

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
РОССИЙСКОГО
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО
КОМПЛЕКСА, ГЛАВНЫЙ
СПЕЦИАЛИСТ-КАРДИОЛОГ
МИНЗДРАВА РОССИИ
АКАДЕМИК РАН И РАМН
Евгений Иванович Чазов



В 2013 году мы будем отмечать 50-летие создания общества кардиологов. За это время наша страна, наш народ и наше здравоохранение многое испытали, многое пережили и в конечном итоге оказались в новой стране – Российской Федерации – с новой системой здравоохранения, продолжающимся реформированием и совершенствованием.

Можно выделить три периода в жизни нашего кардиологического общества: блестящий период становления с выходом на передовой медицинский уровень, о чем говорит проведение в Москве конгресса Международного общества кардиологов, Первой международной конференции по профилактике; создание системы кардиологической помощи, реабилитационных санаториев, диспансеризации, кардиологических и диагностических центров. Нельзя забыть и скорую помощь, которая отметила 50-летие создания специализированных бригад для лечения больных с инфарктом миокарда, первых реанимационных машин, согласно постановлению Совета Министров СССР от 5 ноября 1961 года.

Не хочется вспоминать и говорить о втором этапе – 1990-х годах, когда была уничтожена система кардиологической помощи, когда властным структурам было безразлично состояние здравоохранения, когда психосоциальный риск-фактор стал угрожаемым для демографических показателей, что привело к такому повышению смертности, которого еще не было в истории медицины.

И, наконец, третий этап – это период, в котором мы живем, работаем и пытаемся совершенствовать здравоохранение. Он начинается с 2003 года, когда новое руководство государства, понимая, что страна стоит на грани краха, а русская нация на грани вымирания, прислушалось к нашим предложениям и создало национальные проекты, значительная часть которых касалась проблем борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, учитывая, что они составляли 58% от общей смертности. Были выделены большие средства на здравоохранение. Была восстановлена организационная система кардиологической помощи.

В решении поставленной задачи сыграли роль не только эти мероприятия, но и активная борьба медицинского сообщества за жизнь и здоровье народа. Сейчас редко услышишь или прочитаешь об успехах здравоохранения, хотя страна должна быть благодарна врачам, которые спасли, сохранили нашу нацию. За эти годы смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 19,3% (от самых высоких ее показателей в 2003 году – 927,5 на 100 тыс. населения до 767 за январь – апрель 2012 года). О масштабах работы, проведенной врачами, говорят конкретные данные. Например, в рамках программы «Артериальная гипертония» с 2003 года было выявлено более 7 млн больных на ранних стадиях болезни, их активное лечение позволило снизить смертность от цереброваскулярных заболеваний на 23%.

Но можем ли мы успокаиваться на достигнутом? Хотя бы дойти в ближайшие годы до последних цифр в Советском Союзе – 592 на 100 тыс. населения. Конечно, мы все понимаем, что это зависит не только от нашей активности и совершенствования кардиологической помощи, но и от целого ряда других факторов – здорового образа жизни, профилактики, социальных проблем.

Анализ деятельности в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволяет определить пути, стоящие перед нами, которые позволили бы нам продолжить улучшение таких показателей, как снижение летальности и смертности.

1. Повышение активности работы первичного звена здравоохранения за счет использования современных методов диагностики и лечения, активной диспансеризации и профилактики, внедрения в систему здравоохранения новых информационных методов, особенно в малых городах и сельской местности.
2. Расширение применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения как за счет создания сосудистых центров, так и внедрения их в общую сеть здравоохранения.
3. Повышение квалификации врачей, совершенствование последипломной подготовки.
4. Решение организационных вопросов оказания кардиологической помощи.
5. Разработка, создание и внедрение в практику оригинальных методов диагностики и лечения.

Еще в 1980-е годы мы предложили две новые системы оказания помощи в первичном звене здравоохранения – диагностические центры и дневные стационары. Это способствовало улучшению показателей работы первичного звена здравоохранения.

Например, в Черемушкинском районе Москвы, в котором обрабатывалась методика дневного стационара с целью профилактики, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за 5 лет снизилась на 50%. Этот пример подхватили многие учреждения первичной помощи. За один 1988 год было создано 3 тыс. кабинетов профилактики. За этот период в них и в 1361 медсанчасти прошли профилактический осмотр 130 млн человек. И это одно из условий, позволившее в 1988 году снизить смертность в стране за один год с 635 до 593 на 100 тыс. населения.

Прогресс в медицине меняет и возможности первичной помощи, в частности обеспечивая в поликлинических условиях проведение некоторых методов диагностики и лечения стационарного характера, в том числе и высокотехнологичных.

Два года назад мы впервые открыли рентгеновскую операционную для проведения коронарографии и ангиопластики на условиях дневного стационара, естественно, с тщательным изучением возможности проведения этих методов у конкретного больного. Подготовленные больные поступают в дневной стационар поликлиники, где проводится коронарография и при показаниях ангиопластика. При отсутствии осложнений, при нормальном состоянии сердечно-сосудистой системы больные через 6–8 часов могут покидать дневной стационар или, при необходимости, их оставляют до утра в палате интенсивной терапии. За два года было проведено 923 коронарографии и 93 ангиопластики с пребыванием в дневном стационаре 6–8 часов и 183 – с выпиской менее чем через 24 часа.

Обсуждая работу первичного звена здравоохранения, необходимо, в первую очередь, обратить внимание как органов управления здравоохранения, так и медицинского сообщества на недостатки диспансеризации. К сожалению, как кардиологи, так и участковые врачи поликлиник недостаточно эффективно проводят диспансеризацию и следят за состоянием больных с сердечно-со-

судистыми заболеваниями. В нашей стране лишь 19,5% перенесших инфаркт миокарда находятся под диспансерным наблюдением. Это объясняет, почему в стране еще высокий уровень повторных инфарктов (до 30 тыс. в год). В 2,5 раза увеличилась эффективность диспансеризации больных с артериальным давлением. Однако этот показатель не может быть признан удовлетворительным.

Врачи первичного звена создают иллюзию эффективного диспансерного наблюдения, а кардиологи спокойно относятся к сложившейся в 1990-е годы ситуации. Печально, что сегодня, например, располагая большим арсеналом средств, позволяющих контролировать артериальное давление, мы не используем полностью эти возможности. И это тогда, когда многочисленные многоцентровые международные исследования доказывают их эффективность. Медицина сегодня располагает не только большим арсеналом антигипертензивных средств, но и рекомендациями по индивидуализации схем лечения артериальной гипертензии в зависимости от характера клинического течения, состояния органов-мишеней.

Несомненно, мы должны модернизировать кардиологическую помощь в поликлиниках и амбулаториях. Прежде всего, это методы диагностики, позволяющие выявлять болезни на ранних стадиях их формирования. Например, проведенные кардиокомплексом в поликлиниках Западного административного округа Москвы исследования всех существующих на сегодня методов диагностики атеросклероза и ишемической болезни сердца показали, что наиболее эффективными, особенно в ранних стадиях формирования атеросклероза, оказались методы, оценивающие жесткость сосудистой стенки артерий (лодыжечно-плечевой индекс, скорость распространения пульсовой волны), ультразвуковое исследование сонных артерий, позволяющее определить показатели толщины комплекса интима-медиа (дуплексное сканирование) и наличие атеросклеротических бляшек. В результате этих исследований, помимо группы больных с доказанным атеросклерозом, выделяется группа, подозрительная в плане угрожаемых изменений сосудов атеросклеротического характера. В этих случаях больные направляются в сосудистые центры, где проводятся электронно-лучевая, мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий, коронарография, позволяющие оценить степень атеросклероза и кальциноза коронарных артерий и риск развития инфаркта миокарда или внезапной смерти.

Почему-то, обсуждая значимость инноваций в совершенствовании кардиологической помощи, большинство связывают их с проблемами диагностики и лечения. Однако надо прямо сказать, что инновации в организации медицинской помощи играют не меньшую роль, чем новое лекарство. К примеру, можно сослаться на один из путей снижения смертности в малых городах и сельской местности, которая в Российской Федерации на 25% выше, чем в региональных центрах.

В настоящее время создаются новые принципы оказания кардиологической помощи в сельской местности, включающие кардиологические диагностические межрайонные центры, которые, используя новые ин-



формационные системы, в том числе и с визуальной передачей данных инструментальных и лабораторных исследований, обеспечивают оказание консультативной помощи сельским врачам и фельдшерам на современном уровне диагностики и лечения. Подобные системы мы изучаем уже два года и считаем их важнейшим методом в совершенствовании кардиологической помощи в сельской, да и не только сельской местности. Сегодня они уже также функционируют в крупных городах, например в Москве. Следует подчеркнуть, что эти визуальные информационные методы могут сыграть большую роль и при диспансерном наблюдении в сельской местности и тяжелобольных в городах.

Обсуждая пути снижения смертности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мы должны признаться, что в сравнении с европейскими странами мы недостаточно внедряем в практику высокотехнологичные методы диагностики и лечения – ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и такие широко применяемые за рубежом методы лечения, как тромболитизис и ангиопластика.

Какие пути широкого внедрения высокотехнологичных методов мы избрали в нашей стране? Это созданная по нашему предложению система сосудистых центров для лечения больных с острым коронарным синдромом как с подъемом интервала ST, так и без подъема в первые сутки возникновения инсульта. Создается основной региональный центр с рентгеноангиографическими операционными, оборудованный современной диагностической аппаратурой – ультразвуковой, компьютерными томографами.

Наряду с региональными создаются три-четыре первичных центра без ангиографических операционных, но с соответствующим диагностическим оборудованием – ультразвуковыми аппаратами и компьютерными томографами. Центры тесно связаны со скорой медицинской помощью, которая работает под их методическим руководством. Жизнь доказала эффективность этой системы. Она начала формироваться в 2008 году, а уже в 2009 году смертность в 24 регионах, где к этому времени были созданы сосудистые центры, снизилась в два раза больше, чем в регионах, в которых эта система еще не функционировала (снижение на 7,8% в регионах с системой сосудистых центров и на 4,2% в целом по России).

Конечно, трудно включить как высокотехнологическую инновацию тромболитическую терапию. 5 октября 2011 года исполнилось 50 лет с того момента, когда впервые этот метод был применен с успехом для больного. За это продолжительное время доказана высокая эффективность этого метода лечения больных с острым коронарным синдромом и тромбозом различных сосудистых областей, в первую очередь сосудов мозга.

Естественно, эффект этой терапии определяется временем между возникновением тромбоза и началом терапии. Именно исходя из этого принципа, еще в 1984 году наши сотрудники впервые применили тромболитики на догоспитальном этапе.

Созданная нами таблица условий их применения позволяет проводить эту терапию фельдшерам с кон-

сультацией по специальной информационной системе с врачами консультативных центров. Восстановление реперфузии наблюдается при догоспитальной терапии в 65–70% случаев.

Не меньше вопросов и к внедрению в практику применения ангиопластики для лечения острого коронарного синдрома. Сегодня сосудистые центры, оборудованные рентгеноангиографическими установками, функционируют в 48 регионах страны. Минимально на рентгеноангиографической установке за месяц можно выполнить 100–120 ангиопластик, то есть в год 1200–1500 оперативных вмешательств. Сравните эти расчеты с реальностью и вы увидите, как плохо используется дорогостоящее оборудование. В 29 регионах ангиопластика вообще не используется в лечении больных с острым коронарным синдромом.

Причины, которые надо исправлять, – отсутствие расходного материала, который должен оплачивать регион, недостаточная связь сосудистого центра с медицинскими учреждениями, недостаток квалифицированных кадров. Считайте, на сколько мы могли бы уменьшить смертность, если, по данным многоцентровых исследований за рубежом, этот метод обеспечивает реперфузию в 90% случаев.

Анализ показывает, что наше отставание в широте использования тромболитизиса и ангиопластики в значительной степени зависит от позднего обращения больных и плохой работы скорой медицинской помощи. Это объясняет тот факт, что большинство умерших больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (50–53,4%) погибли на догоспитальном этапе.

В этой связи следует еще раз подчеркнуть значимость догоспитальной помощи больным. Мы много говорим о позднем обращении за медицинской помощью больных при возникновении жизнеугрожающих ситуаций. Из всех госпитализированных в стационары пациентов с неотложными состояниями своевременно поступают 3% больных. Часть пациентов обращается за помощью с задержкой до 8–10 часов.

Известно, что фактор времени играет большую роль в эффективности лечения больных при неотложных состояниях. К сожалению, вопросы времени остаются одной из проблем оказания скорой медицинской помощи. Надо подчеркнуть, что эффективность догоспитальной терапии зависит не только от работы скорой помощи, но и от информированности населения, в первую очередь больных, особенно с риском развития неотложных состояний, и их родственников о методах первой помощи.

Государственная Дума, по нашему предложению, включила в закон о здравоохранении специальный раздел – «Первичная помощь». В это понятие входит не только обязательное обучение нами так называемых в иностранной медицинской литературе «парамедиков» – спасателей, пожарных, милиционеров, определенных работников учреждений зрелищного или спортивного характера, но и обучение больных и их родственников поведению в случае жизнеугрожающих осложнений. Для этого рекомендуется создание в поли-



клиниках школ для больных и издание памяток для их родственников.

Проблемы, которые нам надо решать для того, чтобы выполнить задачу дальнейшего совершенствования кардиологической помощи с целью снижения смертности и улучшения демографических показателей, пе-

реросли узко медицинские рамки и носят, как не раз заявляло руководство страны, общегосударственный характер. Вот почему мы должны активнее ставить перед региональными и муниципальными органами власти вопросы, решение которых поможет нам в нашей борьбе за здоровье и жизнь наших пациентов.