

Подкаменный В.А. Состояние хирургической помощи больным ишемической болезнью сердца в Иркутской области

Аналитическая записка

Анализ проведен на основании данных ежегодных отчетов Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова (с 2018г Е. Б. Милевская) «Сердечно-сосудистая хирургия» по материалам Профильной комиссии МЗ РФ и ежегодных отчетов ГБУЗ ИОКБ.

Последний отчет Профильной комиссии опубликован в ноябре 2019 года и анализирует данные 2018 года. Поэтому основные показатели, которые анализируются в данной записке, относятся к 2018 году. Результаты работы в 2019 году будут опубликованы в ноябре 2020 года.

Начиная с 2008 года, это шестая аналитическая записка о состоянии хирургической помощи в Иркутской области, которая передается руководству здравоохранением.

Согласно ежегодному отчету Профильной комиссии МЗ РФ о состоянии кардиохирургической помощи в РФ, в 2018 году среди 110 клиник в РФ, где выполняются операции коронарного шунтирования (КШ), Иркутская область по количеству выполненных операций КШ занимает 21 место. Впереди в списке по количеству выполненных операций находятся Федеральные центры сердечно - сосудистой хирургии, клиники НИИ, кардиологические диспансеры и только 3 клинических больницы: ККБ №1 г. Краснодар, ОКБ №1 г. Екатеринбург и ОКБ №1 г. Воронеж.

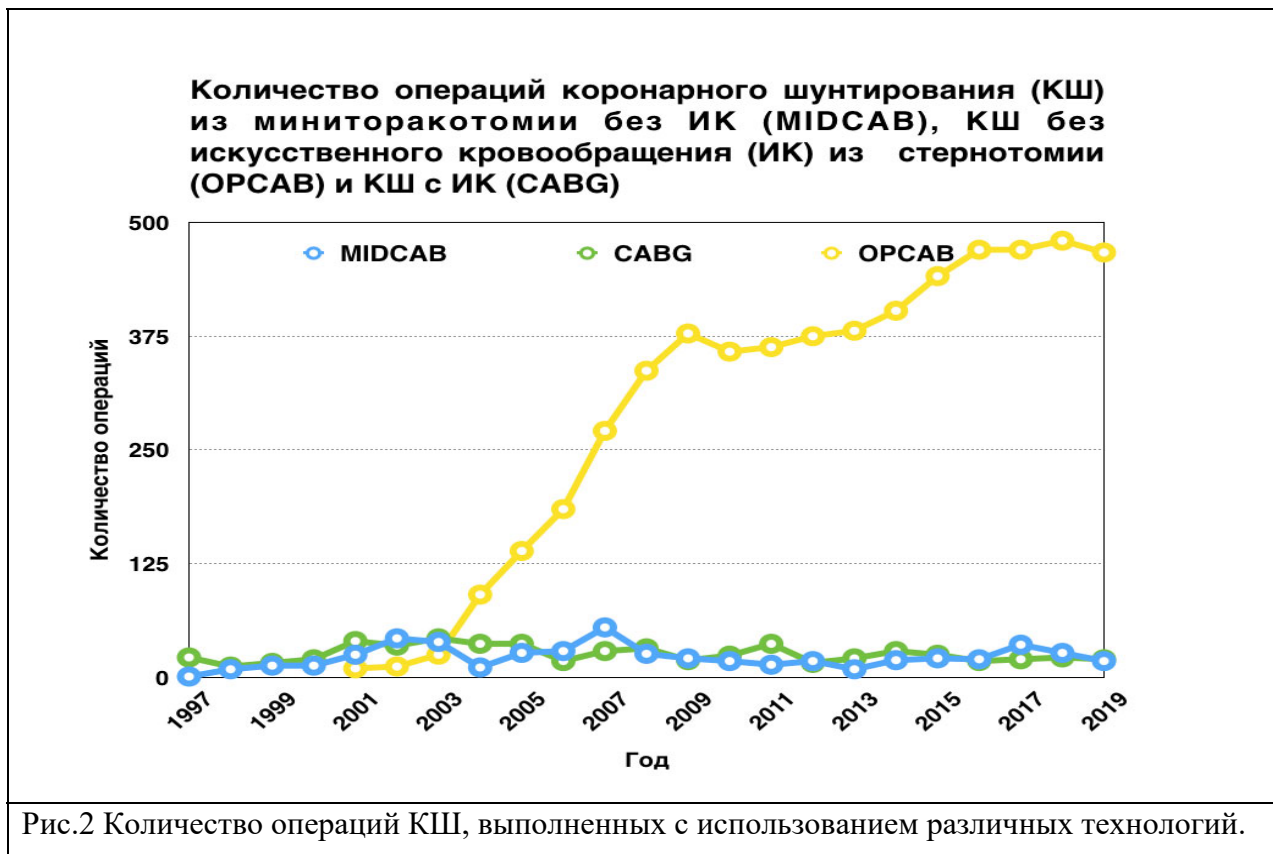
При этом, по количеству операций КШ, выполняемых без искусственного кровообращения (ИК) на работающем сердце, Иркутская область традиционно занимает второе место среди всех кардиохирургических клиник в РФ, уступая по этому показателю только Федеральному центру сердечно - сосудистой хирургии г. Астрахань.

На рис 1 представлена динамика количества операций КШ, выполненных в Иркутской области с 2004 по 2019 год.

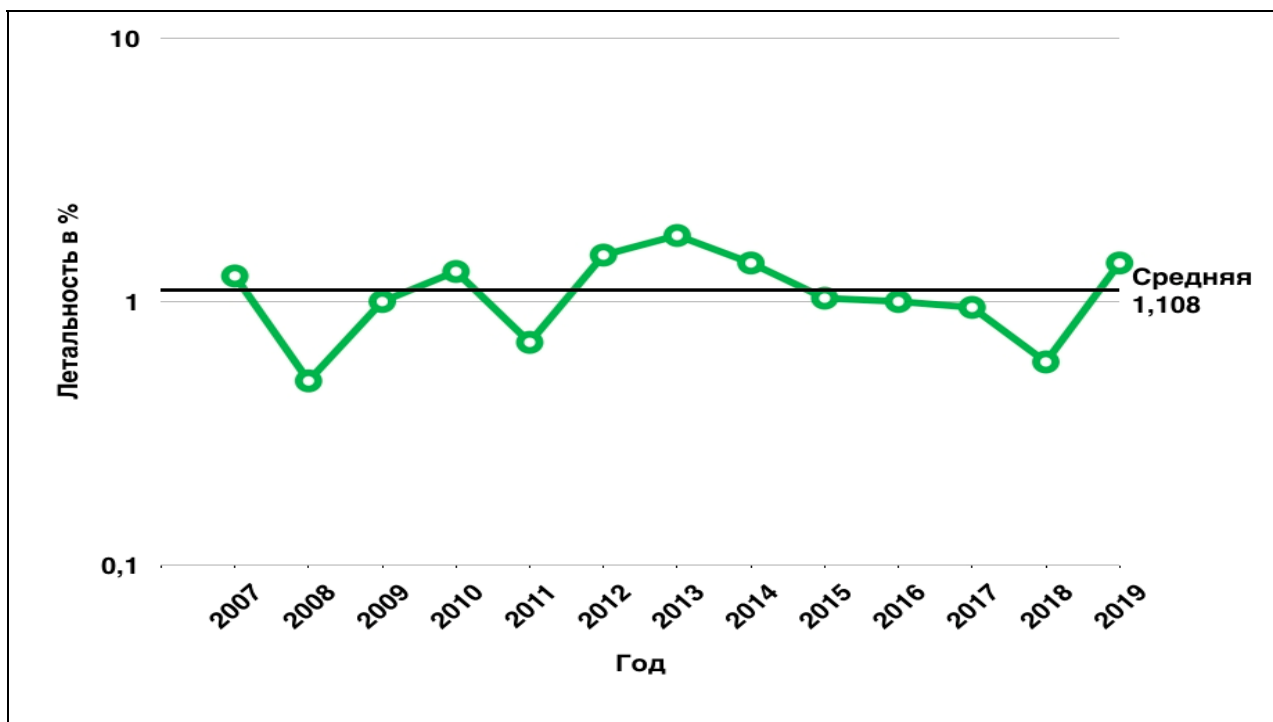


До 1997 года операции КШ выполнялись только с ИК. Начиная с 1997 года, наряду с операциями с ИК, в отделении выполняются операции без ИК на работающем сердце. С 1997 года на работающем сердце КШ выполняется из левосторонней миниторакотомии (MIDCAB), а с 2001 года – доступом из срединной стернотомии (OPCAB).

На рис.2 представлена динамика по годам количества операций КШ с использованием различных технологий. Согласно представленному графику в настоящее время основной операций, которая выполняется в отделении и обеспечивает рост количества операций, является КШ из стернотомии без ИК (OPCAB). Операции КШ с ИК и операции КШ из миниторакотомии устойчиво составляют от 7 до 10% от общего количества операций.



По данным Л.А. Бокерия, послеоперационная летальность при КШ в РФ в 2018 году составила 1,74% (в 2015 году -1,86%).



В таблице 3 представлена динамика послеоперационной летальности при операциях КШ в Иркутской области за последние 13 лет. Средние показатели послеоперационной летальности за 13 лет составили 1,1%.

При углубленном анализе, состояние хирургической помощи больным ИБС в Иркутской области выглядит не столь благополучно и вызывает ряд вопросов.

Важным показателем является показатель количества операций, выполненных на 1 млн. населения. Это позволяет оценить степень охвата населения данным видом помощи.

По данным Государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы», на 1 января 2012 года численность населения Иркутской области составила 2424400 человек.

На рис. 4 в динамике с 2009 года представлены данные по показателю количества операций КШ на 1 млн. населения в Иркутской области и РФ.



Начиная с 2009 года по показателю количество операций КШ на 1 млн. населения Иркутская область отстает от среднего показателя по РФ. Максимальное отставание отмечалось в 2013 году и составило 30%: при необходимых 586 операциях выполнено 410. За последние годы ситуация улучшилась. В 2018 году разница между показателями по РФ

и в Иркутской области составила 15%. Чтобы достичь среднего показателя по РФ, в Иркутской области необходимо выполнять не менее 600 операций в год.

До настоящего времени, для оказания хирургической помощи больным ИБС в Иркутской области имеется только одна операционная, развернутая в ИОКБ. К 2009 году достигнут максимум количества операций, который разумно возможен при наличии одной операционной. С 2009 года ежегодно выполняется от 400 до 500 операций. При наличии 240 рабочих дней для этого необходимо выполнять ежедневно 1,8 – 2,08 операций. С учетом отпуска медперсонала и неплановых отмен операционных дней, фактически, ежедневно выполняется 2 - 3 операции. Это стало возможным благодаря выполнению операции без ИК, так как экономится до 1-1,5 часа на каждой операции.

При необходимости увеличения количества операций до среднего показателя по РФ или выполнения большего числа операций, согласно возрастающей потребности в хирургическом лечении, одной операционной недостаточно.

Количество операций КШ диктуется потребностью, которая определяется количеством выявленных больных, нуждающихся в хирургическом лечении. Это число определяется количеством выполненных диагностических коронарографий (ККГ). Таким образом, «охват» хирургической помощью больных ИБС напрямую зависит от первичной диагностики или от количества выполненных диагностических ККГ. Учитывая отсутствие в Иркутской области очередности на операцию КШ (лист ожидания составляет не более одной недели) и при этом отставание от средних показателей по количеству операций на 1 млн. населения, можно сделать вывод о недостаточном количестве выполняемых ККГ.

На рис. 5. представлена динамика количества диагностических ККГ, выполненных в Иркутской области с 2005 по 2019 год. Согласно этим данным, количество ККГ с 2014 года остается в пределах 3500.

По количеству выполненных ККГ Иркутская область значительно отстает от соседних регионов. В 2015 году в Иркутской области выполнено 3129 исследований. В том же году в РКБ г. Улан-Удэ, при меньшем в 2 раза численности населения, выполнено 3580 исследований, а в ККБ г. Красноярска, представляющей аналог ИОКБ, - 8950 диагностических ККГ.

В отчете Профильной комиссии МЗ РФ отмечается, что в РФ с 2000 года по 2015 год наблюдается 20- кратное увеличение количества ККГ на 1 млн. жителей. Несмотря на это, РФ значительно отстает от показателей стран Европы и США.



Рис. 5. Количество диагностических коронарографий, выполненных в Иркутской области с 2005 года по 2019 год.

На рис.6. представлена сравнительная динамика по показателю количество диагностических ККГ на 1 млн. населения в Иркутской области и РФ.

По этому показателю Иркутская область не соответствует среднему показателю по РФ. Начиная с 2010 года, разрыв между показателями Иркутской области и средним показателем по РФ постоянно растет. Если в 2010 году он составлял 22 %, то в 2018 году отставание от средних показателей по РФ увеличилось и составило 49,9%.

Таким образом, доступность диагностической ККГ для больных ИБС в Иркутской области почти в 2 раза хуже, чем в среднем по РФ.

Если детально разбираться в структуре выполненных ККГ, то ситуация оказывается еще хуже. Доля диагностических ККГ у больных с хронической ИБС составляет одну треть. В 2015 году первичная диагностическая ККГ у больных с хронической ИБС составила 34% (1065 исследований), в 2016 году – 32,2% (1061 из 3237), а в 2019 году - 35% (1237 из 3492).



Рис.6. Количество диагностических коронарографий на 1 млн. населения в Иркутской области и РФ.

ККГ в настоящее время выполняется в 3 лечебных учреждениях области. Основная часть ККГ выполняется в ИОКБ. Второй год ККГ выполняется в г. Братске и полгода – в городской больнице №1 г. Иркутска. Общее количество исследований в этих учреждениях не превышает 200 в год и поэтому пока не влияет на ситуацию.

В ИОКБ имеется два диагностических комплекса, что позволяет рассчитывать на увеличение количества исследований. Ограничением для выполнения большего числа ККГ является коечный фонд, который составляет 60 коек кардиологического отделения. В областных и краевых больницах других регионов, соответствующих ИОКБ по коечному фонду, развернуто от 90 до 120 кардиологических коек. При этом, отделения, выполняющие плановую работу и оказывающие экстренную помощь больным с острым коронарным синдромом (ОКС), административно разделены.

Разделение потоков больных с хронической ИБС и ОКС на протяжении последних 20 лет не только в мире, но и РФ не вызывает сомнения, и является обязательным условием эффективного оказания помощи больным ИБС. В 2004 году на мед. совете ИОКБ был поставлен вопрос о целесообразности оказания помощи больным с ОКС, и с этой целью административного разделения кардиологического отделения на плановое и отделение интервенционной кардиологии. За эти годы, несмотря на очевидность в

неэффективном оказании помощи плановым и экстренным больным в одном отделении, решение не реализовано.

Отделение кардиологии ИОКБ на 60 коек, что по современным требованиям является катастрофическим недостаточным, выполняет плановую работу по диагностике и лечению больных хронической ИБС, а также круглосуточную экстренную помощь больным с ОКС. Неравномерное и увеличивающееся с каждым годом поступление экстренных больных с ОКС затрудняет плановую работу отделения и увеличивает очередь на ККГ.

Динамическое наблюдение за составом больных в кардиологическом отделении показывает, что фактически 70% коечного фонда отделения занимают больные с ОКС, а это - жители города Иркутска. При этом для больных хронической ИБС, а это жители области и часть больных г. Иркутска, фактически остается 30% коечного фонда или 18 коек. При данном распределении коечного фонда доступность ККГ для больных хронической ИБС минимальна.

На протяжении последних лет лист ожидания на ККГ для больных Иркутской области составляет 6 – 7 месяцев. По данным на январь 2020 года очередь на плановую ККГ формируется на июнь 2020 года.

В Иркутской области организация сосудистых центров по программе оказания помощи больным с ОКС без дополнительных средств для увеличения коечного фонда привела к фактическому перепрофилированию отделения кардиологии ИОКБ в отделение экстренной помощи.

Длительный лист ожидания на ККГ нередко порождает отказ от выполнения исследования, выезд больных за пределы области для выполнения ККГ, случаи внезапных смертей и острого инфаркта миокарда, а также увеличение количества больных с многососудистыми поражениями коронарных артерий, высокий процент перенесенных острых инфарктов миокарда (ОИМ), повторных ОИМ, постинфарктного кардиосклероза с хронической сердечной недостаточностью.

Несмотря на успехи в лечении ОКС, ежегодное увеличение количества больных с ОКС объясняется минимальной доступностью для проведения своевременной диагностики и лечения больных хронической ИБС. В 2019 году количество больных с ОКС, которым выполнено экстренное стентирование коронарных артерий, составило более половины больных с плановыми вмешательствами (868 и 1387). По данным за 2018 год в СФО больные хронической ИБС составляют 2860,2 на 100 тыс. взрослого населения, а больные с нестабильной стенокардией и ОИМ соответственно 184,3 и 142,6, или 8,7%. Можно констатировать, что система оказания помощи больным ИБС в Иркутской области

направлена не на профилактическое лечение, а на лечение случившегося осложнения – острого инфаркта миокарда.

Все это является причиной высокой инвалидности, смертности от сердечно - сосудистых заболеваний и отрицательно влияет на показатели продолжительности жизни. При этом необходимо учитывать, что большинство больных ИБС являются мужчинами трудоспособного возраста. В отчете Профильной комиссии по сердечно - сосудистой хирургии министерства Здравоохранения РФ отмечается, что в 2015 году число умерших в трудоспособном возрасте по причине ИБС составило 46,45% всех случаев смерти от БСК. При этом в Иркутской области этот показатель в том же году в 1,5 раза выше среднего по РФ.

Дополнение

ККГ в настоящее время выполняется в 3 лечебных учреждениях области. Основная часть ККГ выполняется в ИОКБ. Второй год ККГ выполняется в г. Братске и полгода – в городской больнице №1 г. Иркутска. Общее количество исследований в городской больнице №1 незначительное и поэтому пока не влияет на ситуацию. В 2019 году в «КатЛабАнгара» г. Братска выполнено 1103 диагностических и лечебных вмешательств у 604 больных ИБС. Общее количество вмешательств в ИОКБ и «КатЛабАнгара» составило в 2019 году 4595 (3492 и 1103) или 1895,6 исследований на 1 млн. населения. Работа «КатЛабАнгара» направлена в основном на оказание помощи больным с ОКС. Поэтому из 499 ЧЭКВ в 2019 году только 30 выполнены больным с хронической ИБС (6%).

Заключение

Доступность в хирургической помощи больным ИБС в Иркутской области хуже, чем в среднем по РФ. Причины этого в основном носят организационный характер:

1. недостаточное число кардиологических коек, на которых возможно выполнение диагностической ККГ, и как результат этого - в 2 раза отставание от показателей РФ по количеству диагностических ККГ;
2. один операционный стол для выполнения операций коронарного шунтирования и как результат – отсутствие перспективы необходимого увеличения количества операций.

Предложения

1. учитывая, что смертность при ИБС составляет 24,8% всей смертности в РФ (данные 2018 года), уступая только смертности от травмы, значительное отставание Иркутской области от средних показателей РФ по количеству диагностических ККГ и количеству операций считать проблему лечения больных ИБС наиболее значимой для Иркутской области
2. разработать программу по развитию кардиологической и кардиохирургической помощи больным ИБС с указанием конкретных мероприятий, позволяющих ликвидировать отставание от средних показателей РФ
3. при организации помощи больным с ИБС принять во внимание, что система сосудистых центров, в задачи которых входит оказание помощи больным с ОКС, должна выстраиваться параллельно с существующей плановой помощью, не забирая ее ресурсы и не уничтожая путем вытеснения плановых больных
4. проблему профилактики и планового лечения ИБС в настоящее время невозможно решить без организационно - методического центра в виде кардиологического диспансера (самостоятельного или в составе ИОКБ) как структуры параллельной, но связанной общими задачами с сосудистыми центрами. Оптимальной формой диспансера является отделение плановой кардиологии, где выполняется плановая ККГ и эндоваскулярное лечение, отделение хирургического лечения ИБС, общая для них реанимация, операционный блок, консультативное отделение, отделение ККГ.
5. при невозможности решить проблему путем организации кардиологического диспансера:
 - в ИОКБ разделить потоки экстренных больных с ОКС и больных хронической ИБС путем организации отделений интервенционный кардиологии и отделения кардиологии
 - увеличить количество кардиологических коек в ИОКБ с 60 до 90 - 120
 - рассмотреть возможности ИОКБ для выполнения диагностической ККГ амбулаторно
 - при планировании финансирования хирургического лечения больных ИБС учитывать реальные цифры потребности, исходя из средних показателей по РФ

- выделить вторую операционную в ИОКБ для выполнения операций коронарного шунтирования

Врач сердечно-сосудистый хирург ГУЗ ИОКБ, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии ИГМАПО, заслуженный врач РФ

Подкаменный ВА

23.01.2020г