

Программа
развития кардиологической службы
города Иркутска

Болезни системы кровообращения (БСК) составляют почти половину (48%) первоначальных причин смертности населения Иркутска (рис. 1). От БСК в 2015 году умерло 3498 пациентов из 7312 всех умерших.

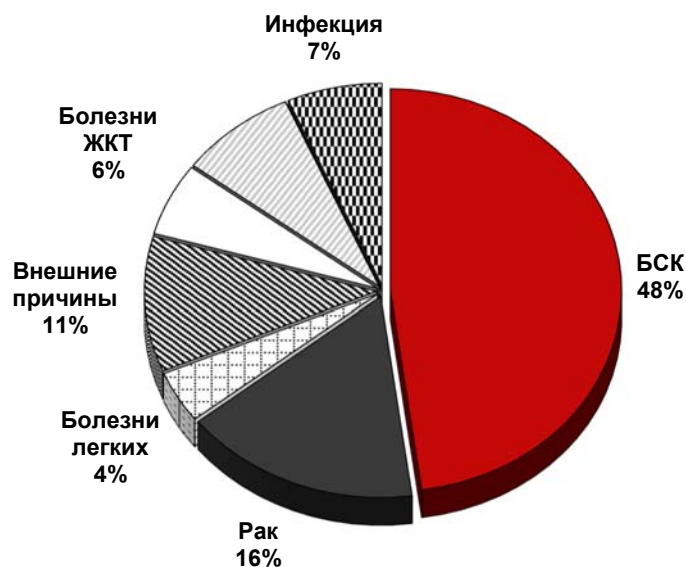


Рис. 1. Структура смертности населения Иркутска в 2015 году. ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, БСК — болезни системы кровообращения

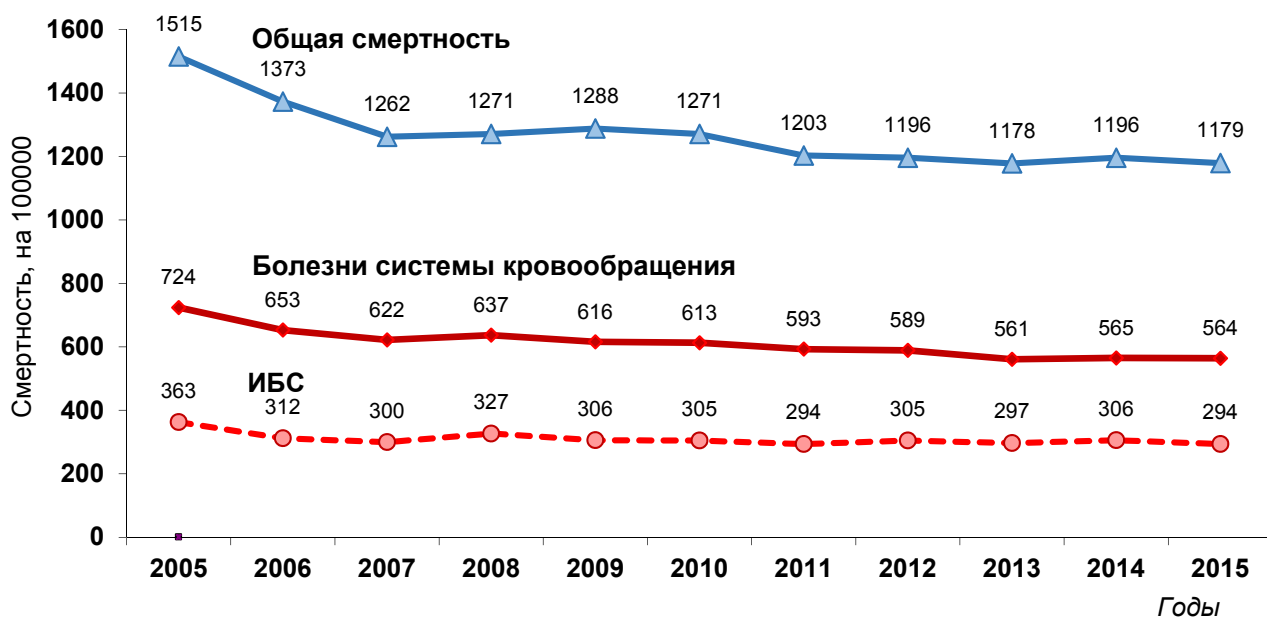


Рис. 2. Смертность населения Иркутска от основных причин за 2005–2015 годы

В течение последних лет снижение общей смертности замедлилось, а в 2013–2015 годах прекратилось (рис. 2). Такая динамика повторяет тенденции смертности от БСК и ишемической болезни сердца (ИБС).

Среди первоначальных причин смертности от БСК, установленных в свидетельствах о смерти, преобладают острые и хронические формы ИБС (рис.

2, 3). При этом почти четверть смертей пациентов после инсульта может быть связана с ИБС (Boysen G. et al., 2009).

Показатель смертности от ИБС в Иркутске почти в 3 раза превосходит уровень в США (103 на 100000 населения в 2013 году), в 1.6 раза — в Москве (191 на 100000 населения в 2015 году).

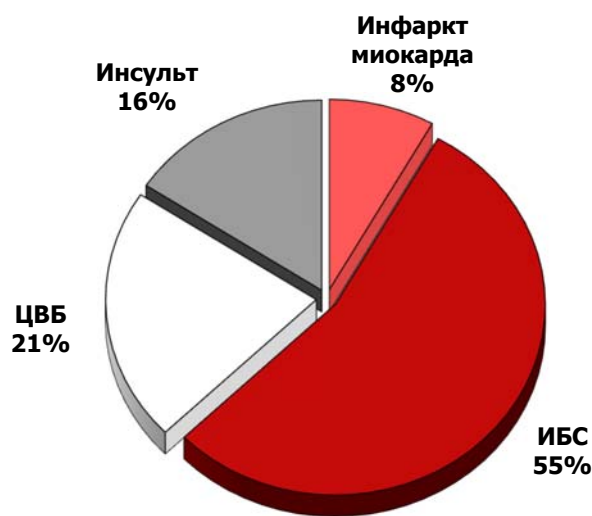


Рис. 3. Структура сердечно-сосудистой смертности. ЦВБ — цереброваскулярные болезни, ИБС — ишемическая болезнь сердца

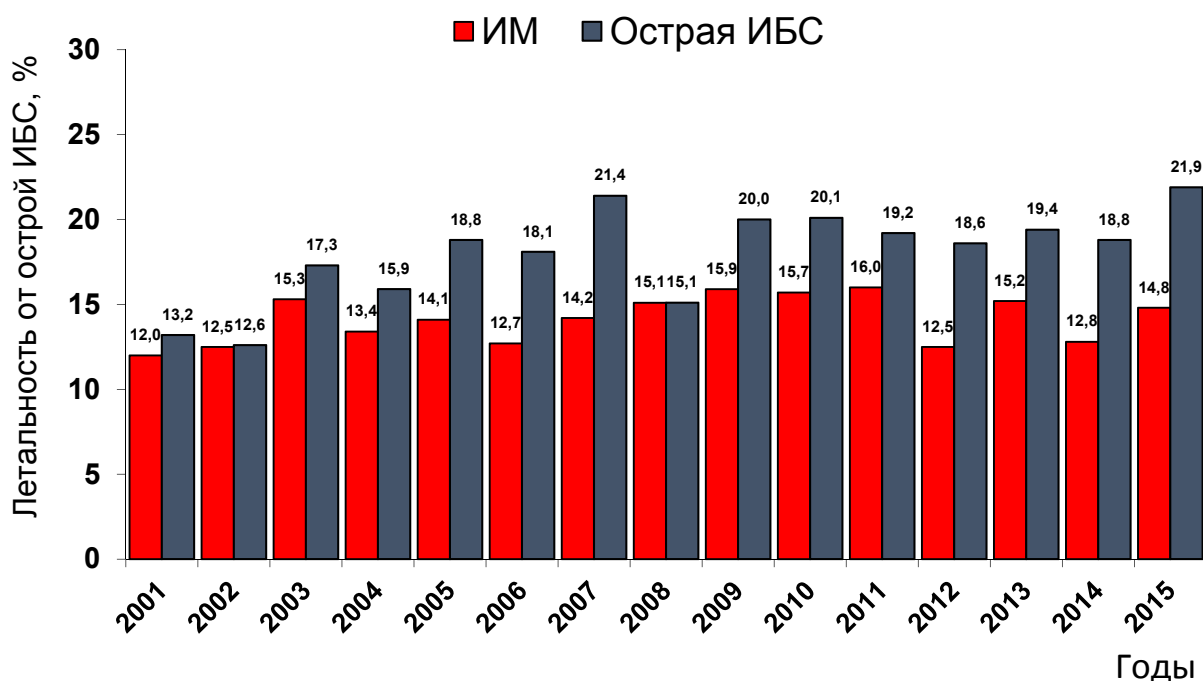


Рис. 4. Госпитальная летальность от инфаркта миокарда в Иркутске за 2001–2015 годы (форма №14)

Сохраняется высокая госпитальная летальность от инфаркта миокарда, которая практически не меняется в течение последних 15 лет (рис. 4). Наиболее

точно отражает госпитальную летальность показатель острых форм ИБС, включающий острый, повторный инфаркт миокарда и другие острые формы ИБС (в последние нередко переносят значительную часть летальных исходов).

Таким образом, смертность от ИБС вносит основной вклад в общую смертность и остается очень высокой, без существенного снижения в последние годы.

Современные возможности снижения сердечно-сосудистой смертности

Опыт многих стран, добившихся существенного снижения смертности от БСК, показывает, что основной вклад вносит первичная профилактика атеросклеротических заболеваний, включающая борьбу с основными факторами риска (артериальная гипертензия, курение, дислипидемия, низкая физическая активность) (рис. 5). У пациентов с уже имеющейся ИБС, включая пациентов, перенесших инфаркт миокарда, эффективный контроль факторов риска также существенно снижает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность.

Профилактика БСК должна в первую очередь включать методы социальной пропаганды здорового образа жизни, рекомендации по контролю факторов риска врачами амбулаторных учреждений.

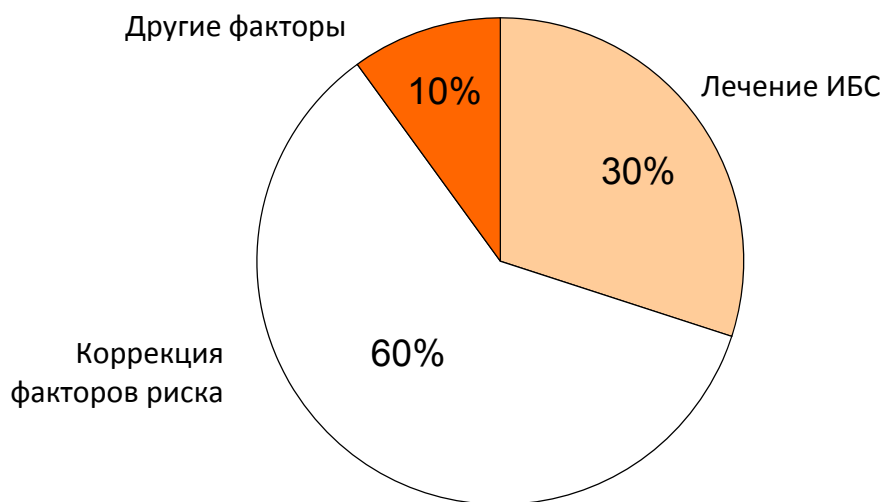


Рис. 5. Причины снижения смертности от ИБС в США

В лечении пациентов с острыми формами ИБС в последнее десятилетие большинству стран удалось добиться существенного снижения смертности за счет сокращения времени восстановления коронарного кровотока с помощью тромболиза и хирургической реваскуляризации сердца, а также внедрения агрессивного противотромботического лечения.

Рекомендации по совершенствованию кардиологической службы

Разработанная кардиологическим сообществом под руководством главных специалистов в 2007 году программа по развитию кардиологической службы Иркутска была по многим направлениям реализована. В частности была устранена практика дублирования вызовов бригад скорой медицинской помощи (общей и кардиологической), появились специализированные для острых коронарных пациентов палаты интенсивной помощи и отделения неотложной кардиологии в больницах N1 и МСЧ ИАПО, значительно улучшилось обеспечение стационаров противотромботическими препаратами, появились тесты на тропонин, включая высокочувствительный, мозговой натриуретический пептид, в поликлиниках стали определять липидограмму с оценкой холестерина липопротеинов низкой плотности, гликированный гемоглобин, увеличилось число стресс-тестов, шире используется реваскуляризация миокарда, современные методы лечения атеротромбоза (статины, двойная дезагрегантная терапия), фибрилляции предсердий и легочной эмболии (новые антикоагулянты).

Вместе с тем, вышеприведенные показатели высокой смертности от БСК свидетельствуют о необходимости дополнительных мероприятий по совершенствованию кардиологической службы Иркутска. При оценке эффективности работы службы следует также учитывать, что продолжительность и качество жизни пациентов лишь на 20–25% обусловлены состоянием медицины, а основной вклад вносят экономические и поведенческие факторы.

Иркутское отделение Российского кардиологического общества после обсуждения с практикующими врачами предлагают следующие мероприятия, направленные на совершенствование кардиологической службы Иркутска, основанные на Порядке оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (приказ N918н).

Догоспитальный этап

1. Оптимизировать маршрутизацию пациентов с острыми коронарными синдромами для максимального снижения времени госпитализации пациентов в специализированные палаты интенсивной терапии.
2. При задержке госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом и подъемом ST в сосудистый центр или начала реваскуляризации (<90 мин от контакта с медиком) незамедлительно проводить догоспитальный тромболизис.
3. Все бригады скорой медицинской помощи должны быть оснащены работающими электрокардиографами, дефибрилляторами и медикаментами, необходимыми для оказания экстренной помощи при острых коронарных заболеваниях.

4. Медицинские работники бригад скорой помощи должны обладать навыками реанимации и широко использовать дефибрилляторы при внезапных остановках сердца.
5. В приемных отделениях городских больниц требуется расширить возможности диагностики (высокочувствительный тропонин, мозговой натриуретический пептид, Д-димер), длительного наблюдения, оптимальной сортировки пациентов для уменьшения неоправданной госпитализации или отказа, а также лечебной помощи острых кардиологических состояний до уточнения диагноза.
6. В приемных отделениях городских больниц, оказывающих неотложную помощь пациентам с острыми коронарными синдромами организовать возможность длительного (до 3–6 ч) наблюдения за пациентами с возможным инфарктом миокарда, т.к. нередко инфаркт миокарда, включая фатальный, развивается после отказа в госпитализации в процессе транспортировки пациента или при госпитализации в неспециализированные лечебные учреждения.
7. Использовать в приемных отделениях стандартизированные протоколы ведения пациентов с острыми болями в груди, острой одышкой.

Госпитальный этап

1. Важно расширить показания к инвазивному лечению пациентов с острыми коронарными синдромами в Областной больнице соответствие с современными рекомендациями:
 - а. Пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и клиническими и/или электрокардиографическими признаками сохраняющейся ишемии миокарда в период 12–24 ч.
 - б. Пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST высокого и очень высокого риска в период до 24 ч от начала болей.
2. Добиваться экстренной реваскуляризации пациентов с инфарктом миокарда с отеком легких и кардиогенным шоком в сосудистом центре.
3. Организовать дополнительное отделение неотложной кардиологии (в больнице N10) с целью сокращения времени госпитализации пациентов с острыми коронарными синдромами с учетом постоянно расширяющихся границ города и роста населения.
4. Создать отделение интервенционной кардиологии на базе Городской больницы N1 для экстренной реваскуляризации при инфарктах миокарда.
5. Оснастить все крупные больницы современными диагностическими тестами, включающими количественную оценку высокочувствительного тропонина.

6. Внедрить современные протоколы диагностики и лечения пациентов с острыми болями в груди и легочными эмболиями начиная с приемного отделения.

Амбулаторный этап

1. Создать систему реабилитации пациентов после инфарктов миокарда, большинство из которых не контролируется подготовленными врачами после выписки из стационара.
2. Перепрофилировать одно из терапевтических отделений на реабилитационное для пациентов с инфарктом миокарда и другими заболеваниями сердца с учетом приказа N1705н. Данное отделение должно стать координирующим и методическим центром реабилитации пациентов с ИБС.
3. Внедрить рекомендации и памятки для пациентов после инфаркта миокарда в практику всех лечебных учреждений.
4. Организовать с помощью кардиологов школы для пациентов и родственников после инфаркта миокарда, с декомпенсациями хронической сердечной недостаточностью.
5. Внедрить мультимедийные формы информирования о сердечно-сосудистой профилактике в работу поликлиник и стационаров.
6. Существенно повысить уровень пропаганды важности контроля факторов риска в Иркутске с помощью телевидения и наружной рекламы.

Эффективность и качество медицинской помощи

1. Приоритетом в оценке эффективности работы стационара должна быть госпитальная летальность по ключевым острым заболеваниям (инфаркт миокарда, острые формы ИБС, инсульт).
2. Эффективность работы поликлиники должна оцениваться в первую очередь по заболеваемости и смертности, включая острые и хронические формы ИБС и цереброваскулярных болезней.
3. Целесообразно создать рейтинг лечебных учреждений по показателям заболеваемости и смертности по основным сердечно-сосудистым заболеваниям.
4. При экспертизе качества медицинской помощи отдавать приоритет диагностическим и лечебным ошибкам, влияющим на прогноз заболеваний. Несовпадение с положениями медико-экономических стандартов, не влияющее на прогноз заболевания (заболеваемость, смертность) не должна считаться ошибкой и подвергаться штрафам.
5. Минимизировать число отчетных документов регионального уровня, увеличивающих нагрузку на врача и снижающих и без того малое время для беседы с пациентами.

6. Расширить участие иркутского отделения Российского кардиологического общества в экспертизе нормативных документов, касающихся организации кардиологической службы, оценке эффективности и качества кардиологической помощи населению Иркутска.

27 июня 2016 года.