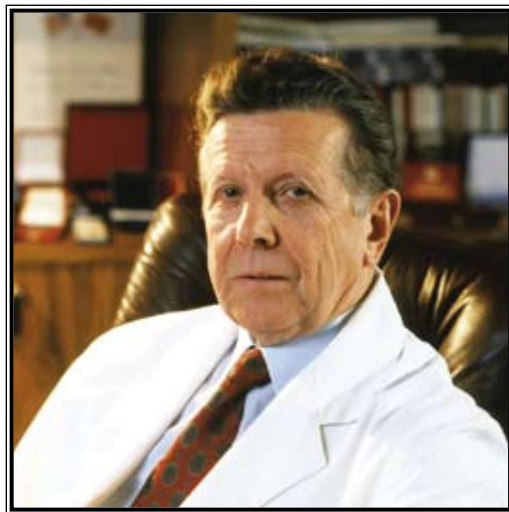


СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ФГУ «РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС РОСЗДРАВА», АКАДЕМИК РАН И РАМН
Евгений Иванович Чазов

Современные подходы к лечению острого коронарного синдрома

Как известно, существуют две основные стратегии снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Первая из них направлена на коррекцию значимых факторов риска посредством государственных образовательных программ по повышению уровня информированности населения об этих факторах, обучению порядку действий в случае развития неотложных состояний и формированию приоритета здорового образа жизни. Вторая стратегия предполагает выявление и последующее медикаментозное и немедикаментозное лечение людей с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. При этом эффективность первой стратегии является более значимой, поскольку, например, двукратное снижение смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в США за период с 1980 по 2000 год на 24,2% было обусловлено уменьшением в популяции среднего уровня общего холестерина в результате немедикаментозного воздействия и на 11,2% успешной борьбой с курением, тогда как прием статинов для первичной и вторичной профилактики снизил риск на 8,5%, а выполнение аортокоронарного шунтирования и стентирования венечных сосудов сердца, относящихся к мероприятиям второй стратегии, всего лишь на 8%. Однако надо иметь в виду, что средняя частота применения коронарной ангиопластики и стентирования в период с 1980 по 2000 год была существенно меньшей, чем в начале нынешнего столетия. Кроме того, если в начале периода внедрения метода ангиопластики и стентирования венечных артерий в практику они применялись главным образом для лечения хронической формы ИБС (по крайней мере, вне ее обострения), то в последние годы произошло резкое увеличение удель-

ного веса эндоваскулярных методов лечения острого коронарного синдрома (ОКС), то есть лечения больных, имеющих самый высокий риск сердечной смерти. Следует также отметить, что стенты с лекарственным покрытием начали применяться лишь с 2002 года.

Относительно значимости стратегии выявления и лечения больных с умеренным и высоким риском развития ИБС необходимо также отметить, что хотя эти больные составляют всего лишь около 13% от численности взрослого населения, их удельный вклад в развитие данной болезни в популяции наиболее существенный.

С начала 1980-х годов по 1998 год во всех исследованиях, касающихся лечения ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), интервенционная тактика оказывалась не лучше (TIMI IIIb, 1992; OASIS, 1998) или даже проигрывала консервативной (VANQWISH, 1995). Однако, в самом конце XX – начале XXI века сразу три исследования продемонстрировали преимущество эндоваскулярного метода лечения ОКСбпST (FRISC-2, 1999; TACTICS-TIMI, 2001; RITA-3, 2002). Причиной тому была не только более активная имплантация стентов, но и выработка эффективной тактики антитромботической терапии. Следует отметить, что во всех упомянутых исследованиях использовались еще стенты, не имеющие лекарственного покрытия.

Относительно лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) по результатам таких исследований, как PRAGUE, DANAMI-2, C-PORT, тоже доказано превосходство интервенционного способа лечения в сравнении с консервативной тактикой, включающей тромболитическую терапию. Уже более 10 лет назад было показано, что первичная транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) позволяет достоверно ($p < 0,05$) снизить летальность при ОКСпST с 6,5% на фоне тромболитической терапии (ТЛТ) до 4,4% на фоне ТБКА. Причиной этого является существенно большая вероятность восстановления коронарного кровотока в инфарктсвязанной артерии и практически гарантированное отсутствие резидуального стеноза. Однако следует иметь в виду, что это преимущество касается только тех ситуаций, когда реперфузия проводится позже первых трех часов после начала болевого синдрома. В самый начальный период развития заболевания при условии использования качественного тромболитика эффективность ТЛТ в плане влияния на летальность приравнивается к эффективности ТБКА. В связи с этим становится понятной необходимость применения ТЛТ еще на этапе скорой помощи. По опыту ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, если ТЛТ проводится на этапе скорой помощи, вероятность выявления окклюзии во время первой после развития инфаркта миокарда (ИМ) коронароангиографии составляет 15%, тогда как при проведении ТЛТ в стационаре частота ее обнаружения увеличивается до 88%. Здесь же уместно отметить, что сокращение времени проведения ТЛТ на 1 час сопровождается снижением 30-дневной летальности на 17%.

Важнейшим условием своевременности проведения ТЛТ в машинах скорой помощи является возможность ее выполнения линейной бригадой (включая фельдшерскую!). Необходимо подчеркнуть, что фельдшерская бригада скорой помощи, прошедшая необходимую дополнительную подготовку (тематическое усовершенствование в течение 72–144 часов), при наличии в машине электрокардиографа, дефибриллятора, а тем более при возможности консультации по телефону может и обязана выполнять тромболитическую терапию при ИМ.

Однако если все-таки имеется возможность доставить пациента в рентгенэндоваскулярную лабораторию и выполнить ему ТБКА еще в первые 90 минут начала заболевания, это не только повышает шансы его выживаемости (50% больных погибает именно в первые 90 минут), но и способствует уменьшению степени поражения миокарда и последующего снижения насосной функции сердца за счет более качественного восстановления коронарного кровотока посредством процедуры ТБКА. Так, по данным исследования GUSTO, еще в 1993 году было показано, что восстановление кровотока в первые 90 минут до степени TIMI 3 в сравнении со степенью TIMI 0 или 1 (что в наибольшей степени вероятно именно при выполнении процедуры ТБКА) снижает 30-дневную госпитальную летальность с 8,9% до 4,4%.

В период с 2001 по 2004 год в Западной Европе произошло принципиальное изменение соотношения частоты выполнения ТБКА и ТЛТ при ОКСпST. В 2001 году общая частота проведения реперфузионной терапии у этих больных составляла 52%, при этом ТБКА применялась у 37% боль-



ных, а ТЛТ – у 63%. В 2004 году общая частота реперфузионной терапии равнялась 66%, при этом доля ТБКА увеличилась до 57%, а ТЛТ соответственно уменьшилась до 43%. В целом в экономически развитых странах в настоящее время реперфузионная терапия при ОКСпСТ выполняется в 70% случаев, из них ТБКА – в 43%, ТЛТ в машинах скорой помощи – 23%, тогда как ТЛТ в стационарах – только в 4% случаев. В России же, по оценочным данным, реперфузионная терапия осуществляется лишь у 20% больных с ОКСпСТ, при этом ТБКА – у 5%, ТЛТ в машинах скорой помощи – тоже не более чем у 5% и ТЛТ в стационарах – у 10% нуждающихся в реперфузии миокарда больных. Следует отметить, что в настоящее время в стране имеется не более 30 рентгенэндоваскулярных лабораторий, где выполняется более 200 ТБКА при ОКС в год.

Программа по снижению смертности от сосудистых заболеваний в Российской Федерации

С учетом всех вышеприведенных обстоятельств в рамках дальнейшего развития национального проекта «Здоровье» была разработана программа (далее – Программа), направленная на снижение смертности от сосудистых заболеваний, связанных с развитием инсультов и ОКС. Настоящая Программа предполагает создание в каждом регионе современной системы лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и совершенствование существующей системы лечения больных с ОКС. В постановлении Правительства Российской Федерации №1012 от 29 декабря 2007 года определен перечень первых 12 субъектов Российской Федерации, где создаются структуры и проводятся мероприятия, необходимые для начала реализации данной Программы уже в 2008 году. В 2009 и 2010 годах (второй и третий этапы) планируется дальнейшее расширение перечня субъектов Федерации. Программа предполагает включение регионов с различными социально-экономическими, климато-географическими и медико-демографическими факторами, а также с разным уровнем кадрового потенциала, развития современных организационных и лечебно-диагностических технологий, применяемых у больных с ИБС (в том числе ОКС) и ОНМК.

Для реализации Программы из средств государственного бюджета в 2008 году каждый включенный в нее субъект Федерации получает финансирование в размере 241 млн. рублей для приобретения основной части необходимого лечебно-диагностического оборудования. В свою очередь, каждый регион согласно соглашению, заключаемому с Минздравсоцразвития России, должен выделить средства, достаточные для проведения ремонтно-подготовительных работ, установки нового оборудования, необходимого приборного дооснащения, а также приобретения лекарственных средств и расходного материала. Не менее важным является выполнение условий по проведению необходимых организационных мероприятий и подготовке кадров.

Основное содержание мероприятий по снижению смертности от ОНМК в рамках Программы

Главными элементами новой системы лечения больных с ОНМК являются первичные сосудистые центры, создаваемые на базе больниц муниципальных образований или городских больниц, а также региональный сосудистый центр (РСЦ), развертываемый, как правило, на базе республиканской, областной или краевой больницы. Первичные сосудистые центры включают в себя отделение для лечения ОНМК с блоком интенсивной терапии. Кроме того, в рамках программы планируется поставка в больницы, где создаются первичные сосудистые центры, компьютерных томографов и ультразвуковых аппаратов с функцией исследования сосудов шеи и головы, а также оснащение за счет средств местных бюджетов блоков интенсивной терапии.



Важнейшим принципом работы первичного сосудистого центра является максимально быстрая доставка больного с подозрением на ОНМК в стационар и немедленное проведение компьютерной томографии для дифференциации ишемического и геморрагического вариантов инсульта. В случае геморрагического характера повреждения с учетом тяжести состояния больного и дальности расстояния принимается решение о возможности транспортировки больного в РСЦ, который включает в себя нейрохирургическое отделение. При ишемическом характере повреждения головного мозга с давностью процесса менее 3 часов принимается решение о проведении тромболитической терапии. Если давность процесса более 3 часов, проводится не только современная интенсивная терапия, направленная на улучшение перфузии и защиту головного мозга от гипоксического повреждения, но и осуществляется максимально ранняя реабилитация больного с целью уменьшения степени последующей инвалидизации. Для реализации последней цели в первичных сосудистых центрах создаются мультидисциплинарные бригады, включающие в себя кроме неврологов также нейрореабилитологов, специалистов по лечебной физкультуре, психологов и логопедов.

РСЦ, развертываемые на базе республиканских, областных или краевых больниц, от первичных сосудистых центров отличаются наличием в них большего по коечной емкости нейрососудистого отделения (48 коек) с блоком интенсивной терапии (12 коек), наличием отделения нейрохирургии с оперблоком и нейрореанимацией, а также более мощного по своим функциональным возможностям компьютерного томографа. Кроме того, в РСЦ имеется возможность рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения ОНМК. Пока объем эндоваскулярных вмешательств при ОНМК является относительно небольшим, но рентгенэндоваскулярная лаборатория будет использоваться также для ангиопластики и стентирования сосудов шеи и головы у больных с высоким риском эмболических инсультов. В задачи РСЦ в плане лечения ОНМК входит не только госпитализация больных из зоны прямого обслуживания скорой помощи, но и прием подлежащих транспортировке больных из первичных сосудистых центров. Согласно Программе в каждом регионе создаются один РСЦ и три первичных сосудистых центра.

Основное содержание мероприятий по снижению смертности от ОКС в рамках Программы на уровне РСЦ

Необходимо еще раз подчеркнуть, что если комплекс мероприятий Программы по снижению смертности от ОНМК, по сути дела, предполагает создание системы лечения, то в плане снижения смертности от ОКС речь идет о совершенствовании уже существующей системы. При этом совершенствование предполагает не только организационное, структурное и материально-техническое восстановление значительно разрушенной за последние 15–20 лет системы, но и активное внедрение нового способа диагностики и лечения ОКС – ангиопластики и стентирования коронарных артерий. Важнейшим структурным элементом данного процесса в рамках Программы является РСЦ. Кардиологические подразделения РСЦ помимо рентгенэндоваскулярной лаборатории включают кардиологическое отделение с блоком/палатой интенсивного контроля (БИК) и/или отделение неотложной кардиологии с БИК. При этом БИК и отделение/лаборатория рентгенэндоваскулярных методов лечения должны находиться в одном здании максимально близко друг от друга или соединяться широким коридором с возможностью транспортировки больного на реанимационной койке с капельницами/инфузоматами или с установленной системой временной электрокардиостимуляции.

Коечная емкость кардиологического отделения и БИК определяется численностью обслуживаемого населения. При заболеваемости ИМ около 1,5 случая на 1000 взрослых в год ожидаемое ежегодное количество заболевших на 500 тыс. взрослых составит примерно 750 больных ИМ плюс 1000 больных нестабильной стенокардией, то есть всего 1750 больных с ОКС. С учетом 50%-ной ве-



роятности расхождения диагноза скорой медицинской помощи и стационара и при средней длительности пребывания в БИК 2 суток для обследования и лечения всех 1750 поступивших больных с ОКС потребуется около 20 коек БИК (1750 x 2 дня пребывания x 2 (диагностическая ошибка) : 365 дней = 20 коек в БИК. При средней длительности госпитализации около 10 суток необходимо не меньше трех коек в обычных палатах на 1 койку в БИК, то есть около 60 коек. Исходя из того, что ориентировочная частота выполнения коронароангиографий у этой категории больных составляет около 45%, а ТБКА – около 30%, в рентгенэндоваскулярной лаборатории ежедневно будет выполняться около 2,5–3 экстренных вмешательств по поводу ОКС.

Однако в настоящее время в силу низкой информированности населения о симптомах ОКС и порядке действий при их возникновении в течение первых суток при ОКСпСТ даже в мегаполисах госпитализируется менее 50% всех больных. Кроме того, можно предположить, что пока в нашей стране вероятность своевременной диагностики нестабильной стенокардии составляет тоже не более 50%. В силу этого на первых порах до решения этих проблем численность коек БИК может быть в половину меньше, то есть 10–12 коек на 500 тыс. населения. Соответственно численность кардиологического отделения для лечения больных ОКС должна составлять не менее 30–36 коек. По мере того как госпитализация по поводу ОКС будет становиться все более своевременной, может потребоваться увеличение численности коек и в БИК, и в собственно кардиологическом отделении.

Кроме того, потребуются дополнительные койки и в БИК, и в кардиологическом отделении для обеспечения процесса рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения хронических форм ИБС. Количество этих коек зависит от интенсивности потока больных с хроническими формами ИБС, качества организации лечебно-диагностического процесса и качества лечения в конкретном учреждении. Следует отметить, что в настоящее время уже изучается возможность амбулаторного выполнения не только диагностических коронароангиографий, но и коронарного стентирования. Но пока эти технологии не отработаны и не внедрены в широкую практику, ориентировочно потребуется предусмотреть еще порядка 12 коек в кардиологическом отделении и 6 коек в БИК. Таким образом, оптимальное количество коек (по расчетным данным!) в кардиологическом отделении РСЦ должно быть порядка 42–48, а в БИК – 16–18 коек.

Для круглосуточного обеспечения работы отделения/лаборатории рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения потребуется не менее 4 специалистов (оптимально – 8 специалистов), способных самостоятельно проводить лечение больных с ОКС, и соответственно не менее 4 анестезиологов и операционных медицинских сестер. Подготовка специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению проводится на базе ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Росмедтехнологий, НЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН и ГУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» Томского научного центра СО РАМН.

Одним из важнейших организационных вопросов, которые необходимо решить при создании РСЦ, является обеспечение поступления больных с ОКС, проживающих в данном республиканском, краевом или областном центре, именно в данный стационар, поскольку очень часто основная тяжесть по лечению таких больных ложится на городские больницы скорой медицинской помощи. При решении данной проблемы потребуют согласования вопросы финансирования, имеющего раздельный характер в центральном городе региона и самом регионе.

Кроме того, как уже говорилось выше, для обеспечения полноценной функциональной загрузки рентгенэндоваскулярной лаборатории и создания условий для поддержания необходимого уровня квалификации необходимо создание потока больных с хроническими формами ИБС, что в первую очередь потребует адекватного финансирования для приобретения расходного материала. Но все-таки основной задачей отделения/лаборатории рентгенэндоваскулярных методов лечения РСЦ является круглосуточное обеспечение диагностики и лечения больных с ОКС, поступающих из:

1) зоны действия прикрепленных станций скорой медицинской помощи (госпитализации подлежат все больные с ОКС);



2) из других лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города и региона (в зоне доступности кардиореанимобиля или санитарной авиации) больных с ОКС, имеющих прямые показания к ранним эндоваскулярным вмешательствам:

- больные ОКСпST или появившейся (острой) блокадой левой ножки пучка Гиса, которым противопоказана ТЛТ и которые могут быть доставлены в РСЦ в первые 12 часов от начала развития ОКС (при наличии ангинозного синдрома, рецидивирующего нестабильного течения ОКС больной доставляется в РСЦ вне зависимости от времени, прошедшего от начальных проявлений заболевания, исходя из принципа «чем раньше, тем лучше»);
- больные ОКСпST или острой блокадой левой ножки пучка Гиса, у которых нет косвенных признаков реперфузии или у которых в первые 12 часов после проведения ТЛТ выявляется гемодинамическая и/или электрическая нестабильность, стенокардия покоя, спонтанная или провоцируемая ишемия миокарда и/или фракция выброса менее 40% (у больных, не предъявляющих жалоб, со стабильным течением ИМ за последние 12 часов, ранние эндоваскулярные вмешательства нецелесообразны);
- больные с ОКСбпST, у которых наблюдается:
 - рецидивирующий характер ангинозного синдрома;
 - депрессия или транзиторная (менее 30 минут) элевация сегмента ST более 0,1 mV;
 - повышение маркеров некроза миокарда;
 - нестабильность центральной гемодинамики;
 - электрическая нестабильность миокарда.

Больные последней категории доставляются в РСЦ вне зависимости от времени прошедшего от начальных проявлений ОКС, исходя из принципа «чем раньше, тем лучше».

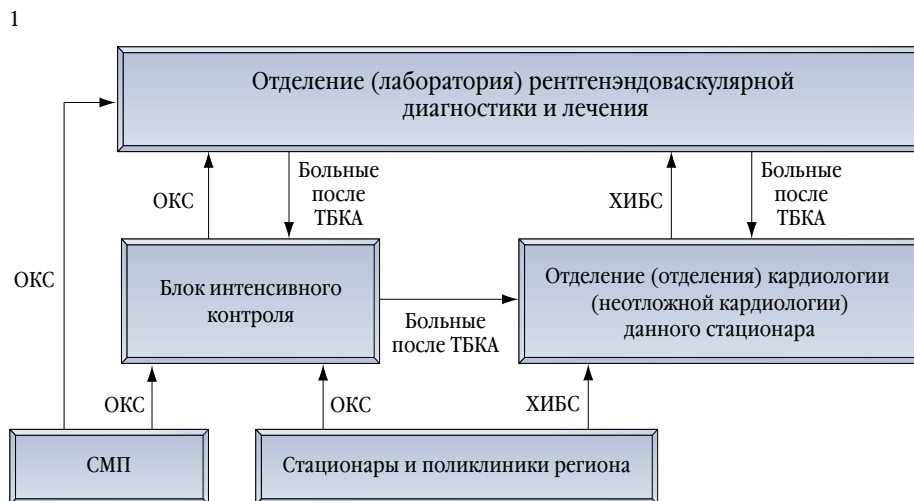
Типовая организация оказания медицинской помощи больным с ОКС в ЛПУ предполагает поступление больных с подозрением на ОКС, минуя приемный покой в БИК, где оказывается неотложная медицинская помощь и определяются показания к раннему эндоваскулярному вмешательству. При наличии убедительных признаков ОКС больной прямо, минуя БИК, доставляется в отделение/лабораторию рентгенэндоваскулярных методов лечения, где проводится коронароангиография, уточняется вид и объем необходимого вмешательства, проводятся ангиопластика и стентирование коронарных артерий, после чего пациент возвращается в БИК. После стабилизации состояния больной переводится в кардиологическое отделение, а затем выписывается на санаторный или амбулаторный этап реабилитации и под наблюдение кардиолога поликлиники по месту жительства.

Принцип организации работы кардиологических подразделений РСЦ представлен на рис. 1.

Условиями успешности работы РСЦ в части, касающейся лечения острых и хронических форм ишемической болезни сердца, являются:

- наличие бригад скорой медицинской помощи (в том числе фельдшерских), обладающих опытом проведения реанимационных мероприятий, определения показаний к проведению тромболитической терапии и ее проведения на догоспитальном этапе;
- знание врачами общей практики, терапевтами, кардиологами и бригадами СМП критериев отбора больных с ОКС для направления в региональный сосудистый центр для проведения эндоваскулярных вмешательств;
- информирование населения об основных проявлениях ОКС, факторах риска его развития, средствах и методах само- и взаимопомощи, жизненной необходимости раннего вызова СМП и доставки больного в РСЦ;
- обеспечение региональных сосудистых центров расходными материалами для выполнения ангиопластики и стентирования коронарных артерий сердца из расчета стентирования 1,5–2 коронарных артерий у 1000 больных в год на 1 млн. населения в регионе;
- обеспечение препаратами для тромболитической терапии больных инфарктом миокарда из расчета 50% от общего числа ОКСпST в регионе (0,75 случая на 1000 человек взрослого населения в год);





ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ЧАСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

- обеспечение больных, подвергшихся стентированию коронарных артерий, препаратами, предотвращающими тромбирование стентов (клопидогрель), в течение 6–12 месяцев;
- создание листа ожидания на высокотехнологичную медицинскую помощь в каждой поликлинике и каждом кардиологическом (терапевтическом) отделении стационара;
- создание реабилитационной базы для больных, перенесших ИМ с образованием зубца Q;
- внедрение регистра ОКС на базе регионального сосудистого центра.

Основное содержание мероприятий по снижению смертности от ОКС в рамках Программы на уровне больниц муниципальных образований

В больницах муниципальных образований (районных городов) или городских больницах, на базе которых создаются первичные сосудистые центры для лечения больных ОНМК, в части, касающейся кардиологической составляющей данной программы, предполагается реализация преимущественно организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности имеющейся системы лечения больных ОКС и, главное, создание механизма своевременного направления таких больных на лечение в РСЦ.

Однако, как уже говорилось, анализ ситуации показывает, что в настоящее время в стране наряду с достаточно активным внедрением в целом ряде регионов высокотехнологичных методов лечения ИБС (в том числе и ОКС) одновременно наблюдаются признаки разрушения ранее созданной системы лечения ИМ, и это главным образом касается больниц муниципальных образований. В основном это выражается в том, что в результате продолжающегося в течение многих лет процесса сокращения коечного фонда в больницах районных городов закрыты кардиологические отделения, не говоря уже о блоках интенсивной терапии, которые и без того были весьма немногочисленны. В результате этого большинство больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы получают не кардиологическую, а терапевтическую помощь. Но если больные с тяжелыми или сложными формами хронических вариантов сердечно-сосудистой патологии могут быть направлены на лечение в республиканские, областные или краевые больницы, то больные с неотложными кардиологическими состояниями (в том числе с ОКС) в настоящее время могут лечиться только в неспециализированных отделениях анестезиологии и реанимации без какой-либо кардиологической поддержки. Следствием



этого является то, что нередко госпитальная летальность в больницах муниципальных образований достигает 30 и даже 40%.

Второй особенностью нынешнего положения дел является то, что если в стационарах республиканского, краевого, областного центра оборудование блоков интенсивной терапии более или менее обновляется, то в больницах муниципальных образований, если где и сохранились данные блоки, их оборудование, как правило, эксплуатируется более 10–20 лет и поэтому зачастую находится в неисправном состоянии. Весьма вероятно, что эти причины внесли немалый вклад в то, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в сельской местности РФ почти на 20% выше, чем в городах (Росстат, 2006).

Для решения этой проблемы в ряде регионов создаются межрайонные (межмуниципальные) кардиологические отделения (в том числе для лечения ОКС) на базе наиболее подготовленных для этих целей (главным образом, в плане оснащения и кадров) больниц муниципальных образований. Безусловно, это правильный путь, и он должен всемерно поддерживаться Минздравсоцразвития России, органами управления здравоохранением регионов и, главное, муниципальными властями. Однако сейчас становится понятно, что даже если такие отделения и создаются, то в силу действительного отсутствия необходимых финансовых резервов муниципальных образований, мало где удастся оснастить блоки интенсивной терапии ОКС полноценно. Поэтому при совершенствовании системы лечения больных ИМ на базе тех больниц муниципальных образований, где создаются первичные сосудистые центры для лечения ОНМК, в дальнейшем целесообразно предусмотреть возможность централизованного (федерального) финансирования для переоснащения и дооснащения блоков интенсивной терапии. Это особенно важно еще и потому, что, по сути дела, речь идет не только о совершенствовании процесса лечения больных ИМ, но и о создании нового направления в системе лечения больных с ОКС.

Суть этого нового направления на уровне больниц муниципальных образований заключается в том, что помимо широкого внедрения в практику тромболитической терапии для лечения ОКСпST (в том числе и на догоспитальном этапе) планируется как можно более раннее направление больных с нестабильной стенокардией и ИМ без подъема ST в РСЦ для проведения рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения. При этом процесс отбора среди больных с нестабильной стенокардией предполагает процедуру выявления лиц с наиболее высоким риском неблагоприятного развития дальнейших событий. Как известно, помимо выявления предикторов высокого риска у больных с нестабильной стенокардией и ИМ без подъема сегмента ST по системе TIMI (возраст ≥ 65 лет, ≥ 3 факторов риска ИБС, ранее выявленное сужение коронарных артерий $> 50\%$, прием аспирина в ближайшие 7 дней, ≥ 2 эпизодов боли за последние 24 часа, смещения сегмента ST, повышение концентрации КФК-MB или тропонина) важным элементом процедуры отбора является выполнение нагрузочного теста, причем более предпочтительным является тредмил-тест.

Уже говорилось, что важным элементом системы оказания помощи больным с ОКС является скорая медицинская помощь. В настоящее время во всех регионах страны имеется достаточное количество оборудованных машин скорой медицинской помощи, которые были поставлены в рамках реализации первого этапа национального проекта «Здоровье». В большинстве регионов расстояния, качество дорог и интенсивность движения позволяют, чтобы в больницы муниципальных образований больные доставлялись в пределах 60 минут с момента получения вызова, если больной проживает непосредственно в городе, и в пределах 60–120 минут, если больной проживает на территории района. В республиканских, краевых, областных центрах среднее время доставки больного составляет ориентировочно тоже 60 минут. С учетом представленных данных становится понятным, что значимость проведения ТЛТ на догоспитальном этапе существенно возрастает при госпитализации больных в больницы муниципальных образований с территории района.

Помимо существующего дефицита врачебных, да и фельдшерских, кадров на машинах скорой медицинской помощи, как показывает анализ ситуации, качество подготовки специалистов является недостаточным. Так, при изучении медицинских документов выясняется, что даже назначение больному аспирина осуществляется отнюдь не всегда. Данные факты указывают на необхо-



димось повышения квалификации всех специалистов скорой медицинской помощи в плане оказания помощи при неотложных кардиологических состояниях.

Проблема подготовки кадров существует практически на всех уровнях системы оказания помощи больным с ОКС. Помимо этапа скорой медицинской помощи, это касается кардиологов, работающих в больницах муниципальных образований, а также специалистов рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения. В целом по стране на 10 тыс. населения приходится 0,7 кардиолога, что на первый взгляд достаточно для обеспечения выполнения Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Однако эти цифры весьма поверхностно характеризуют ситуацию. Во-первых, в разных федеральных округах это разные значения. Так, если в Центральном округе этот показатель равен 0,9, а в Северо-Западном – 0,8, то во всех остальных он составляет 0,6. Во-вторых, большинство кардиологов сосредоточено в республиканских, краевых и областных центрах, тогда как за их пределами, где проживает до 60% населения региона, работает действительно минимум специалистов. В частности, этот показатель может достигать значения 0,3 и даже 0,15. Одной из значимых причин такого положения дел является то, что заработная плата кардиологов в стационарах и поликлиниках в 2,5 раза меньше, чем у участковых терапевтов.

Принципиальное разрешение проблемы резко возрастающей потребности в специалистах, работающих в рентгенэндоваскулярных лабораториях, не может быть осуществлено без решения вопроса о создании самой специальности. Одним из наиболее приемлемых вариантов ее наименования является «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение», а наименование врача-специалиста – «врач рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения». Такая формулировка, во-первых, отражает существо специальности – диагностика и лечение заболеваний сосудов различных органов и частей тела и заболеваний ряда внутренних органов (сердца, почек, половых органов), осуществляемые посредством проникновения внутрь сосудистой системы и манипуляций внутри нее и в сердце (но не в других органах). А во-вторых, указывает на наличие технологической особенности процесса эндоваскулярной диагностики и лечения – рентгеновского излучения, что одновременно позволяет обеспечить данным специалистам 15%-ную надбавку к окладу (в соответствии с Приложением 2 приказа Минздрава России от 15.10.1999 №377). Использование в названии специальности слова «хирургия» совершенно не отражает ее существа и не дает возможности дополнительных денежных выплат.

Процесс подготовки врача-специалиста по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению должен включать двухгодичную ординатуру (или трехгодичную аспирантуру) с получением сертификата специалиста, а также стажировку и тематические усовершенствования в порядке повышения квалификации. Программа подготовки в ординатуре должна включать 2 основных блока – общие и частные вопросы рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения, причем программа клинической рентгенологии не должна занимать более 15–20% учебного времени.

Стажировка и тематические усовершенствования предусматривают углубленное освоение частных вопросов рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения преимущественно в двух основных направлениях:

- в области интервенционной ангиологии (пластика, клипирование, эмболизация, стентирование и другие манипуляции на сердце и сосудах);
- в области эндоваскулярной электрофизиологии и аритмологии.

В связи с острой нехваткой данных специалистов в стране на период организации вышеуказанного образовательного процесса и подготовки первых выпусков врачей рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения (не менее 2 лет) в порядке исключения могла бы быть возможной их подготовка как из рентгенологов в форме 9–12-месячной стажировки по рентгенэндоваскулярным методам диагностики, так и из хирургов, сердечно-сосудистых хирургов, кардиологов, терапевтов с получением первичной специализации по рентгенологии и последующей 9–12-месячной стажировкой по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения.

В ходе реализации программы создания региональных сосудистых центров потребуются механизм оперативного (в оптимальном варианте – онлайн) контроля не только количества, но и качества лечения ОКС во всех ЛПУ, вовлеченных в этот процесс. Таким универсальным механиз-



мом должен стать госпитальный регистр ОКС, работающий в интернет-режиме. Важной особенностью данного регистра будет возможность анализа временных характеристик процесса оказания помощи больным на догоспитальном этапе.

Более глубокое изучение ситуации с ОКС, имеющим летальный вариант исхода на догоспитальном этапе, возможно лишь в рамках эпидемиологических исследований. В настоящее время такие исследования проводятся в гг. Рязани, Воронеже, Шахты (Ростовская область) и Ханты-Мансийске. В частности, по данным годовичного исследования, в Железнодорожном районе г. Рязани (93 тыс. человек постоянно проживающего населения) 83% от общей смертности составляет внегоспитальная смертность. При уточнении структуры общей смертности на догоспитальном этапе, что предполагало тщательный анализ протоколов патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытий, интервью по специальному алгоритму с бригадами скорой медицинской помощи, а также беседы по специальному алгоритму с родственниками, выявилось, что частота ОКС и внезапной смерти составляют 39% (22% и 17% соответственно), тогда как по данным официальных отчетов этот показатель равен всего лишь 1%.

Таким образом, реализация всего комплекса мер по совершенствованию системы лечения ОКС должна существенным образом способствовать снижению числа летальных исходов от ОКС, развивающихся после контакта больного с данной системой. Но безусловно, что принципиальное решение проблемы снижения сердечно-сосудистой смертности потребует реализации государственных программ по повышению уровня информированности населения о факторах риска, обучению порядку действий в случае развития неотложных состояний и формированию приоритета здорового образа жизни.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ЗАМЕСТИТЕЛЯ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА
ПО НАУЧНОЙ РАБОТЕ, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ПРОФЕССОРА
С.А. Бойцова