Главные враги COVID-19 — вода, мыло и здравый смысл.

"В мире науки" №7, 2020

О медицинском центре МГУ им. М.В. Ломоносова, который во время эпидемии *COVID-19* был временно перепрофилирован в инфекционный госпиталь, теперь ходят легенды: общая смертность не превысила одного процента. И это при том, что в клинику госпитализировались в основном тяжелые пациенты. Как удалось добиться таких результатов? Этот вопрос мы задали члену-корреспонденту РАН Симону Теймуразовичу Мацкеплишвили, доктору медицинских наук, профессору, заместителю директора по научной работе Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова.

— Симон Теймуразович, было очень много информации о том, что именно в клинике МГУ нашли оптимальный способ выхаживать пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Есть ли тут какой-то секрет и можете ли вы нам его раскрыть?

— В качестве ковидного госпиталя мы проработали чуть больше семи недель, если быть точным — 55 дней. Первые пациенты к нам поступили 21 апреля, а последние выписались 14 июня, за это время были пролечены 424 человека. Вы употребили очень правильное слово: мы их именно выхаживали. Достигнутые нами показатели сложно рассматривать как эталон или пример для тиражирования, поскольку в условиях значительно большего количества пациентов результаты, возможно, были бы другими.

А секрета тут никакого нет. Во-первых, мы приняли решение: одна палата — один пациент. Поэтому у нас было всего 100 мест в линейных отделениях и еще 24 — в отделении реанимации и интенсивной терапии. При этом постарались максимально задействовать весь медперсонал, поэтому соотношение количества врачей и пациентов было высоким. Неоценимую поддержку оказал факультет фундаментальной медицины МГУ — сотрудники, студенты, ординаторы, аспиранты, с которыми мы стали единой командой и трудились вместе, выхаживая пациентов.

Второй, тоже очень важный, фактор успеха заключается в том, что с самого начала мы критически пересмотрели практически все российские и международные рекомендации по лечению пациентов с новой коронавирусной инфекцией и разработали собственный протокол медицинского центра МГУ. В ходе нашей деятельности он неоднократно модернизировался, пока не достиг того идеала, который мы и использовали в нашей клинике. Это, наверное, стало наиболее существенным вкладом в полученные результаты лечения *COVID-19*, которые действительно очень многих удивили и продолжают удивлять до сих пор.

Следующим важным фактором стали консилиумы ведущих специалистов нашего медицинского центра, которые проводились каждый день, вне зависимости от того, рабочий он, выходной или праздничный. Мы обсуждали и принимали индивидуальные решения по тактике обследования и лечения наиболее тяжелых пациентов в линейных отделениях, а также всех больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, стараясь выбрать тот единственный путь, пройдя который, больной полностью выздоравливает.

— Чья это была инициатива?

— Нашего директора, академика А.А. Камалова, и эта инициатива во многом предопределила наш успех. Кроме того, в самом начале функционирования нашей клиники в качестве ковидного госпиталя было принято важное решение о максимальном делегировании полномочий руководителям линейных клинических отделений. Как я говорил, их у нас было четыре, и каждый заведующий на это время фактически стал директором своего обособленного подразделения. Более того, при восьмичасовом посменном режиме работы руководители отделений каждый день лично обеспечивали преемственность лечения больных, координируя передачу информации от уходящей смены к заступающей на дежурство. Такой непрерывный контроль целостности лечебного процесса оказался крайне полезен.

Были и другие важные факторы. Это, безусловно, наша радиологическая служба, уникальная в отношении как диагностических систем, так и замечательных специалистов, которые в круглосуточном режиме предоставляли нам всеобъемлющую информацию о состоянии пациентов. При этом мы использовали программное обеспечение, разработанное в МГУ, позволяющее с высокой точностью рассчитать характер и степень поражения легочной ткани.

И, конечно, очень помогала наша клиническая лаборатория. Мои американские друзья до сих пор не верят, что результаты анализа крови на интерлейкин-6 мы получали менее чем за час, а генетического исследования на наследственную тромбофилию — на следующий день. У них это порой занимало дни и недели. А ведь это очень важно, особенно в нынешних условиях, когда врачам было сложно проводить привычное обследование пациентов. Будучи облаченным в средства индивидуальной защиты, в двух парах перчаток и массивных очках проводить физикальное обследование, даже просто выслушивать легкие, невозможно.

— Сколько человек вам не удалось спасти?

— Из 424 человек, к сожалению, нам не удалось сохранить жизни четверых пациентов.

— Это менее одного процента, в то время как в других стационарах показатель смертности составляет 12-15%. Невероятно.

— Не хотел бы сравнивать нас с другими медицинскими учреждениями. Я знаю, что все выкладывались по максимуму. Но вот эти особенности, о которых я сказал, сыграли важную роль. Университетская клиника — это не обычный госпиталь, помимо лечебной работы она выполняет другие важные задачи — ведет исследования и учит студентов, ординаторов и дипломированных специалистов. По сути, во всем мире университетские клиники — это ориентир, маяк, позволяющий здравоохранению двигаться в верном направлении даже в шторм.

— Знаю, что смертность на ИВЛ, которая в других учреждениях превышала 80%, у вас составила меньше 15%. Как это возможно?

— Наше отделение реанимации и интенсивной терапии совершило настоящее чудо. Например, были пациенты, которые находились на искусственной вентиляции легких по нескольку недель и при этом, как я сказал, они получали глюкокортикоидные гормоны, значительно увеличивающие вероятность вторичных бактериальных инфекций. Но у нас не было практически ни одного случая так называемой вентилятор-ассоциированной пневмонии даже у пациентов с тяжелым поражением легких, полиорганной недостаточностью, серьезными сопутствующими заболеваниями.

— Чудо — это, конечно, хорошо, но можно ли дать всему этому феномену научное объяснение?

— Конечно. Главное — мы сумели избежать нескольких принципиальных ошибок, допущенных во всем мире при лечении *COVID-19.* Одна из них заключалась в том, что делался упор на

искусственную вентиляцию легких и мощные антицитокиновые препараты. Подготовленность клиник к лечению больных оценивалась по количеству имеющихся аппаратов ИВЛ, при этом почти не проводилось лечение пациентов в более или менее стабильном состоянии с целью предотвращения той степени дыхательной недостаточности, когда им потребуется искусственная вентиляция легких.

Мы пошли совершенно другим путем — активно лечили пациентов в линейных отделениях, чтобы не допустить развития выраженной дыхательной недостаточности. Именно поэтому у нас в клинике было относительно небольшое количество больных, которым потребовалась искусственная вентиляция легких. Если же она все-таки требовалась, мы старались максимально отсрочить интубацию трахеи и перевод больного на инвазивную искусственную вентиляцию легких, с которой часто связывают высокие показатели смертности.

Надо сказать, что дыхательная недостаточность, особенно в контексте острого респираторного дистресс-синдрома, — это очень тяжелое состояние со средней летальностью во всем мире от 20 до 30-35%. Поэтому первые сообщения о небывало высокой смертности, которые поступали из Китая, Италии, США, честно говоря, меня удивляли.

Сейчас, оглядываясь назад, я думаю, что это было связано вовсе не с особой тяжестью состояния этих пациентов и не с тем, что ИВЛ, как до сих пор считают многие, — опасная и жизнеугрожающая процедура, а скорее с тем, что, имея огромный наплыв действительно тяжелых пациентов, реаниматологи просто не справлялись с обеспечением оптимальных параметров вентиляции.

Искусственная вентиляция легких — это очень сложная, высокотехнологичная процедура, требующая помимо аппарата ИВЛ еще и специалиста, который управляет этим аппаратом. Это очень важно — вовремя менять режимы, постоянно адаптируя их к клинической ситуации. Мне кажется, что мы и в этом плане смогли достичь нужного баланса. А кроме этого каждый пациент, особенно длительно находящийся на ИВЛ, получал необходимый уход — это и санация трахеобронхиального дерева, и антибактериальная терапия, и постоянные изменения настройки аппарата ИВЛ, и многокомпонентная вспомогательная терапия.

— Так вы не считаете, что ИВЛ убивает пациентов?

— Конечно же нет. Искусственная вентиляция легких — это метод спасения, а никак не убийства. Еще древние врачи говорили, что одно и то же средство может быть и лекарством, и ядом в зависимости от того, как его применять. ИВЛ — это процедура, которая спасает жизнь. Более того, практически у всех пациентов, которым выполняют серьезные хирургические вмешательства, искусственная вентиляция легких — часть анестезиологического пособия. Они же не умирают.

Другое дело, когда имеется тяжелое поражение легких и развивается уже ставший притчей во языцех цитокиновый шторм.

Тогда результаты лечения ухудшаются, но совсем не по причине использования ИВЛ, а потому что это состояние само по себе имеет крайне серьезный прогноз. Ведь искусственная вентиляция легких неспособна устранить системное воспаление или цитокиновый шторм, она лишь на время заменяет функцию легких, как мы говорим, протезирует их функцию, давая организму время и силы справиться с болезнью.

— Симон Теймуразович, вы говорите, что достаточно быстро смогли подобрать схемы лечения, отличные от тех, которые рекомендовали ВОЗ или Минздрав. Как вам это удалось?

— Я уже упоминал некоторые серьезные ошибки, которые, как мне кажется, были допущены повсеместно. Еще одна из главных ошибок заключалась в том, что основной акцент в лечении новой коронавирусной инфекции делался на борьбу с вирусом. При этом мы все прекрасно понимаем, что до сих пор никакой доказанной противовирусной терапии в отношении коронавируса *SARS-CoV-2* не существует. Это привело к ложному впечатлению, что раз мы не можем уничтожить вирус, то мы не можем вылечить пациента. А многие так думают и до сих пор, зациклившись на поисках способов борьбы с вирусом. С этой целью перепробованы практически все препараты, которые когда-либо использовались для лечения заболеваний, вызываемых РНК-вирусами. Это и лекарства, которые мы используем для лечения инфекций,

вызванных вирусом иммунодефицита человека, практически сразу показавшие полное отсутствие какой-либо эффективности. При этом они имеют большое количество побочных эффектов и межлекарственных взаимодействий, которые затрудняют применение многих других видов терапии. Это и препараты против вируса гриппа, в частности ингибиторы нейраминидазы, которые использовались и используются до их пор, также при полном отсутствии эффекта в отношении коронавируса *SARS-CoV-2.* Непонятно, зачем?

— Видимо, многие думали, что раз такие препараты действуют на РНК-вирусы, то они могут сработать и в этом случае.

— Действительно, *SARS-CoV-2* — тоже РНК-вирус, но он совсем не похож на другие вирусы. То, что все они относятся к РНК-содержащим вирусам, еще ничего не значит. Даже РНК-зависимая РНК-полимераза, на блокирование которой направлен один из активно изучаемых сейчас препаратов, у каждого вида вируса разная и зависит от его генотипа. Поэтому мне сложно представить, что препарат, который препятствует, например, репликации вируса Эбола, будет эффективным при коронавирусной инфекции, вызванной вирусом с совершенно иной структурой рибонуклеиновой кислоты.

— То есть вы решили не применять противовирусные препараты?

— Да, мы отказались от них почти сразу. Почему? Во-первых, если вспомнить другие вирусные инфекции, гораздо более тяжелые и опасные, чем коронавирусная: корь, вирусный энцефалит, полиомиелит, — то мы ведь не лечим их противовирусными препаратами. Мы лечим само заболевание. Зачем же «гоняться с молотком» за этим вирусом? Мы решили: да, причина заболевания — вирус, но мы будем лечить людей. Этому тезису сотни лет, формулировали его и Авиценна, и Гиппократ, и знаменитый выпускник Московского университета М.Я. Мудров, и звучит он так: «Надо лечить не болезнь, а больного». Поэтому у нас практически не было пациентов, которым назначали противовирусную терапию, за исключением тех, кто был включен в клиническое исследование по фавипиравиру.

Во-вторых, мы сразу поняли, что *COVID-19* — это не болезнь органов дыхания, а системное заболевание.

— Иначе говоря, то, что *COVID-19* долгое время считался проблемой исключительно дыхательной системы, тоже было ошибкой?

— Да, это так. Нам довольно быстро стало понятно, что это системное заболевание, не локализующееся только в легких. Мы знаем довольно много об атипичной пневмонии 2002-2003 гг., которая тоже вызывалась коронавирусом *SARS-CoV-1.* Это очень близкий родственник современного коронавируса. Уже установлено, через какие рецепторы эти вирусы попадают в клетки органов-мишеней. Соответственно, раз эти рецепторы расположены на клетках легочного эпителия — альвеолоцитах второго типа, то будут поражаться легкие. Рецептором же выступает белок, который называется «ангиотензин-превращающий фермент 2». Нам, кардиологам, он хорошо знаком и привычен. Он расположен практически на всех клетках сердечно-сосудистой системы. Поэтому вирус имеет способность повреждать как кровеносные сосуды, так и напрямую сердечную мышцу. Примерно 15-20% (по некоторым данным, 25%) пациентов с *COVID-19* переносят острый миокардит — крайне тяжелое осложнение системной вирусной инфекции. Третий орган-мишень — это почки. Почечная недостаточность также представляет собой очень серьезное осложнение, иногда дело доходит до необходимости применения заместительной почечной терапии — гемодиализа. У нас такие пациенты тоже были. В наиболее тяжелых случаях функция почек утрачивается безвозвратно, поэтому им требуется хроническая заместительная почечная терапия.

Таким образом, оказалось, что *COVID-19* — это не болезнь дыхательной системы, а скорее болезнь кровообращения: сердечнососудистой системы и системы свертывания крови. Исходя из всего этого, мы поняли, что должны лечить острое системное воспалительное заболевание, сопровождающееся поражением кровеносных сосудов и васкулитом. А васкулит — это всегда тромбоз и нарушение перфузии органов. Значит, нужна противовоспалительная и антикоагулянтная терапия. Мы получили эти данные не в результате клинических исследований, а просто проанализировали то, что было известно уже давно.

— Вы сказали о применении нестероидной противовоспалительной терапии. А ведь многие специалисты до сих пор считают, что ибупрофен может приводить к гибели таких пациентов.

— И это еще одна ошибка. Скорее какая- то нелепость, на мой взгляд. Началось все с Франции, а потом ВОЗ тоже это подхватила, заявив, что пациенты должны получать парацетамол и не получать нестероидные противовоспалительные препараты, в первую очередь ибупрофен. Мы и это положение с самого начала поставили под сомнение. Нашей целью была борьба с системным воспалением, где этим препаратам отводится важная роль. А потом мы решили пойти еще дальше и практически сразу стали использовать еще более сильные противовоспалительные средства — глюкокортикостероиды, или стероидные гормоны, как мы их еще называем. Тут у нас несколько основных препаратов — преднизолон, метилпреднизолон и дексаметазон, которые подавляют системное воспаление и способны предотвращать развитие цитокинового шторма. Мы не изобретали ничего нового, не придумали новое лекарство или технологию. Мы просто решили рационально подойти к вопросу борьбы с воспалением и вместо неэффективной этиотропной, то есть противовирусной, терапии использовали патогенетическую терапию, направленную на восстановление нарушенных в результате болезни физиологических процессов и механизмов.

— Очень много было использовано антибиотиков во время этой эпидемии. Всегда ли оправданно?

— С антибиотиками отдельная история. Действительно, было море антибиотиков, и проблема бактериальной резистентности, уже сегодня довольно непростая, значительно усилится через несколько лет. Поэтому мы старались, насколько было возможно, ограничивать применение антибиотиков и не использовать их без четких указаний на наличие бактериальной инфекции.

— Знаю, вы еще использовали препарат колхицин, о котором тоже много разговоров.

— Да, сейчас его используют почти во всем мире. Мы давно его применяем у пациентов с острыми приступами подагры, для лечения острых перикардитов. А в прошлом году на конгрессе Американской кардиологической ассоциации были представлены совершенно удивительные данные о том, что колхицин за счет противовоспалительного эффекта может снижать смертность и вероятность повторного инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца. Это серьезный противовоспалительный препарат. И мы подумали: почему бы нам не использовать колхицин в качестве противовоспалительной терапии для стабильных пациентов с *COVID-19*, чтобы они не стали нестабильными? Вопрос же не в том, как лечить тяжелых пациентов, а прежде всего в том, как лечить 80% заболевших людей, чтобы они не перешли в те 20%, которым требуется серьезная, дорогая, очень тяжело переносимая и не везде доступная терапия. И вот мы сконцентрировались на этих 80% больных, включая амбулаторных пациентов.

— Скажите, не было ли у вас неприятностей из-за того, что вы ввели самостоятельные схемы лечения и не стали следовать рекомендациям Минздрава или ВОЗ?

— Рекомендации Минздрава — это же не приказ. Это очень важный, хороший документ, но какие у меня к нему претензии? Во-первых, он слишком объемный. Руководителю инфекционного отделения довольно непросто внимательно изучить этот большой, сложный документ, чтобы разобраться в том, как лечить пациентов. А наш протокол занимает всего две страницы. Это предельно конкретный алгоритм, из которого ясно, как лечить того или иного больного. И он даже в первых своих версиях включал противовоспалительную и антикоагулянтную терапию у всех пациентов.

Открою еще один секрет. Почему мы почти сразу обратились к гормонам? Да просто потому, что у нас в какой-то момент не было никаких других подходящих препаратов. Хотя мы и университетская клиника МГУ, но испытывали определенные трудности с лекарственным обеспечением, поскольку тот же тоцилизумаб, про который все говорили, у нас отсутствовал.

— Это ситуация, про которую говорят: голь на выдумки хитра.

— Именно так. Поначалу мы, как и все, очень боялись, не знали, что будет. Когда к нам начали поступать больные, некоторые думали, что вот он, конец света. Каждого пациента на первых консилиумах обсуждали по полчаса, волновались, спорили. А на последних консилиумах мы уже

смеялись, шутили над самими собой в начале этого пути, радовались тому, что разгадали секрет лечения болезни, вызываемой этим вирусом. Оказалось, что вирус не коварный, не секретный, не ужасный. Просто надо понять, как он действует, и, соответственно, помешать ему.

— И в чем же секрет этого вируса?

— В том, что он для нас новый, и в том, что мы не знали, какие изменения в организме он вызывает.

— Симон Теймуразович, как чувствуют себя ваши сотрудники?

— У нас 18 человек заболели, включая заместителя директора по лечебной работе и заведующего отделением реанимации. Некоторым даже понадобилась госпитализация. Мы никого не потеряли, и, к счастью, уже можно сказать, что все самое страшное позади. Но тема все равно очень больная, потому что погибло большое количество моих коллег. В том числе мой близкий друг, профессор Маурицио Гальдеризи из Неаполитанского университета им. Фридриха II, который имел все права оставаться дома по возрасту, но принял решение лечить пациентов и, к сожалению, сам не справился с болезнью. Великий кардиолог, большой ученый и великолепный учитель. В Италии вообще умерло очень много врачей, причем первый удар на себя приняли именно мои коллеги кардиологи. Дело в том, что первые случаи заболевания сопровождались непонятными ощущениями в груди, одышкой, у части пациентов повышением кардиоспецифических маркеров крови, что побуждало врачей скорой помощи заподозрить острое нарушение коронарного кровообращения, то есть, говоря простым языком, острый инфаркт миокарда. Этих пациентов доставляли в отделения неотложной кардиологии, где еще никто не знал, что это начинающаяся эпидемия коронавирусной инфекции. Поэтому врачи никак не защищались. Мы в нашей стране тоже потеряли большое количество медицинских работников, не только врачей. Это, конечно, очень больно.

Сейчас повсюду висят фотографии врачей со словами «Спасибо, доктор!» Их печатают в прессе, показывают по телевизору. Врачи внезапно стали героями, их благодарят, вручают награды. Но врачи не стали героями, они всегда ими были, просто этого никто не замечал. Есть надежда, что нынешнее испытание вернет медикам надлежащий социальный статус.

— На сайте Медицинского центра МГУ выложены ваши схемы лечения для среднетяжелых, тяжелых и для легких амбулаторных пациентов. Ни одно другое лечебное учреждение такого не сделало. А для чего это сделали вы?

— Ох, сколько мы наслушались на эту тему... Спектр реакций был довольно широкий — от удивления до осуждения. Почти все ведущие университеты США и Европы разработали и опубликовали свои протоколы, чтобы всем было понятно, как там лечат. Мы тоже показали, к чему пришли в результате нашей деятельности. Это важно! Мы продемонстрировали инструмент, с помощью которого добились действительно прекрасных результатов. Многие доктора использовали и используют этот протокол, и не только в нашей стране, потому что он работает. В нем можно найти принципы лечения больных, о которых в официальных рекомендациях мало что сказано, в первую очередь амбулаторных пациентов и, что наиболее важно, выписываемых после лечения. В стационаре они получают высокие дозы антикоагулянтов, а в какой- то момент эту терапию прекращают и их отпускают домой. У них могут быть серьезные проблемы со свертывающей системой крови. Мы же всех наших пациентов сопровождали довольно длительной антикоагулянтной терапией. И в нашем протоколе эти схемы тоже прописаны.

— А за что же вас осуждали?

— Скорее не понимали, как мы решились на разработку собственного протокола, когда есть официально утвержденный. Наверное, не всем очевидно, что окончательное решение всегда принимает лечащий врач. Ну и, конечно, проще рассуждать так: «Вот есть рекомендации, там все написано, так и буду лечить», чем немножко поразмыслить и понять суть заболевания. Мне в переписке грозили чуть ли не судебным разбирательством.

А еще было удивительно, что не все верили нашим результатам. Нас обвиняли в том, что мы отбираем более легких пациентов, проводим ИВЛ без показаний или, наоборот, что у них в отличие от нас слишком тяжелые пациенты, чтобы иметь хороший результат. Была масса каких-то нелепых или даже оскорбительных обвинений, которые я не хочу повторять.

На самом деле мы получали пациентов ровно таким же способом, как и другие учреждения в Москве, — по скорой помощи, причем не только из близлежащих районов, а со всего города. Более того, схема маршрутизации Департамента здравоохранения предполагала госпитализацию в федеральные учреждения только тяжелых пациентов. Так что никакой селекции у нас не было.

— Как вы думаете, какие самые важные уроки из этой истории мы должны извлечь?

— У этой пандемии будет очень много последствий — медицинских, демографических, социальных, экономических, психологических. Страх, который нагнетался и до сих пор продолжает нагнетаться, привел к панике и дестабилизации психического состояния многих людей, включая врачей. Поэтому главный урок, который надо извлечь, — не сходить с ума. Великий врач, один из основоположников современной медицины, сэр Уильям Ослер, основавший учение об инфекционном эндокардите, произнес чудесную фразу: «Лучшие дезинфицирующие средства — это вода, мыло и здравый смысл». Она очень подходит к нынешней ситуации. Так что нельзя терять здравый смысл.

— Но ведь и забывать о смертельной опасности болезни тоже нельзя.

— Конечно! Но паника во многом усугубляла течение заболевания. Есть такое выражение: «Страх не останавливает смерть, страх останавливает жизнь». Вот в этом смысле жизнь многих людей была парализована страхом, причем непонятно чего.

Второй урок: человек при всем кажущемся могуществе оказался совершенно беззащитен перед крошечным, невидимым даже в обычный микроскоп вирусом. А ведь это не последняя пандемия. Пандемии были, есть и будут. Поэтому мы должны продолжать исследования, и только наука — настоящий двигатель прогресса. И только она — это самое главное — спасет человечество.

Наука — это возможность находить правильные ответы на правильные вопросы.

Давайте вспомним, какие вопросы задавались и задаются во время нынешней пандемии. Искусственный ли вирус? Нужно ли носить маски? Будет ли вакцина? Можно ли заразиться повторно? И т.д. Но крайне редко звучал главный вопрос: как лечить заболевших людей? А ведь это один из главных вопросов. Именно его мы сами себе и задали. И нашли ответ.

— Во время эпидемии мы столкнулись с отказом в плановой помощи многим, в том числе кардиологическим пациентам. Как думаете, это принесет свои горькие плоды?

— Это важный вопрос. Действительно, в Москве практически все больницы были перепрофилированы под *COVID-19,* и плановые стентирования, абляции и другие процедуры выполнялись в крайне небольшом количестве, потому что не позволяла эпидемиологическая обстановка.

И что мы видим? Ничего катастрофического пока не произошло. Мы, кардиологи, знаем довольно давно: почти все выполняемые нами инвазивные процедуры (скажем, абляция устьев легочных вен при фибрилляции предсердий или стентирование коронарных артерий при стабильной ишемической болезни сердца) только в очень редких случаях могут повлиять на прогноз заболевания, а в подавляющем большинстве они не снижают смертность или вероятность инфаркта. Тогда появилась теория, что они улучшают качество жизни. Но уже есть достаточно много исследований, показавших, что и качество жизни они не очень улучшают.

Сейчас мы видим, что три месяца эти процедуры практически не выполнялись, — и что? И ничего. Мы каждый год увеличиваем количество стентирований, коронарных шунтирований, абляций и т.д., но смертность не снижается. А ведь смертность от болезней системы кровообращения в России — это половина всей смертности, причем почти две трети в ней от ишемической болезни сердца. И выходит, что мы лечим все активнее, все дороже, все агрессивнее и все высокотехнологичнее, а негативная статистика почти не меняется. Поэтому мне кажется, что произойдет очень серьезный пересмотр лечения пациентов с заболеваниями системы кровообращения во всем мире. И это еще один важный урок нынешней эпидемии.

Беседовала Наталия Лескова