

Е.И. Чазов, С.А. Бойцов

Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране

Российский кардиологический научно-производственный комплекс Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, Москва

E.I. Chazov, S.A. Boitsov

Ways of reducing cardiovascular mortality in the country

Russian Cardiology Research-and-Production Complex,
Federal Agency for High-Technology Medical Care, Moscow

Основная современная задача кардиологов в нашей стране заключается в снижении сверхвысокой сердечно-сосудистой смертности, преимущественно обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС) и острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Надо отметить, что, хотя лечение ОНМК является прерогативой комплексных врачебных бригад, включающих неврологов, реабилитологов, логопедов, нейропсихологов, а в последнее время и специалистов рентгеноэндоваскулярной диагностики и терапии, в предупреждении развития сосудистых мозговых катастроф, роль кардиологов и участковых терапевтов, главным образом занимающихся лечением артериальной гипертензии (АГ), безусловно, является определяющей.

Прежде чем обсуждать пути снижения смертности от ИБС, необходимо уточнить ситуацию с ее статистикой. В течение последних нескольких лет сердечно-сосудистая смертность в Российской Федерации выше, чем в США, почти в 3 раза, но при этом смертность от ИБС больше только в 2 раза. Но самое главное, что количество инфарктов миокарда (ИМ) на 1 млн населения в нашей стране меньше в 2,8 раза (!). Вполне закономерно возникает вопрос: – что является основным механизмом смерти больных ИБС в нашей стране? В рамках многоцентрового исследования РЕЗОНАНС, имевшего своей целью уточнение механизмов смерти, включая летальные исходы на дому, на примере Железнодорожного района Рязани с населением около 100 тыс. человек было показано, что, по данным официальной статистики, острый коронарный синдром (ОКС) является причиной 7% смертей, а реально – не менее 28% смертей [1]. Эти результаты согласуются с данными главного патологоанатома Комитета здравоохранения г. Москвы, которые свидетельствуют о том, что ИМ не диагностируется у умерших на дому в 52% случаев. В связи с малой долей патолого-анатомических вскрытий вероятный процент ошибки в эпидемиологических данных о причинах смерти населения Москвы в стационарах превышает 10%, а для внебольничной смертности, составляющей в Москве более 55% от числа всех умерших, величина ошибки превышает 30% [2, 3]. Таким образом, становится понятным, что в показателях смертности от ИБС как минимум треть составляет смертность от ИМ. Кроме того, эти данные свидетельствуют о необходимости безотлагательного решения проблемы улучшения системы статистиче-

ского учета, а также решения проблемы низких частоты и качества патолого-анатомических вскрытий. В значительной мере решению этих вопросов могло бы помочь создание под эгидой Минздравсопразвития России постоянно действующих эпидемиологических регистров ИМ и ОНМК.

Хорошо известно, что важнейшим условием снижения сердечно-сосудистой смертности в индустриальном и постиндустриальном обществе является стабильная экономическая и социально-политическая обстановка, поскольку факторы хронического психоэмоционального напряжения и связанной с ней депрессии крайне негативно сказываются на частоте развития ИМ и ОНМК. Примером тому являются резкие скачки сердечно-сосудистой смертности в нашей стране в начале и в конце 1990-х годов минувшего столетия. Собственно пути снижения сердечно-сосудистой смертности тоже хорошо изучены. В этом отношении трудно переоценить опыт Финляндии и США. В 2007 г. в журнале «New England Journal Medicine» были опубликованы данные о вкладе различных лечебных и профилак-

Структура комплекса лечебных мер и мер, направленных на модификацию факторов риска, обеспечивших двукратное снижение уровня сердечно-сосудистой смертности в США в период 1980–2000 гг.

Факторы снижения риска сердечно-сосудистой смерти	%
Профилактические мероприятия (модификация факторов риска) в целом	44
Снижение уровня общего холестерина в крови	24
Снижение систолического артериального давления	20
Отказ от курения	12
Повышение уровня физической активности	5
Лечебные мероприятия в целом	47
Вторичная профилактика и реваскуляризация миокарда после ИМ	11
Лечение ОКС	10
Лечение хронической сердечной недостаточности	9
Реваскуляризация миокарда при хронических формах ИБС	5
Другое лечение	12
Факторы повышения риска сердечно-сосудистой смерти	
Увеличение индекса массы тела	8
Повышение распространенности сахарного диабета	10

тических мероприятий в двукратное снижение сердечно-сосудистой смертности в США за 1980–2000 гг. При этом было показано, что доли вклада лечебных мер и мер, направленных на модификацию факторов риска, были примерно равны – 47 и 44% соответственно [4]. В таблице представлена структура комплекса этих мероприятий.

Опыт других стран показывает, что неперенным условием и важнейшим механизмом первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является формирование здорового образа жизни населения страны. Впервые за многие годы в нашей стране решение этой проблемы запланировано на государственном уровне, что обозначено в проекте «Концепции развития здравоохранения на период до 2020 года». Очевидно, что такая задача только одному здравоохранению не по плечу. Медицинские работники, общающиеся главным образом с людьми, уже имеющими заболевания, могут решать эту масштабную задачу лишь в ограниченной степени. Органы здравоохранения реально могут готовить предложения по необходимым мерам, мониторировать эпидемиологическую ситуацию и оценивать качество проводимых мероприятий. А вот масштабная реализация мер, требующая больших финансовых вложений и достаточного организационного ресурса, возможна только с привлечением потенциала всех уровней власти. Причем, как показывает опыт реализации подпрограммы «Артериальная гипертензия» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», без доминирующего участия именно федерального уровня власти задача решается плохо. В первую очередь требуется частая и главная регулярная информация по центральному каналу телевидения и в прессе о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и мерах их профилактики, включая создание стереотипов здорового питания, достаточной физической активности и негативного отношения к курению. Примером эффективности социальной рекламы может служить история поднятия в несколько раз за полгода безнадежно низкого рейтинга первого Президента России накануне вторых выборов.

Отдельно необходимо прокомментировать ситуацию по борьбе с курением, чрезмерно высоко распространенным в нашей стране. Действительно, в последнее время Комитету по здравоохранению Госдумы, Минздравсоцразвития России, общественным организациям удалось добиться, что в скором времени написанное микроскопическими буквами предупреждение о вреде курения будет увеличено до размера 30% поверхности сигаретной пачки. Но табачному лобби, чьи интересы, как получается, находятся выше интересов национальной безопасности, удалось не допустить, чтобы на каждой пачке были представлены иллюстрации результатов курения (пораженные раком легкие, сосуды и т.д.), наиболее эффективно воздействующие на психику как реального, так и потенциального курильщика. Здесь же надо сказать о необходимости скорейшего принятия поправок к законодательству, запрещающих недобросовестную рекламу различных не разрешенных к медицинскому применению приборов, аппаратов и «чудодейственных» лечебных средств, которые, как известно, не только не приносят пользу, но и наносят удар по кошельку (а иногда и по здоровью) больных людей, а главное, отвлекают их от возможностей реальной медицины.

Вторым важнейшим элементом первичной кардиоваскулярной профилактики является раннее выявление лиц с повышенным сердечно-сосудистым риском. Безусловно, немалую роль в этом процессе должны играть кардиологи поликлиники, но главным образом решение этой задачи должно быть функцией участковых терапевтов и врачей общей практики. В основные задачи кардиолога поликлиники входит диспансерное наблюдение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диспансерное наблюдение лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. В обязательном порядке под наблюдением врача кардиологического кабинета поликлиники должны находиться больные в первые 12 мес после перенесенного ИМ, пациенты с АГ III степени, рефрактерной к терапии; больные в первые 12 мес после хирургического и интервенционного лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также имеющие угрожающие жизни формы нарушений сердечного ритма и проводимости, хроническую сердечную недостаточность IV функционального класса (ФК); больные с имплантированными искусственными водителями ритма и кардиовертерами-дефибрилляторами и больные с III–IV ФК стенокардии.

Реально кардиологи поликлиники занимаются вопросами вторичной профилактики. В то же время участковые врачи-терапевты, врачи общей практики и семейные врачи в случае приема пациентов старше 40 лет, обратившихся к ним по любому поводу, могут и должны определять у них по системе SCORE риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Самым сложным моментом в процедуре использования данной системы является необходимость оперативного определения у пациента уровня общего холестерина в крови. В этом случае пациент сразу может получить информацию о величине его риска и при наличии высоких и очень высоких его значений должен быть направлен на консультацию к врачам-кардиологам поликлиники. В принципе расчет величины риска может выполняться медицинской сестрой участкового терапевта или кабинета профилактики поликлиники.

Известно, что система SCORE дает весьма приближенную оценку величины сердечно-сосудистого риска, в том числе и потому, что она создавалась путем обработки данных, полученных на контингентах людей, проживающих в разных странах Европы. Хотя в течение последних 2 лет разработаны ее варианты для стран с населением с низким и повышенным риском, как показывает практика других стран, эффективность ее работы могла быть существенно повышена, если бы и в нашей стране было проведено достаточное по численности обследованных исследование, позволяющее рассчитать поправочный коэффициент. Необходимость проведения такого исследования, требующая немалого централизованного финансирования, учитывая резкое отличие уровня сердечно-сосудистой смертности в нашей стране от смертности в странах Западной Европы и США, весьма очевидна.

К мерам преимущественно первичной профилактики ИМ, ОНМК и сердечно-сосудистой смерти относится и борьба с АГ, которая в течение последних нескольких лет осуществляется в рамках подпрограммы «Артериальная гипертензия» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с

социально значимыми заболеваниями». Особенностью данного комплекса мер в отношении подпрограммы «Артериальная гипертензия» является то, что федеральное финансирование на ее реализацию имеет более чем скромный характер – несколько десятков миллионов рублей в год, но при этом предполагается создание соответствующих программ в субъектах Российской Федерации. Надо признать, что при всей исключительной важности данных мер (АГ является ведущим фактором риска развития ИМ, инсульта и сердечно-сосудистой смерти в целом!), данная программа разработана только в 2/3 регионов страны. Но даже там, где она была разработана и одобрена, достаточной финансовой поддержки со стороны местных администраций, как правило, не было.

Созданный в рамках реализации Федеральной программы «Артериальная гипертензия» регистр позволяет оперативно, а главное объективно оценивать положение дел с борьбой с ведущим фактором сердечно-сосудистого риска в 14 субъектах Российской Федерации и на основании этих данных оценивать ситуацию в стране в целом. Так, по данным регистра в 2007 г. заболеваемость АГ составила 9234,7 на 100 тыс. населения (в том числе первичная 843,8). В настоящее время (данные на середину февраля 2009 г.) назначается адекватное лечение (в соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества артериальной гипертензии) 56,6% больным, при этом в течение года наблюдения целевой уровень АД поддерживается у 20%. К сожалению, надо отметить, что даже работающие в рамках регистра врачи проводят полноценное обследование по выявлению сердечно-сосудистых факторов риска только у 17,2% больных, а по диагностике поражения органов-мишеней только у 28,1% больных.

Последние факты свидетельствуют об очевидной необходимости повышения качества работы участковых терапевтов и кардиологов поликлиник. И если в отношении терапевтов здесь реальным выходом является уменьшение их рабочей нагрузки за счет разукрупнения врачебных участков и уменьшения объема отчетности посредством компьютеризации их рабочего процесса, то в отношении кардиологов, как, впрочем, и представителей других «узких» специальностей, важнейшим стимулом было бы повышение заработной платы. Даже в условиях развивающегося экономического кризиса, а лучше сказать – тем более в условиях кризиса, повышение заработной платы с 6–7 тыс. рублей в месяц хотя бы в 2–3 раза вряд ли станет серьезным финансовым бременем для государства, но реально позволит повысить мотивацию к труду и восстановить приток в поликлиники молодых специалистов.

Однако даже при существенном повышении качества работы врачей-кардиологов и участковых терапевтов задачи первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии вряд ли будут полноценно реализованы, если пациент сам не обратится за помощью своевременно. Для решения этой проблемы необходимо регулярно с помощью телевидения, радио и печатных изданий проводить работу по повышению уровня информированности населения о факторах риска, их последствиях и порядке действий при их выявлении. Вторым способом ее решения является хорошо доказавшая свою эффективность диспансеризация населения и в первую очередь лиц трудоспособного возраста. В 1990-е го-

ды XX века было немало публикаций, в основном не имевших научного обоснования, пытающихся доказать, что экономические потери от проведения диспансеризации (потерянный трудовой день + затраты на диагностический процесс) не оправдываются результатами своевременного выявления социально значимых заболеваний. Такие публикации не только не имеют убедительной доказательной базы, но и в значительной мере вредны. Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 года», к счастью, предполагает возвращение к массовой диспансеризации граждан страны, но пока не ясно, каким образом эта проблема будет решаться в отношении людей, работающих в частных структурах. По всей видимости, для ее разрешения опять же потребуются соответствующие поправки к законодательству.

В отношении лиц, уже имеющих выявленные сердечно-сосудистые заболевания, в рамках мер вторичной профилактики врачи поликлиник должны особое внимание уделять проблеме повышения приверженности больных лечению. Современный набор медикаментозных средств лечения АГ и болезней, обусловленных атеросклерозом, позволяет достоверно снизить риски осложнений на 30–40%. Однако ошибочная точка зрения конкретного пациента в отношении вероятности развития побочных эффектов лечения и связанное с этим поведение, а также недостаточно убедительная аргументация в отношении необходимости регулярного приема препаратов приводят к тому, что больные самостоятельно корректируют или вообще отменяют лечение, нередко ориентируясь на советы знакомых больше, чем на рекомендации врачей. Вторым слабым местом проведения вторичной профилактики является недостаточно активная диагностическая и лечебная тактика в отношении больных с доказанной сердечно-сосудистой патологией, и главным образом это касается больных с ИБС. Несмотря на то что оказание бесплатной высокотехнологичной (и дорогостоящей) медицинской помощи (ВТМП) организовано в нашей стране уже несколько лет, до сих пор процент активного направления на коронароангиографию больных со стенокардией напряжения из поликлиник крайне низок. Главным образом эти больные поступают на лечение по инициативе кардиологов стационаров. Более того, до сих пор существует вынужденная практика отбора больных специальными выездными бригадами, которые формируются в учреждениях, непосредственно оказывающих ВТМП.

Следует также отметить, что во многих поликлиниках, несмотря на наличие велоэргометров и мониторов для суточной регистрации ЭКГ, соответствующие исследования для верификации ИБС проводятся крайне редко. При этом основной причиной являются недостатки в организации лечебно-диагностического процесса. Помимо руководителей данных поликлиник, заведующих терапевтическими отделениями и кардиологическими кабинетами, устранение указанных недостатков является задачей главных нештатных кардиологов субъектов федерации, а также организационно-методических отделов кардиологических диспансеров. В настоящее время в нашей стране, имеющей более 80 субъектов федерации, кардиологические диспансеры имеются только в 25 регионах и, к сожалению, в некоторых из них в последнее время появляется тенденция к ослаблению внимания к организацион-

ным вопросам на фоне активизации осуществления ВТМП в данном учреждении. Следует подчеркнуть, что основной функцией кардиодиспансера является именно профилактическая и организационно-методическая работа по оказанию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в данном субъекте Российской Федерации.

В процессе вторичной профилактики большая роль принадлежит не только кардиологам поликлиник, но и участковым врачам. Наиболее целесообразно лечение и наблюдение участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики и семейными врачами больных, перенесших ИМ более 12 мес назад, независимо от их возраста; пациентов трудоспособного возраста, имеющих I–II ФК стенокардии, и больных, имеющих любой класс стенокардии, находящихся в пенсионном возрасте; больных с АГ, в том числе III степени, получающих эффективную терапию; больных после хирургического и интервенционного лечения сердечно-сосудистых заболеваний более 12 мес назад; пациентов, имеющих не угрожающие жизни формы нарушений сердечного ритма, а также хроническую сердечную недостаточность I–III ФК. Только путем тесного взаимодействия кардиологов и участковых терапевтов реально решить вопросы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно проекту «Концепции развития здравоохранения страны на период до 2020 года» основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующую современному уровню развития медицины и обязательных к исполнению, являются порядки и стандарты оказания отдельных видов медицинской помощи. В настоящее время в Минздравсоцразвития России внесен проект приказа, регламентирующего порядок оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в современных условиях. Предшествующий подобный документ был датирован 1978 г. Более чем за 30 лет в стране произошли коренные социально-политические и экономические перемены. За прошедшее время появился целый ряд новых диагностических и лечебных технологий, а также наметились новые организационные формы оказания медицинской помощи. Но, к сожалению, в этот период, особенно в 1990-е годы, имели место и негативные явления, такие как, например, неоправданное сокращение числа кардиологических отделений, что в основном коснулось центральных районных больниц. В результате почти для половины населения страны существенно уменьшилась доступность к своевременному получению специализированной кардиологической помощи, особенно при неотложных сердечно-сосудистых состояниях. Также в тот период практически не обновлялось медицинское оборудование, резко ухудшилось состояние зданий, которые практически не ремонтировались. Да и в настоящее время районные больницы, находящиеся в ведении муниципалитетов, которые в большинстве регионов страны имеют очень скудный бюджет, зачастую находятся буквально в плачевном состоянии.

Новый приказ о совершенствовании оказания кардиологической помощи населению Российской Федерации, безусловно, не поможет быстро решить материально-технические проблемы стационаров и поликлиник малых городов, поскольку даже при

желании и наличии финансовых ресурсов власти субъекта Федерации практически не имеют возможности помочь муниципалитетам по причине отсутствия юридического механизма эффективного взаимодействия между федеральными, региональными и муниципальными уровнями управления в здравоохранении после принятия в 2003 г. Федерального закона (№131-ФЗ) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». Но данный документ может и должен выступить в качестве реального стимула и алгоритма действий для органов власти по совершенствованию процесса оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе посредством создания соответствующих региональных программ.

Проект приказа о совершенствовании оказания кардиологической помощи содержит такие разделы, как порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, положение об организации деятельности кардиологического диспансера, положение об организации деятельности кардиологического отделения, положение об организации деятельности кардиологического кабинета (поликлиники, диспансера), порядок выявления в амбулаторной практике лиц с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, примерное положение о главном внештатном специалисте-эксперте по кардиологии органа управления здравоохранением субъекта РФ, а также рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала кардиологических отделений стационаров и кардиологических кабинетов поликлиник. Проект данного приказа был разослан в органы управления здравоохранением всех субъектов РФ, а активное участие в его обсуждении приняли представители более 50 регионов страны.

Кроме того, в настоящее время разработан и внесен в Минздравсоцразвития России проект приказа об утверждении порядка оказания неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения, который помимо, собственно, порядка оказания помощи содержит инструкцию по принятию фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи решения о проведении больному с ОКС тромболитической терапии, перечень дополнительного оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи для оказания неотложной помощи больным кардиологического профиля, положение об организации деятельности и перечень оснащения отделения неотложной кардиологии с блоком интенсивной терапии, а также рекомендуемые штатные нормативы. Основной особенностью данного проекта приказа является то, что он является достаточно жесткой рекомендацией по восстановлению возможности получения всеми больными, включая проживающих в малых городах и сельской местности, современной специализированной неотложной помощи при болезнях системы органов кровообращения, включая интервенционные виды лечения ОКС и широкое применение тромболитической терапии. Последнее в значительной мере обеспечивается наличием инструкции по принятию решения фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи о проведении больному с ОКС данного вида лечения.

В целом можно сказать, что внедрение порядков оказания медицинской помощи позволит правильно сочетать ее этапный характер с приближением специализированной помощи как можно ближе к больному, а также использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений здравоохранения и социального обеспечения, что значительно повысит качество медицинской помощи населению.

Известно, что одним из основных факторов успешного создания системы качественной и доступной медицинской помощи является наличие единых для всей территории Российской Федерации стандартов оказания медицинской помощи при наиболее распространенных и социально значимых заболеваниях и патологических состояниях. Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с требованиями программы государственных гарантий, и их выполнение гарантируется гражданам на всей территории Российской Федерации. Создание стандартов медицинской помощи позволит рассчитать реальную стоимость медицинских услуг в каждом лечебном учреждении. Это в свою очередь даст возможность определить и обоснованно спланировать затраты в субъекте Российской Федерации, определить расходы на реализацию государственных и территориальных программ медицинской помощи населению, рассчитать необходимое лекарственное обеспечение этих программ (список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств), обосновать подушевые нормативы финансирования и оптимизировать варианты проведения реструктуризации сети учреждений здравоохранения. Кроме того, стандарты должны являться базой для расчетов тарифов в системе обязательного медицинского страхования. Наконец, стандарты должны быть реальной помощью лечащему врачу в выборе достаточного и экономически обоснованного способа обследования и лечения каждого конкретного больного. Безусловно, нельзя исключить клинические ситуации, требующие большего объема лечебно-диагностических мероприятий, чем это предписано стандартом. В подобных ситуациях администрация медицинского учреждения имеет право принятия решения о расширении спектра этих мероприятий или переводе больного в более хорошо оснащенный стационар.

За последние несколько лет под эгидой Министерства здравоохранения было разработано несколько стандартов оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но, к сожалению, в силу наличия ранее упомянутого Федерального закона №131 от 2003 г. данные документы имели юридическую силу только для медицинских учреждений федерального подчинения. В настоящее время создан механизм согласования стандартов оказания медицинской помощи в Минюсте России, что придаст вновь разработанным или откорректированным стандартам юридическую силу для лечебно-профилактических учреждений субъектового и муниципального уровней подчинения. Разработка новых документов и корректировка старых документов могут быть оптимизированы после выпуска Минздравсоцразвития России методических рекомендаций по подготовке стандартов оказания медицинской помощи.

В течение нескольких последних лет одним из основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» является программа оказания

ВМП, в том числе и при сердечно-сосудистых заболеваниях. Данная программа реально повысила доступность для населения бесплатных операций коронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца, имплантации электрокардиостимуляторов, операций на проводящих путях сердца и, что очень важно, рентгеноэндоваскулярных процедур по ангиопластике и стентированию коронарных артерий. На настоящий момент очень больших очередей (за исключением операций коронарного шунтирования) за получением высокотехнологичной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях нет. Однако неизбежный процесс совершенствования отбора больных на ВМП, в случае если не произойдет быстрого увеличения ее объемов (в настоящее время помощь оказывается не более чем 10% больным от расчетной потребности), приведет к появлению таких очередей. В значительной мере решению проблемы поможет ввод в строй новых кардиохирургических центров и региональных сосудистых центров, но существенным подспорьем в решении этой проблемы может и должно стать увеличение степени участия бюджетов субъектов федерации в обеспечении расходным материалом уже имеющихся в этих регионах кардиохирургических операционных и рентгеноэндоваскулярных отделений. В частности, в настоящее время по причине главным образом отсутствия расходного материала из более 130 существующих рентгеноэндоваскулярных установок эффективно, т.е. с выполнением более 200 процедур в год, работает не более 25%.

В течение последних лет в мировой лечебной практике отчетливо обозначилась тенденция увеличения доли больных с ОКС, как больных, имеющих самый высокий сердечно-сосудистый риск. В нашей стране безо всяких инструкторных документов со стороны органов управления здравоохранением в течение последних 3 лет из общего числа коронарных стентирований около 35% этих процедур выполняется больным с ОКС. Безусловно, данные тенденции надо сохранять и развивать, но при этом, учитывая явную недостаточность использования интервенционных методов лечения хронических форм ИБС (не более 8–10% от потребности), должно происходить быстрое увеличение количества стентирований коронарных артерий и операций коронарного шунтирования.

Существенным стимулом к более широкому использованию интервенционных способов лечения ОКС, тромболитической терапии ОКС с подъемом сегмента ST, а также восстановлению и созданию новых кардиологических отделений и блоков интенсивной терапии в районных больницах должны стать мероприятия, проводимые в целом ряде регионов нашей страны в рамках выполнения специальных постановлений Правительства Российской Федерации. Согласно этому постановлению ежегодно между 12 регионами и Минздравсоцразвития России заключаются соглашения о совместном финансировании мероприятий по созданию системы лечения больных с ОНМК и ОКС с применением современной диагностической техники и рентгеноэндоваскулярных технологий лечения. Основным структурным элементом данной системы является так называемый региональный сосудистый центр, как правило, создаваемый на базе республиканских или областных больниц. В свою очередь важнейшим структурным элементом, который как бы объединяет неврологические и кардиологические под-

разделения центра, служит отделение (лаборатория, кабинет) рентгеноэндоваскулярный диагностики и лечения. Кардиологические подразделения регионального сосудистого центра, кроме того, включают в себя отделение неотложной кардиологии (или кардиологическое отделение) с блоком интенсивной терапии.

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

Планируется ежегодно в данную программу, предполагающую софинансирование из федерального центра и субъекта федерации, включать по 12 регионов страны. Однако отнюдь не обязательно ожидать непрямого включения в данную программу. Все эти мероприятия вполне могут быть реализованы собственными силами, особенно в тех регионах, где уже имеются рентгеноэндоваскулярные установки. Для этого требуется инициатива кардиологов и органов управления здравоохранением, а также поддержка администрации муниципальных образований и субъектов федерации. Необходимо отметить, что данные меры действительно будут эффективными при условии, что местные власти будут постоянно обеспечивать лечебно-диагностический процесс необходимым расходным материалом и лекарственными средствами.

Известно, что в нашей стране порядка 75% всех смертей от ИМ наступают вне стационара, причем в абсолютном большинстве случаев еще до первого контакта с медицинским работником [5]. В связи с этим становится понятной высокая значимость самопомощи и первой помощи больному со стороны окружающих. Уже говорилось о важной роли средств массовой информации в повышении уровня информированности населения о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Телевидение могло бы также быть полезным в решении и этой проблемы посредством разъяснения порядка действий при появлении признаков тяжелого сердечного приступа у самого больного или кого-либо из его окружения. Но, конечно, основная роль в обучении больного с ИБС правилам самопомощи принадлежит участковым врачам, врачам общей практики и кардиологам.

Не менее важно, чтобы лица, обязанные оказывать первую помощь по закону или специальному правилу (сотрудники милиции, ГИБДД, МЧС, пожарные), должны обладать знаниями и навыками (в объеме 12-часового первичного образовательного курса инструктажа) по определению пульса на сонных артериях, артериального давления, частоты дыхания, проведению реанимационных мероприятий при внезапной сердечной смерти, оказанию первой помощи при сердечном приступе и гипертоническом кризе, а также по применению автоматического кардиовертера-дефибриллятора. Аналогичный образовательный курс целесообразно рекомендовать для факультативного прохождения всем сотрудникам учреждений и организаций, непосредственно контактирующих с большим количеством постоян-

но меняющегося состава людей (вокзалы, аэропорты, метрополитен и т.п.). Проведение данного образовательного курса первичной медицинской подготовки указанных контингентов в соответствии с приказом Минздравмедпрома РФ №261 от 21 июня 1996 г. осуществляется территориальными центрами медицины катастроф с выдачей по завершению обучения официального свидетельства с указанием конкретных неотложных состояний, при которых обладатель свидетельства освоил правила первой помощи. Задачи по подготовке учебных программ школ первой помощи в области неотложной кардиологии и привлечению к их решению имеющегося учебно-методического потенциала медицинских училищ, колледжей и вузов, а также по согласованию школ первой помощи, созданных при региональных и местных отделениях Российского Красного Креста и региональных служб спасения целесообразно возложить на главного специалиста-эксперта по кардиологии субъекта Российской Федерации.

При этом необходимо, чтобы места массового скопления граждан и большой вероятности развития неотложных сердечно-сосудистых состояний для повышения эффективности оказания первой помощи оснащались автоматическими аппаратами для измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений, электрическими дефибрилляторами с системой автоматической оценки ЭКГ и проведения дефибрилляции, аптечками для оказания первой помощи при неотложных сердечно-сосудистых состояниях, а также плакатами, поясняющими правила проведения реанимационных мероприятий и методику применения (использования) аппаратов для измерения артериального давления, дефибрилляторов и аптечек первой помощи.

И наконец, важными условиями придания долговременного характера всем обсуждаемым мероприятиям являются развитие фундаментальных и клинических научных исследований, в том числе направленных на разработку оригинальных отечественных лекарственных препаратов и средств медицинского применения, а также целенаправленное развитие медицинской промышленности. Только комплекс централизованных и региональных мероприятий, проводимых не в режиме кампаний, а планомерно и на постоянной основе, позволит действительно добиться вначале устойчивой тенденции, а затем и значимого снижения сердечно-сосудистой смертности в стране.

Литература

1. Бойцов С.А., Руда М.Я., Никулина Н.Н. и др. Национальный регистр острого коронарного синдрома: положение дел и перспективы. *Кардиоваскул. тер. и профилактика.* 2007; 4: 115–20.
2. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991–2000 гг.). *Арх. патол.* 2002; Приложение.
3. Зайратьянц О.В., Ковальский Г.В., Рыбакова М.Г. и др. *Медико-демографические показатели: Россия, Москва, Санкт-Петербург. XX век, – начало XXI века. Справочное пособие. Таблицы и графики.* М.: МГСУ, 2006.
4. Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. Explaining the decrease in US deaths from coronary disease, 1980–2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388–98.
5. Гафаров В.В., Благинина М.Ю. *Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА).* *Кардиология.* 2005; 5: 49–51.