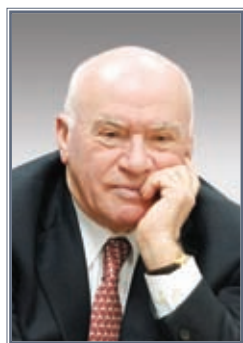


НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДИРЕКТОР НАУЧНОГО
ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ
ИМЕНИ А.Н. БАКУЛЕВА
РАМН, ГЛАВНЫЙ
СПЕЦИАЛИСТ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫЙ ХИРУРГ
МИНЗДРАВА РОССИИ
АКАДЕМИК РАМН
Лео Антонович Бокерия



Болезни и врожденные пороки сердца и сосудов по-прежнему являются одной из основных проблем российского здравоохранения. Их большая распространенность приводит к трудовым потерям, повышенной смертности населения. Болезни системы кровообращения (БСК) стабильно являются причиной более 55% случаев смерти всего населения страны, что значительно превосходит этот показатель в развитых странах Европы (рис. 1).

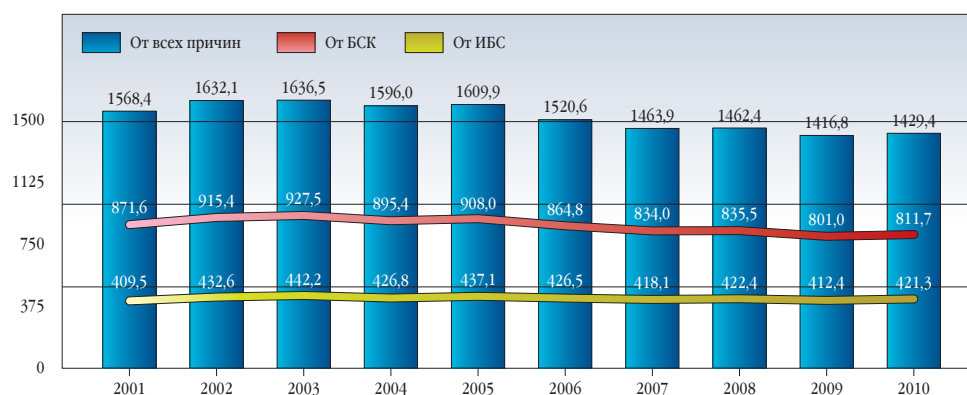
Доля умерших в трудоспособном возрасте в 2010 году по этой причине составила 15,3%, при этом в связи с острым инфарктом миокарда (ОИМ) – почти 21%, с различными формами церебральных болезней – 9,3%, врожденной патологией сердца и сосудов (ВПС) – 20,4%. Успехи кардиологии привели к некоторому уменьшению случаев смерти от острого инфаркта миокарда и других форм расстройства коронарного кровообращения, нарушений ритма и проводимости, пороков клапанов сердца, однако, не смогли кардинально изменить ситуацию. Когда консервативное лечение оказывается недостаточно эффективным, возможность спасти жизнь пациента, повысить ее качество и даже восстановить трудоспособность обеспечивает хирургия. Пациентам с ВПС (более 11% младенческой смертности обусловлено данной причиной) способно помочь только хирургическое вмешательство.

В последние годы значение интервенционных и хирургических методов в лечении больных с БСК

и врожденной патологией сердца выросло, они находят все более широкое применение. Важным фактором такой динамики стали совершенствование методов, обеспечивающих безопасность проведения операции, разработка новых, более эффективных способов вмешательства, успешное внедрение их в практическое здравоохранение. Это позволило снизить летальность, повысить результативность лечения, существенно расширить возможности данного вида специализированной помощи – как в плане увеличения количества курабельных (операбельных) форм, так и снятия ограничений по возрасту и состоянию больного. Например, коронарное шунтирование все чаще выполняют лицам старше 70 лет, с осложнениями инфаркта миокарда, с поражением других сосудистых бассейнов и структур сердца, неотложное вмешательство по жизненным показаниям проводят уже в первые дни жизни ребенка. Оперативное лечение различных форм поражения системы кровообращения в настоящее время играет существенную роль в сохранении здоровья и трудоспособности населения, в продлении активной жизни и повышении ее качества у значительного контингента пациентов. Его высокая эффективность доказана многолетним зарубежным и отечественным опытом.

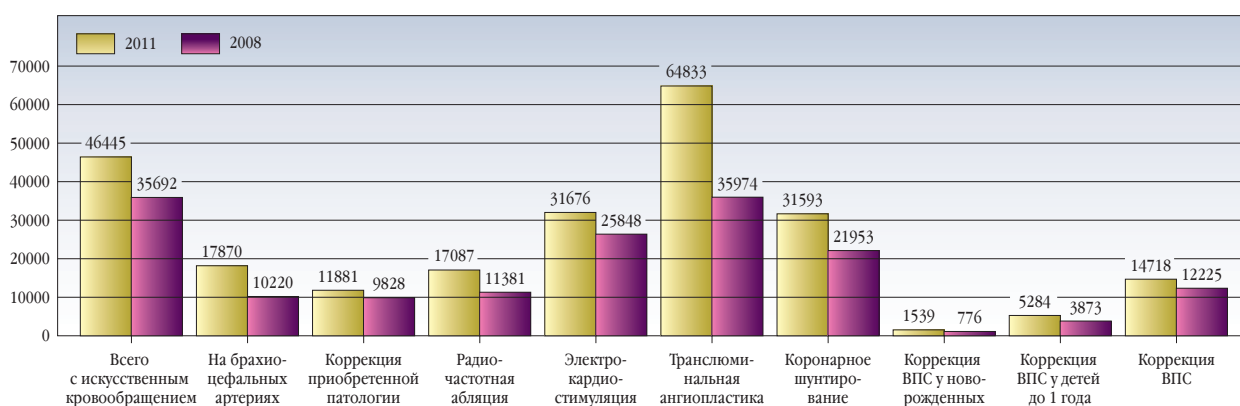
Осознание этой ситуации органами управления здравоохранением вылилось в принятие ряда решений, направленных на совершенствование и расширение хирургического лечения пациентов с поражениями сердца и сосудов. Это создание новых федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии, рост финансирования из федерального бюджета на высокотехнологичные методы лечения, стоимости (квоты) лечения одного больного, организация сосудистых центров, в том числе региональных, ориентированных на проведение рентгенохирургических вмешательств у больных с острыми расстройствами коронарного и мозгового кровообращения, оснащение этих центров современной аппаратурой, организация подготовки специалистов для работы в них. Одновременно происходила организация кардиохирургических отделений

1



ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

2



КОЛИЧЕСТВО ВЫПОЛНЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БСК И ВПС В 2008 И 2011 ГОДАХ

и внедрение новых хирургических и эндоваскулярных методик в практику уже функционирующих стационаров регионального или (реже) муниципального подчинения (в последующем получивших региональный статус). Параллельно некоторые ведомства на базе своих медико-санитарных частей и клинических больниц формировали такую же специализированную службу. Все эти меры обусловили существенное увеличение объемов хирургической помощи при БСК и ВПС (рис. 2).

Однако темпы развития и роста объема помощи варьировали в зависимости от формы и места поражения системы кровообращения (рис. 3).

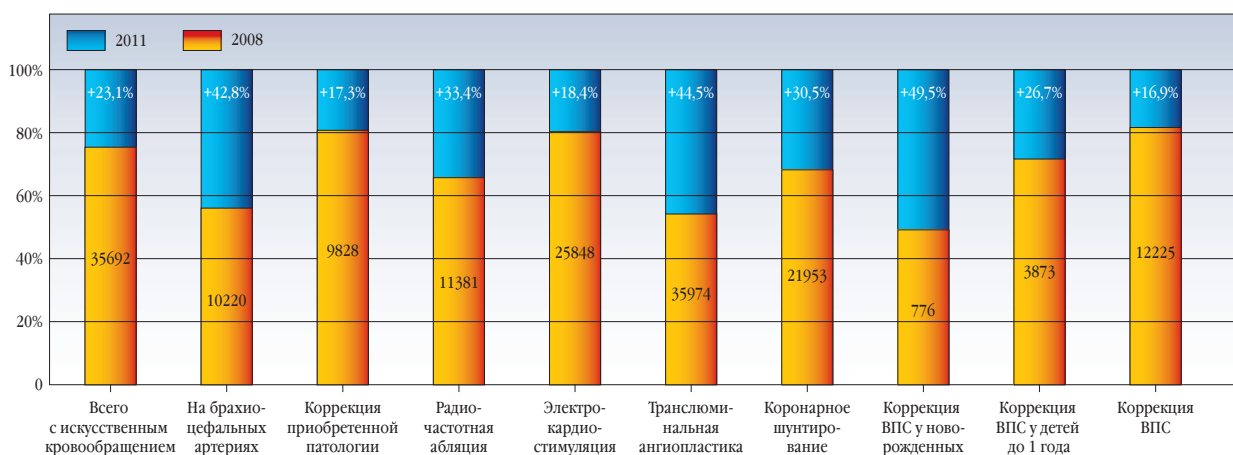
Необходимо подчеркнуть значимость увеличения доли вмешательств при ВПС, проведенных в младенческом возрасте, – с 31,7 до 35,9%, из них в период новорожденности – с 20 до 29%, что позволяет избежать не только развития осложнений, обусловленных пороком, но и смерти ребенка. Положительным моментом является также рост использования интервенционных и хирургических методов у больных ишемическими болезнями сердца в период острых расстройств коронарного кровообращения – при нестабильной стенокардии и остром инфаркте миокарда. Доля таких пациентов среди всех оперированных изменилась за этот период с 19,8 до 28,8%, преимущественно за счет применения эндоваскулярных вмешательств – с 35,3 до 42,4%. Отмеченные изменения соответствуют мировым тенденциям в кардиохирургии. Сле-

дует отметить, что приведенная информация отражает сведения научного совета по сердечно-сосудистой хирургии РАМН и одноименной профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России, полученные из специализированных клиник и отделений различной ведомственной подчиненности. Некоторая часть информации остается в рамках отдельных ведомств и никак не суммируется в статистике Минздраву России. Таким образом, определенный объем хирургической и интервенционной помощи населению страны при заболеваниях сердца и сосудов остается неучтенным, как и соответствующие кадровые и материально-технические ресурсы данной области здравоохранения. Вероятно, в настоящее время клиники, не подведомственные Минздраву России и РАМН, вносят относительно небольшой вклад в объем специализированной помощи, но динамика показателей их деятельности и организация новых отделений в медицинских учреждениях других ведомств указывают на рост их значимости. Необходимо решить вопрос о получении максимально полной статистической информации относительно наиболее важных разделов специализированной помощи, в том числе сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Это позволит реально оценить имеющиеся возможности и планировать адекватные мероприятия по улучшению и развитию медицинской службы.

К сожалению, показатели работы ряда клиник (региональных, муниципальных, ведомственных и даже



3



ТЕМП ПРИРОСТА КОЛИЧЕСТВА ВЫПОЛНЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БСК И ВПС В 2008 И 2011 ГОДАХ

федеральных) свидетельствуют о недостаточно эффективном использовании специализированного коечного фонда, оборудования и квалифицированных кадров. В некоторых из них количество вмешательств у больных с разными формами БСК за год не превысило 20–30. В большинстве случаев низкая хирургическая активность отделений сердечной и сосудистой хирургии связана с неполным финансированием этой службы, в первую очередь в деле закупки расходных материалов.

Создавая такие структуры, выделяя ассигнования на их оснащение, органам управления необходимо иметь в виду следующее. Во-первых, оснащение должно полностью обеспечивать технологический процесс (уточняющая топическая диагностика, хирургическое вмешательство, реанимационный период и т.д.); во-вторых, проведение операций и наблюдение в послеоперационном периоде требуют регулярного приобретения расходных материалов (оксигенаторов, устройств и одноразовых принадлежностей). Таким образом, планирование адекватного текущего финансирования этой службы имеет решающее значение, поскольку является очень затратным. К сожалению, часто выделяются значительные средства на организацию подразделений, а финансирование его практической работы оказывается неэффективным, недостаточным. Малое количество операций является реальным тормозом для повышения квалификации персонала и улучшения результатов лечения. Анализ деятельности зарубежных, в частности американских, клиник выявил зависимость ее эффективности от накопленного опыта в том или ином разделе кардиохирургии. Например, в самом сложном из них – хирургии новорожденных с пороком сердца – специалист должен выполнять не менее 100 операций в год.

Проблема подготовки кадров возникла при создании сети сосудистых центров, задачей которых стало оказание именно экстренной помощи и только больным с острыми нарушениями мозгового и (или) коронарного кровообращения. В большинстве регионов были организованы структуры, отделенные от функционирующих отделений плановой сосудистой хирургии, имеющих трудности и в оснащении, и в финансировании, но с высококвалифицированным персоналом в большинстве из

них и большим опытом работы. Экстренная же служба в регионах нередко создавалась с нуля и, естественно, обладая новейшим оборудованием, нередко испытывала недостаток специалистов, подготовка которых, как правило, только с этого момента и начиналась.

Важно также отметить, что для большого числа больных со стенозирующим процессом в брахиоцефальных артериях крайне важной является основная, профилактическая роль интервенционных и хирургических методов лечения, применение которых позволяет предотвратить развитие острых нарушений мозгового кровообращения, в том числе ишемического инсульта и его последствий (тяжелая инвалидизация или даже смерть). Скрининг пациентов с использованием комплекса диагностических исследований, организация взаимодействия неврологов и хирургов, в том числе рентгеноэндоваскулярных, и расширение применения оперативных методов вмешательства на сосудах, питающих головной мозг, в учреждениях всех уровней имеют большое социальное и экономическое значение. В экономически развитых странах в настоящее время до 80% вмешательств по поводу стеноза внутренних сонных артерий выполняется у клинически асимптомных больных и таким образом предотвращается инсульт. Из этого следует, что в оптимальном варианте развитие ангиологии, как это видно на примере лечения поражений брахиоцефальных артерий, в целом носит профилактический характер.

В 2008–2009 годах ведущими специалистами страны в рамках программ РАМН разрабатывалась программа снижения предотвратимой смертности населения, в том числе от болезней системы кровообращения, включившая кардиологические и хирургические аспекты медицинской помощи профильным больным. Ряд предложений получил научную разработку и обоснование в процессе НИР по проблеме в ведущих научных учреждениях страны, некоторые были внедрены в практическое здравоохранение. Например, алгоритм эхокардиографической диагностики ВПС до 15-й недели беременности внедрен в практику работы женских консультаций, перинатальных и медико-генетических центров России, что позволяет предотвратить рождение детей с тяжелой и неоперабельной пато-



логией сердца или оказать своевременную медицинскую помощь новорожденным с ВПС, расширить применение методов рентгеноэндоваскулярной хирургии для их лечения, проводить гибридные вмешательства, использовать ресинхронизирующую терапию (бивентрикулярная имплантация электрокардиостимуляторов) как метод восстановления насосной функции сердца при невозможности хирургической коррекции кардиальной патологии или в сочетании с другим вмешательством, активно внедрять эндоваскулярные методы лечения острого коронарного синдрома в региональных отделениях неотложной кардиологии и кардиохирургии и т.д. Пока эта программа ни организационно, ни финансово не реализована полностью. В то же время при внезапной остановке сердца (что имеет место и в молодом возрасте) неотложная помощь состоит в немедленной дефибрилляции. За рубежом устройства для наружной автоматической дефибрилляции в экстренных случаях расположены во всех местах крупного скопления людей: в аэропортах, супермаркетах, машинах скорой помощи и т.д. Методике проведения этой процедуры, кроме медицинского персонала, обучены полицейские и дежурные (охрана) в таких помещениях (учреждениях). Это позволяет во многих случаях сохранить жизнь пациента. Предложение включить в обязательную комплектацию машин скорой медицинской помощи систему для экстренной помощи в случаях внезапной сердечной смерти, в том числе автоматических наружных дефибрилляторов, пока не нашло воплощения.

Уровень и качество проводимого лечения зависят от уровня организации специализированной помощи. Именно хорошо налаженный процесс аккредитации и лицензирования медицинских учреждений любого ведомственного подчинения, а также сертификации всех специалистов позволит оказывать квалифицированную помощь больным сердечно-сосудистого профиля, обеспечить обоснованную адекватность финансирования в соответствии с квалификационной категорией медицинской организации. Это будет стимулировать медицинских работников к повышению профессионального уровня и, как следствие, увеличится эффективность лечения пациентов. Однако в настоящее время в правовом плане действуют лишь механизмы регистрации и лицензирования медицинской организации любой формы, что дает ей право осуществлять определенные виды медицинской деятельности на определенной территории. Оба механизма включаются до начала фактической работы организации и не являются инструментами контроля качества этой работы, которое определяется не только материально-техническими и кадровыми ресурсами, но и профессиональной квалификацией персонала. Наличие свидетельства о регистрации и лицензии не спасет пациента от профессиональной некомпетентности медиков. Представляется, что эффективным инструментом контроля деятельности зарегистрированной медицинской организации является ее аккредитация. Основное условие ее проведения – достоверная и объективная оценка медицинской организации. На данном этапе централизованное проведение аккредитации с обязательным участием в этом процессе главных специалистов в сердечно-со-

судистой и эндоваскулярной хирургии Минздрава России и регионов, а также других авторитетных представителей этой службы, вероятно, не имеет альтернативы.

В конце 2011 года был принят Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», разработаны порядок оказания медицинской помощи, правила организации деятельности организации (или ее структурного подразделения) и врача, стандарты технического оснащения и стандарты отдельных видов медицинской помощи, включая специализированную и высокотехнологичную, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг.

Сердечно-сосудистая и эндоваскулярная хирургия относится к наиболее дорогостоящим методам лечения, но значительная часть больных не укладывается в рамки предложенного стандарта, созданного на основе упрощенной модели пациента, без учета сложности патологии, наличия сопутствующих болезней и возраста. Эти и другие факторы определяют иной алгоритм помощи, существенно отличающийся от стандартизованного по объему вмешательства, техническому оснащению, длительности госпитального периода и – в результате – стоимости лечения. В первую очередь это относится к коррекции ВПС у новорожденных и детей первого года жизни со сниженной сократительной способностью миокарда, многоклапанными приобретенными пороками сердца, к эндопротезированию клапанов сердца и аорты. В некоторых случаях необходимое финансирование оказывается в два – восемь раз больше денежного наполнения федеральной квоты, не говоря уже о региональной. И врачи и, главное, пациенты надеются, что в ближайшие годы оплата лечения будет проводиться по факту его завершения.

Уже сейчас необходимо изменить объем финансирования одной федеральной квоты (не индексируется с 2007 года), а также провести дифференциацию стоимости квот в зависимости от сложности операции.

Сегодня можно констатировать расширение объемов хирургической и интервенционной помощи при болезнях системы кровообращения. Однако потребность в оперативных методах лечения значительно превышает достигнутый уровень, который отстает от средних европейских показателей практически при всех видах поражений сердца и сосудов, в первую очередь при ишемической болезни и жизнеугрожающих аритмиях сердца.

Мировая практика показала, что средства, вложенные государством в здравоохранение, через несколько лет приводят к осязаемому экономическому эффекту в результате снижения заболеваемости и смертности населения, то есть сохранения человеческих и трудовых ресурсов. Известно, что расходы на здравоохранение в развитых странах существенно выше, чем у нас, а смертность от болезней системы кровообращения существенно ниже. Интенсивные усилия, направленные на расширение объемов применения хирургических и эндоваскулярных методов лечения сердца и сосудов, по нашим расчетам, к концу этого десятилетия позволят достигнуть уровня европейской доступности высокотехнологичной помощи, что, в свою очередь, существенно увеличит продолжительность и повысит качество жизни наших граждан.