будут поддержаны государством или крупными фондами. Почти 20 лет назад мы с друзьями придумали и реализовали в клинике «Школу гипертоника» – курс занятий для пациентов с артериальной гипертензией. Через год все заглохло – нам не удалось найти на реализацию этого проекта ни копейки. Сегодня ситуация стала немного лучше, издаются хорошие книги, появились разумные онлайн-ресурсы. Однако этого недостаточно. По-прежнему человек, начинающий искать доступную информацию в русскоязычном сегменте Интернета, наталкивается прежде всего на недобросовестную рекламу. Необходимо каким-то образом интегрировать на крупных порталах разумную доказательную информацию, которой становится все больше и больше, и доводить ее до пациентов.

– В процессе терапии среднетяжелых и тяжелых форм COVID-19 используются антитромботические препараты. Выработаны ли на данный момент какие-то финальные схемы терапии?

– Очевидно, что слово «финальный» в отношении COVID-19 лучше пока не употреблять. Абсолютно все рекомендации, будь то российские или зарубежные, носят статус временных и постоянно корректируются.

Действительно, в процессе наблюдения за пациентами с COVID-19 в мире отмечено, что у многих возникают немотивированные тромботические и тромбоэмболические осложнения, в отдельных случаях в дебюте заболевания развивался инсульт или тромбоз другой локализации. В дальнейшем оказалось, что в патогенезе заболевания важную роль играет специфическая коагулопатия, у некоторых пациентов – развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Соответственно, для лечения предложено использовать антикоагулянтную терапию. В наблюдательных исследованиях эта тактика продемонстрировала свою эффективность, что важно, при очень приемлемой безопасности.

Сейчас большинство рекомендаций поддерживают идею о назначении как минимум профилактических доз антикоагулянтов всем госпитализированным пациентам, а у больных высокого риска – лечебных доз. Что касается препаратов, то в большинстве рекомендаций и локальных протоколов фигурируют низкомолекулярные гепарины. К сожалению, данных о применении прямых пероральных антикоагулянтов (ППОАК) у пациентов с COVID-19 не получено, однако некоторые клиники рекомендуют их использование off-label (вне зарегистрированных показаний).

– Новые прямые антикоагулянты уже прочно вошли в практику ведения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и венозной тромбоэмболией, доказав свою эффективность и безопасность, не вытеснили «старые» антикоагулянты – гепарины и антагонисты витамина К из иных сфер применения. Как Вы думаете, надо ли продолжать программы исследования в других направлениях?

– Я был бы рад красивому исследованию ППОАК при COVID-19, пока тема не утратила свою актуальность. Впрочем, думаю, что полностью вытеснить гепарины и варфарин не получится. У любого инструмента есть свое предназначение, пусть даже узкое и специфичное. Возможно, альтернативу антагонистам витамина К у больных с механическими протезами клапанов когда-нибудь удастся найти, но это отдаленная перспектива для нового поколения препаратов.

Что касается применения ППОАК при хронической патологии, то сейчас важно уточнить особенности их использования у коморбидных пациентов, нуждающихся в комбинированной антитромботической терапии, а также при тяжелой хронической болезни почек. Впрочем, важные шаги в этом направлении уже делаются.

– Пациент с ФП, длительно принимающий антикоагулянты. На что надо обратить основное внимание в условиях вынужденной изоляции, снижения физической активности?

– Прежде всего, на приверженность лечению. ППОАК просты в использовании и, как правило, не требуют самоконтроля и коррекции дозировки, поэтому независимо от

образа жизни, физической активности, соблюдения карантина важно, чтобы пациенты принимали эти препараты в назначенной дозе.

Впрочем, не надо забывать о плановой оценке показателей гемоглобина и креатинина, которая все же необходима некоторым пациентам для того, чтобы не пропустить геморрагические осложнения или вовремя скорректировать дозу препарата.

– Эффективность или безопасность – это основная дилемма при назначении антикоагулянтов; как бы Вы ее решили с учетом Вашего клинического опыта?

– Антикоагулянты – это препараты, работая с которыми никогда нельзя апеллировать к опыту. Опыт в данном случае – главный источник систематической ошибки. Действительно, коллеги, обсуждая в ординаторской свою практику, очень любят использовать в отношении лекарств словосочетание «мне нравится...». Однако же ни один врач не сможет набрать в своей практике сколько-нибудь значимую статистику осложнений и «конечных точек» эффективности, еще и сбалансированных по критериям включения.

Так что в отношении эффективности и безопасности ППОАК остается ориентироваться только на клинические исследования и метаанализы. На сегодняшний день все имеющиеся данные, а это ключевые исследования III фазы, регистры реальной клинической практики и метаанализы исследований склоняют чашу весов к назначению аписабана. Тем, кто хочет подробнее изучить этот вопрос, я предлагаю познакомиться с результатами исследования NAXOS, которые в этом году опубликованы в журнале Stroke. Это данные реальной клинической практики, в которой аписабан превосходил по эффективности варфарин, сопоставим с дабигатраном и ривароксабаном, но при этом превосходил по безопасности все перечисленные антикоагулянты.

– Как Вы считаете, что влияет на соблюдение пациентом режима приема антикоагулянта, предписанного врачом, насколько важна стоимость лечения?

– Первое и главное условие хорошей приверженности: пациент должен понимать цель приема препарата. Назначая антикоагулянт больному с ФП, я обязательно говорю: «Это главный препарат в вашей схеме лечения, который в буквальном смысле привязывает вас к жизни. Если в какой-то момент вы захотите самостоятельно нарушить схему лечения, никогда не делайте это за счет антикоагулянта». Далее следует рисование схемы большого круга кровообращения с художественным изображением тромба в левом предсердии и его миграции в головной мозг.

Все остальное вторично, хотя тоже важно – и кратность приема, и стоимость терапии, и, конечно, переносимость лечения. Кстати, если говорить о стоимости лечения, очень важно избавить пациента от неоправданной полипрагматии. Отмена ненужных препаратов («сосудистых», биологически активных добавок, «-протекторов» и т.д.) может существенно снизить материальное бремя болезни.

– Антон Владимирович, благодарим Вас за интервью.

Интервью опубликовано при поддержке компании Пфайзер. Мнение интервьюированного может не совпадать с мнением компании Пфайзер.