

УДК 616.12-082-036.8(470.53)

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ПЕРМСКОМ КРАЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ, ТРУДНОСТИ, ЗАДАЧИ

С.А. Наумов¹, А.В. Туев², Н.С. Карпунина^{2}, А.С. Наумов², Л.П. Мельникова¹*

¹*Клинический кардиологический диспансер, г. Пермь,*

²*Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Россия*

EXPERIENCE OF RENDERING MEDICAL CARE TO CARDIOLOGICAL PATIENTS IN PERM KRAI: RESULTS, DIFFICULTIES, OBJECTIVES

S.A. Naumov¹, A.V. Tuev², N.S. Karpunina^{2}, A.S. Naumov², L.P. Melnikova¹*

¹*Clinical Cardiological Dispensary, Perm,*

¹*Academician Ye.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation*

Цель. Оценка результативности новых форм организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) в 2014–2016 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сбор информации о деятельности медицинских служб г. Перми и Пермского края по оказанию помощи пациентам с ОКС.

Результаты и их обсуждение. Благодаря внедрению новых форм организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Пермском крае за последние 5 лет удалось снизить смертность от инфаркта миокарда (ИМ) с 49,1 до 41,6 на 100 000 населения. Количество чрескожных коронарных вмешательств при ИМ в 2016 г. составило 49 %. Госпитальная летальность от ИМ в стационарах с ангиографическими установками снизилась на 26,4 % за последние 4 года до 8,1 % в 2016 г.

Выводы. Необходимо совершенствовать деятельность по созданию амбулаторных межмуниципальных центров, усилению организационно-методической и образовательной функции кардиолога на территориях. Есть необходимость в создании регистров по ОКС, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий. Насущной задачей является разработка трехэтапной системы реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова. Острый коронарный синдром, летальность, чрескожные коронарные вмешательства, тромболизис, Пермский край.

Aim. To assess the effectiveness of new forms of rendering medical care to patients with acute coronary syndrome (ACS) in 2014–2016.

Materials and methods. Retrospective collection of information on the activity of medical service in Perm and Perm Krai regarding rendering medical care to patients with acute coronary syndrome was carried out.

© Наумов С.А., Туев А.В., Карпунина Н.С., Наумов А.С., Мельникова Л.П., 2017

тел. +7 (342) 239 31 88

e-mail: karpuninapsma@mail.ru

[Наумов С.А. – главный врач; Туев А.В. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии; Карпунина Н.С. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии; Наумов А.С. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии; Мельникова Л.П. – заместитель главного врача по оргметодработе].

Results. Thanks to introduction of new forms of organization of medical care to patients with acute coronary syndrome in Perm Krai, we managed for the recent five years to reduce mortality from myocardial infarction (MI) from 49,1 to 41,6 per 100000 of the population. In 2016, the number of transcatheter coronary interventions for MI was 49 %. Hospital lethality caused by MI in hospitals with angiographic units decreased by 26,4 % for the recent 4 years – to 8,1 % in 2016.

Conclusions. Creation of ambulatory intermunicipal centers, intensification of organizational, methodical and educational function of cardiologist needs further development. It is necessary to form the registers on acute coronary syndrome, chronic heart failure, atrial fibrillation. The essential objective is to develop a three-stage system of rehabilitation for patients with cardiovascular diseases.

Key words. Acute coronary syndrome, lethality, transcatheter coronary interventions, thrombolysis, Perm Krai.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются первой причиной смертности и составляют 47,7 % всех смертей в Российской Федерации. В России ежегодно регистрируется более 520 тыс. случаев острого коронарного синдрома (ОКС), из них 36,4 % приходится на инфаркт миокарда, от которого умирают около 80 тыс. человек, и 63,3 % – на нестабильную стенокардию. При этом ежегодный экономический ущерб от острого коронарного синдрома составляет порядка 74 млрд рублей – это сопоставимо с валовым внутренним продуктом (ВВП), который производят в год более 130 тыс. работников. Кроме того, каждый год Россия теряет 100–200 тыс. лет жизни трудоспособного населения, преимущественно мужского. Именно потери ВВП вследствие смерти от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте преобладают в структуре ущерба от ОКС в РФ. В 2009 г. эта цифра составила более 49,3 млрд рублей, что почти в 2,5 раза больше, чем все затраты на медицинскую помощь при ОКС (20,9 млрд рублей). Неблагоприятная медико-демографическая ситуация, связанная с высокой смертностью и потерями трудового потенциала вследствие болезней системы кровообращения (БСК), послужила причиной для усиления на государственном уровне комплекса мер по совершенствованию

медицинской помощи при остром коронарном синдроме [2].

В Пермском крае (ПК) на протяжении последних 5 лет реализуется государственная программа по улучшению качества кардиологической и кардиохирургической помощи населению. Приоритетной целью Министерства здравоохранения Пермского края стало создание многоуровневой системы оказания медицинской помощи больным с заболеваниями системы кровообращения, включающей весь спектр лечебно-диагностических мероприятий – от ранней диагностики факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы до выполнения высокотехнологичных лечебных вмешательств.

В этой связи *цель настоящего исследования* – оценка результативности новых форм организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в 2014–2016 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования стала деятельность медицинских служб г. Перми и Пермского края по оказанию помощи пациентам с ОКС. Сбор информации осуществлен ретроспективно. Проведен анализ историй болезней пациентов с ОКС, госпитализированных в Клинический кардиологический дис-

пансер (ККД) за анализируемый период, использованы официальные статистические данные. Оценка результатов проводилась по следующим показателям: общее количество пролеченных пациентов с ОКС в Пермском крае; доля больных с ИМ, которым выполнена догоспитальная тромболитическая терапия; уровень госпитальной летальности от ИМ; динамика чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при ОКС в региональных сосудистых центрах (РСЦ) Пермского края; количество ЧКВ при ИМ (% от всех случаев ИМ в крае). Статистическую обработку результатов осуществляли стандартным лицензионным пакетом Statistica 6.0. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 95 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке многолетней динамики показателя смертности от БСК в России и Пермском крае следует отметить его быстрое снижение в регионе (с 794,6 в 2012 г. до 692,1 на 100 тыс. населения за 2016 г.). С другой стороны, приходится констатировать существенное отставание ПК по данному показателю от Российской Федерации в целом (табл. 1). При этом доля БСК в структуре общей смертности населения в Пермском крае составила за 2016 г. 50,2 %, доля ИМ в структуре смертности от БСК – 6,0 %. Наличие сохраняющихся различий по смертности между субъектами РФ требует проведения отдельного углубленного анализа с оценкой качества предоставляемой статистической информации, а также с учетом особенностей нашего региона, включая распространенность факторов риска и результативность мероприятий по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблица 1

Смертность от БСК и ИМ в динамике за 2012–2015 гг. и январь – август 2016 г. в РФ и Пермском крае (на 100 тыс. населения)

Параметр	Регион	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Болезни системы кровообращения	РФ	737,1	696,5	653,9	631,8	614,1
	ПК	794,6	788,2	712,6	725,8	692,1
Инфаркт миокарда	РФ	47,1	45,2	44,4	43,1	42,2
	ПК	49,1	49,0	49,2	46,4	41,6

Население Пермского края – более 2,6 млн, край имеет свою географическую особенность – протяженность территории с севера на юг 645 км, с запада на восток – 417,5 км. Значительная часть городов и районов региона отдалены от специализированных кардиологических клиник, в том числе и от интервенционных лабораторий более чем на 100 км. Также оставляют желать лучшего транспортная развязка и состояние дорог. Все это создает определенные трудности для своевременной доставки пациентов с ОКС в центры для проведения первичных чрескожных коронарных вмешательств. Тем не менее к настоящему времени свыше 1 850 тыс. населения ПК (70 %) прикреплено к региональным сосудистым центрам с возможностью ЧКВ, работающим круглогодично, круглосуточно, без выходных и праздничных дней. Существенным достижением последних лет можно считать тот факт, что в первичные сосудистые отделения (ПСО) и РСЦ поступают 97 % пациентов с ОКС.

С 2013 г. в Пермском крае выстроена многоуровневая система оказания медицинской помощи по профилю «кардиология». Она включает оказание первичной медико-санитарной помощи в центральных и городских больницах (1-й уровень); специализи-

рованной медицинской помощи в первичных сосудистых отделениях и кардиологических отделениях 2-го уровня (2-й уровень); специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в региональных сосудистых центрах, кардиодиспансере и Пермской краевой клинической больнице (3-й уровень); плановой высокотехнологичной медицинской помощи в кардиохирургических отделениях Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (4-й уровень) [3]. Амбулаторно кардиологическая помощь оказывается в 54 медицинских организациях края с укомплектованностью кадрами 63,4 %, а также в 22 круглосуточных стационарах с укомплектованностью 63,9 %. Служба скорой медицинской помощи насчитывает 260 бригад, из которых 176 фельдшерских, 48 врачебных и 36 специализированных (из них 2 кардиобригады и 13 реанимационных); кроме того, в оказании помощи участвуют 2 бригады санавиации ГБУЗ ПК «Пермская краевая клиническая больница», 2 бригады реанимации ГКУЗ ПК «Пермский краевой территориальный центр медицины катастроф». В настоящее время в Перми время доставки в РСЦ из любой точки города составляет не более 30 минут. Поэтому преимущество эндоваскулярных вмешательств перед тромболитической терапией при выборе метода реперфузии при ИМ очевидно, что соответствует рекомендациям Всероссийского и Европейского научных обществ кардиологов и данным международных исследований [1]. Этим объясняются и закономерные изменения соотношения долей догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) и ЧКВ на протяжении последних 3 лет в зависимости от территории (табл. 2). Во-

первых, следует отметить тенденцию к увеличению числа догоспитальных тромболитиков при ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ за 2014–2016 гг. в Пермском крае в целом. При этом в г. Перми с четким зонированием всех территорий и выстроенной маршрутизацией пациентов в РСЦ использование догоспитальной ТЛТ снижается в пользу первичного выполнения чрескожных коронарных вмешательств. Стоит отметить увеличение в 2,1 раза числа ЧКВ при ОКС во всех РСЦ Пермского края только за последние 3 года.

Таблица 2

Проведение догоспитальной тромболитической терапии и ЧКВ

Наименование		2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего догоспитальных ТЛТ по Пермскому краю	абс.	496	439	416
	% от всех ИМпСТ	19,3	18,0	17,1
г. Пермь (прикрепление к РСЦ)	абс.	151	118	81
	% от всей ТЛТ	30,4	26,9	19,5
Остальные территории Пермского края	абс.	345	345	335
	% от всей ТЛТ	69,6	73,1	80,5
ЧКВ при ОКС в РСЦ Пермского края, абс.		1263	2062	2836

В целом результаты работы ПСО и РСЦ представлены в табл. 3. Одним из статистически важных показателей является количество ЧКВ при ИМ: по рекомендации ВОЗ он должен составлять не менее 60 %. По итогам 2016 г. этот показатель в ПК составил 49 %, при этом следует отметить, что с 2014 г. он вырос более чем в 2,5 раза.

Существенным достижением с учетом логистических сложностей и высокой ответственности, связанной с принятием решения врачами и преимущественно фельдшерскими бригадами, стало создание четырех

круглосуточных телеконсультационных центров, дополнительно обслуживающих 13 районов края. Если в 2009 г. всего было оказано 8683 телеконсультации, в 2015 г. – 19 698, то к концу 2016 г. зарегистрировано 25 021 обращение. Благодаря широкому внедрению системы телеконсультирования улучшилось качество оказания помощи в отдаленных территориях, в ПСО, а также произошло увеличение числа переводов в РСЦ, в том числе для ангиографической оценки эффективности лечения больных с ОКС.

Таблица 3

Результаты работы РСЦ и ПСО в 2014–2016 гг.

Показатель	2014		2015		2016	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего пролечено пациентов с ОКС в Пермском крае	12031	–	12276	–	10451	–
Выполнено КГ при ОКС (от всех случаев ОКС в ПК)	3022	25	5229	43	5737	55
Выполнено ЧКВ при ОКС (от всех случаев ОКС в ПК)	1263	10	2062	17	2836	27
Выполнено ЧКВ при ИМ (от всех случаев ИМ в ПК)	940	19	1526	31	2230	49

Результатом консолидированных усилий специалистов догоспитального, госпитального этапов оказания помощи больным с ОКС явилась закономерная динамика по снижению летальности от ИМ (рисунок). В 2016 г. она составила 8,1 % для стационаров с ангиографией. Для сравнения: в 2016 г. в ведущих РСЦ Нижнего Новгорода этот показатель отмечался на уровне 12,3 %. В целом снижение летальности от инфаркта миокарда обусловлено уменьшением времени от первых клинических проявлений болезни до госпитализации; сокращением периода пребывания пациента в приемном покое, посту-

плением сразу в блок реанимации и интенсивной терапии; ранней верификацией степени повреждения миокарда при помощи исследования биохимических маркеров некроза, компьютерной томографии и ангиографии; использованием тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе; введением в практику интервенционных коронарных вмешательств. Рост летальности в неспециализированных медицинских учреждениях при ее снижении в ПСО и РСЦ обусловлен госпитализацией тяжелых, нетранспортабельных пациентов и только лишней раз обосновывает необходимость своевременной диагностики и направления пациента для оказания специализированной помощи в профильных стационарах.

Опыт внедрения системы дневного стационара на базе Клинического кардиологического диспансера свидетельствует о возможности ежедневного выполнения амбулаторной коронароангиографии у 12–13 человек. Применение такой ресурсосберегающей технологии в деятельности круглосуточной клиники способствует ее эффективной работе, расширяет доступность специализированной медицинской помощи. Кроме того, лечение в этих условиях исключает негативное влияние госпитализации, что приводит к более быстрому возвращению к трудовой деятельности. В целом эффективное управление деятельностью кардиологического стационара определяется четким взаимодействием служб скорой медицинской помощи с госпитальной службой с учетом приоритетов современных подходов в лечении ОКС, тем самым обеспечивается преемственность и качество с рациональным использованием собственных ресурсов.

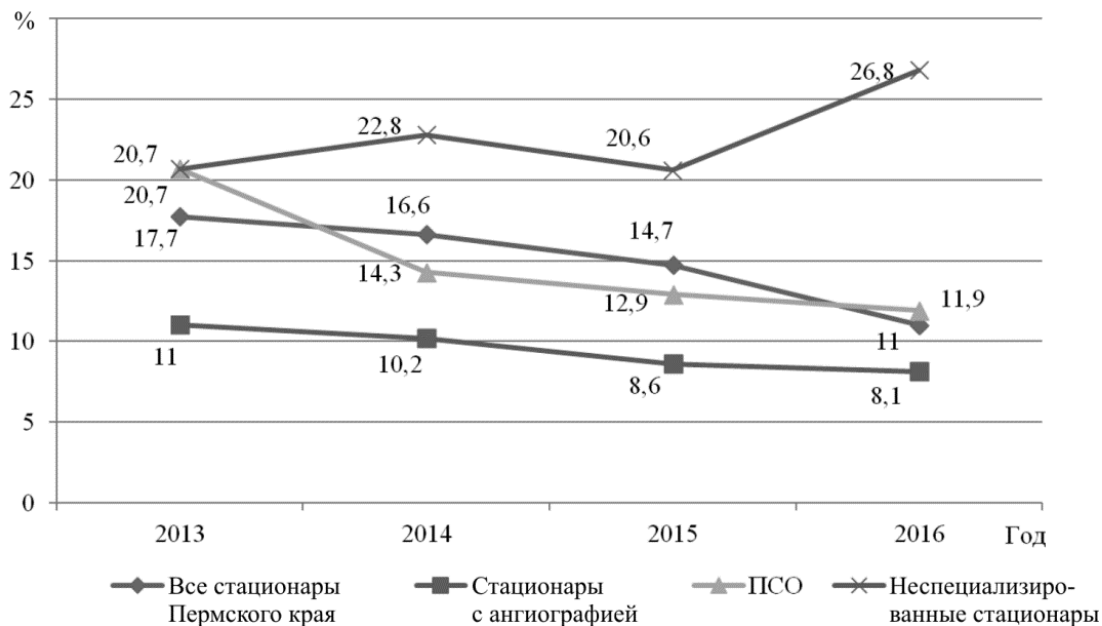


Рис. Летальность от ИМ в 2013–2015 гг. и за 9 мес. 2016 г.

Таким образом, создание многоуровневой системы оказания медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией в Пермском крае оказалось весьма своевременной формой реорганизации. Несмотря на достигнутые успехи в построении и отлаживании ее работы, ряд задач остается в числе нерешенных, приоритетных по выполнению в ближайшее время. Так, требует развития второй уровень оказания помощи (создание амбулаторных межмуниципальных центров) для своевременной диагностики и диспансерного наблюдения. Совершенствование ведения и длительного наблюдения таких больных свидетельствует о необходимости усиления организационно-методической и образовательной функций кардиолога на территориях. Кроме этого, большой массив информации нуждается в серьезной систематизации с созданием соответствующих регистров по ведущим нозологиям, в том числе по ОКС, хронической сердечной недостаточности, фибрил-

ляции предсердий. Отдельной насущной задачей стоит разработка трехэтапной системы реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выводы

1. Благодаря внедрению новых форм организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Пермском крае за последние 5 лет удалось снизить смертность от ИМ с 49,1 до 41,6 на 100 тыс. населения.

2. Количество ЧКВ при ИМ в 2016 г. составило 49 %, что неуклонно приближает Пермский край по данному показателю к рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (60 %).

3. Госпитальная летальность от ИМ в стационарах с ангиографическими установками снизилась на 26,4 % за последние 4 года и составила 8,1 % в 2016 г.

Библиографический список

1. *Барбараи Л.С., Коваленко О.В., Крючков Д.В., Херасков В.Ю., Артамонова Г.В.* Управление результатами деятельности кардиологического стационара при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом. Сибирский медицинский журнал 2011; 3: 138–142.

2. *Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е., Оганов Р.Г.* Социально-экономический ущерб от острого коронарного син-

дрома в России. Новости кардиологии 2013; 2: 10–12.

3. *Наумов С.А., Ронзин А.В., Латин О.М., Сыромятникова Л.И.* Оказание медицинской помощи больным острым коронарным синдромом в Пермском крае. Особенности работы отделения неотложной кардиологии ГАУЗ Пермского края «Городская клиническая больница № 4». Кардио-ИТ 2015; 3: 301.

Материал поступил в редакцию 26.12.2016