

Пациенты с легочной артериальной гипертензией в условиях пандемии COVID-19

Интервью с С.Н. Авдеевым

Для цитирования: Пациенты с легочной артериальной гипертензией в условиях пандемии COVID-19. Интервью с С.Н. Авдеевым. Consilium Medicum. 2020; 22 (11): 44–46. DOI: 10.26442/20751753.2020.11.200539

Interview

Patients with pulmonary arterial hypertension in the context of the COVID-19 pandemic

Interview with S.N. Avdeev

For citation: Patients with pulmonary arterial hypertension in the context of the COVID-19 pandemic. Interview with S.N. Avdeev. Consilium Medicum. 2020; 22 (11): 44–46. DOI: 10.26442/20751753.2020.11.200539

Почти год человечество ищет выход из непростой ситуации, сложившейся в результате пандемии COVID-19. И, несмотря на то, что основные усилия брошены именно на борьбу с коронавирусной инфекцией, необходимо изыскивать ресурсы и возможности для оказания действенной медицинской помощи всем нуждающимся. На вопросы о проблемах пациентов с легочной гипертензией (ЛГ) отвечает главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава России, член-корреспондент РАН, д-р мед. наук, профессор Сергей Николаевич Авдеев.



Среди всего спектра ЛГ самой сложной является легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), распространенность которой составляет 60 пациентов на 1 млн населения. Кажется, что это не очень пугающие цифры, но, если брать в расчет ЛГ при болезнях левого желудочка, это уже десятки, если не сотни тысяч, а с учетом ЛГ при хронических заболеваниях легких, той же хронической обструктивной болезни легких как осложнения хронической дыхательной недостаточности, – это огромное число больных.

Из интервью С.Н. Авдеева: Consilium Medicum. 2020; 22 (3): 9–11.

– Сергей Николаевич, по определению, ЛГ – тяжелая патология сердечно-сосудистой системы, которая при отсутствии лечения имеет крайне неблагоприятный прогноз. Возрастает ли риски у пациентов с ЛАГ в условиях пандемии, и, если да, чем это обусловлено?

– Результаты исследований, опубликованные на текущий момент, дают противоречивую информацию: есть данные как о достаточно благоприятном течении коронавирусной инфекции у пациентов с ЛГ, так и о неблагоприятных исходах у этой группы больных.

В работах испанских и американских ученых продемонстрированы хорошие результаты у пациентов с ЛГ, в том числе и с хронической тромбоэмболической ЛГ на фоне COVID-19: больные достаточно легко переносили коронави

русскую инфекцию с неплохими исходами болезни по ЛАГ, почти не было летальных исходов. У данного эффекта есть объяснение: дело в том, что пациенты с ЛАГ имеют дефект эндотелия, тогда как для диффузного течения вирусной инфекции очень важен сохраненный эндотелий. Также обсуждается и защитная роль лекарственной терапии, которую получают эти пациенты, – ЛАГ-специфичные и антикоагулянтные препараты, обладающие протективным действием.

Обратная сторона медали продемонстрирована в исследованиях немецких, британских и китайских ученых: в условиях пандемии COVID-19 пациенты с ЛАГ были лишены возможности получать необходимые консультации специалистов и регулярную терапию своими препаратами, результатом этого явились неблагоприятные исходы у некоторых пациентов.

– Сергей Николаевич, Вы ссылаетесь на зарубежные работы. Есть ли отечественные публикации, позволяющие делать предварительные выводы?

– Подобных крупных исследовательских работ в России пока нет. Поскольку в период пандемии COVID-19 научные центры кардиологии Санкт-Петербурга, Москвы и других городов входили в зону ковида (к примеру, Сеченовский университет до сих пор находится в ней), то пациентов с ЛАГ они могли консультировать только дистанционно. Нам еще предстоит обобщить полученные материалы по данной проблеме, но, общаясь с коллегами, мы вынуждены констатировать, что в период пандемии у нас были свои потери среди этих больных, связанные с нерегулярностью терапии, обусловленной сложностью доступа к лекарственным препаратам. Это, к сожалению, приводит к неблагоприятным исходам данного тяжелого быстро прогрессирующего заболевания.

– Если говорить о терапии ЛАГ, то меняются ли ее цели в условиях коронавирусной инфекции?

– Цели не изменились: достижение статуса низкого риска как было целью терапии ЛАГ, так и остается, а вот определенные сложности в условиях пандемии возникают. В регулярную оценку риска входят так называемые инвазивные параметры гемодинамики, основанные на катетеризации легочной артерии. И, конечно, такое обследование намного сложнее организовать в период пандемии, поскольку сократилось количество центров, где его можно провести. В связи с этим все больше возрастает роль неинвазивных методов оценки рисков.

– Где и как проводить обследование пациентов с ЛАГ?

– Если говорить о катетеризации как о том методе, который в основном проводится в экспертных центрах, то число

таких точек очень ограничено – это крупные федеральные центры. С неинвазивными методами ситуация намного проще, возможности для их проведения в региональных центрах существуют практически везде. Хочу пояснить, что такое неинвазивные методы оценки. В ряде исследований в этом качестве выбрано несколько параметров: функциональный класс ЛГ, определение дистанции 6-минутной ходьбы, маркеры – мозговые натрийуретические пептиды. Набор данных показателей позволяет в достаточной степени оценить риски пациентов, но в основном неинвазивная оценка хорошо работает у пациентов с более легким течением заболевания, находящихся ближе к зоне комфорта, низкого риска. Тем не менее вполне вероятно, что это перспектива, поскольку число неинвазивных маркеров может увеличиваться. В них, безусловно нужно включать и оценку эхокардиографии – ценнейший метод, позволяющий значительно обогатить информацию с точки зрения рисков пациента с ЛАГ.

– **Какие подходы к терапии пациентов с ЛАГ существуют в настоящее время?**

– Ответ на этот вопрос довольно прост: ЛАГ-специфическая терапия. Число препаратов этой группы ограничено. Их действие объясняется влиянием на сигнальные пути патогенеза ЛГ. Наиболее перспективной, как и при многих других заболеваниях, является комбинированная терапия. Зачастую она должна быть назначена с самого начала, т.е. с момента постановки диагноза, так называемая стартовая комбинированная терапия: два, а у некоторых тяжелых пациентов и три препарата сразу. Такой подход, являясь наиболее обоснованным и доказанным, позволяет минимизировать риски прогрессирования, госпитализации, ухудшения. На фоне комбинированной терапии мы можем говорить и об улучшении прогноза больных. Если сегодня рассматривать всех наших пациентов, получающих лекарственную терапию, то подавляющее большинство из них – кандидаты на комбинацию. За монотерапией стоит небольшое число пациентов, успешно принимающих один-единственный препарат, все остальные, а их большинство, должны получать комбинированную терапию.

– **Таким образом, благодаря комбинированной терапии можно минимизировать риск прогрессирования заболевания?**

– Да, комбинированная терапия и регулярная оценка состояния пациента. Если мы видим, что пациент ухудшается, то предпринимаются все возможные усилия для увеличения объема терапии.

– **С учетом выхода на рынок нового перорального препарата, действующего на путь простагличина, изменилась ли лекарственная терапия ЛАГ?**

– Механизм действия ЛАГ-специфических препаратов реализуется благодаря воздействию на один из трех сигнальных путей развития патологии: путь эндотелина, оксида азота, простагличина. В арсенале врачей раньше был только один препарат, влияющий на путь простагличина, – ингаляционный илопрост. Появление новой удобной таблетированной

формы, оказывающей влияние на этот сигнальный путь, расширяет возможности влияния на важный фактор патогенеза ЛАГ и ее терапию. Речь идет о препарате селекспаг, который назначают либо как второй, либо как третий компонент комбинации, что способствует улучшению течения ЛАГ.

– **Считаете ли Вы воздействие на путь простагличина равноценной по эффективности стратегией лечения наряду с воздействием на другие патогенетические пути?**

– Безусловно. Так как есть всего три пути, о которых уже говорили, то сложно недооценить влияние любого из них. Чем больше возможностей воздействия на пути патогенеза, тем более эффективна наша стратегия. Появление пероральной формы препарата селекспаг, влияние которого реализуется через путь простагличина, расширяет возможности терапии ЛАГ.

– **Существуют ли барьеры для назначения ранней комбинированной терапии?**

– Основной барьер для назначения такой терапии – цена. Лечение ЛАГ-специфическими препаратами является дорогостоящим. Назначение тройной терапии обходится в 3 раза дороже, чем монотерапия. В регионах России бюджеты местного здравоохранения существенно различаются. В некоторых регионах есть определенные сложности, что касается не только лечения ЛАГ, но и всех групп заболеваний, требующих дорогостоящей терапии. Таким образом, основной барьер – экономический.

Если говорить о понимании и видении проблемы экспертами, то, безусловно, пациенты с тяжелой ЛАГ часто являются кандидатами для тройной комбинированной терапии, поскольку она позволяет улучшить течение болезни, снизить летальность и улучшить их состояние.

– **Больных ЛАГ ведут обычно и кардиологи, и пульмонологи. В одном из интервью Вы отмечали, что для пульмологов это заболевание уже не является чем-то необычным. А как хорошо видят его кардиологи?**

– Кардиологи знают данную патологию. На самом деле проблема комплексная, связанная с взаимодействием нескольких специалистов. Другой вопрос, как терапевты смогут распознать ЛАГ. От них не требуется назначения сложной дорогостоящей терапии, необходимо лишь заподозрить заболевание и направить пациента к специалисту, который поставит правильный диагноз и определит лечение.

– **Какие подсказки могли бы помочь терапевтам не пропустить этих пациентов?**

– Стоит обратить внимание на жалобы. Например, одышка у молодой женщины – это не всегда проявление особенностей характера, психоза, невротизации. Возможно, за симптомом скрывается серьезная патология. Поэтому очень важно, чтобы среди диагностических инструментов, направленных на расшифровку причин одышки, была эхокардиография, являющаяся исследованием 1-й линии для выявления/подозрения ЛАГ.

– **Сергей Николаевич, спасибо за интервью.**