

УДК 616.1:614.21

**ОПЫТ РАБОТЫ ПЕРВИЧНОГО
СОСУДИСТОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Аршинова Нина Александровна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Одноволов Олег Тимофеевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Макухин Валерий Валентинович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Веселенко Марина Игоревна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Кирсанов Сергей Павлович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье обобщены показатели работы первичного
сосудистого отделения кардиологического
профиля стационара ГБУЗ «Краевая клиническая
больница № 2» в 2011–2013 гг.

Ключевые слова: ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ, ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ
СИНДРОМ

UDC 616.1:614.21

**THE OPERATIONAL EXPERIENCE OF
PRIMARY CARDIOVASCULAR CARE
DEPARTMENT IN IMPROVEMENT OF
MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH
ACUTE CORONARY SYNDROM**

Arshinova Nina Alexandrovna – MD
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Odnovolov Oleg Timofeevich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Makukhin Valeriy Valentinovich – MD
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Veselenko Marina Igorevna – MD
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Kirsanov Sergey Pavlovich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The article presented the experience of primary
cardiovascular care department of SBIHC «Krai clinic
hospital Nr 2» in 2011–2013 years.

Key words: PRIMARY CARDIOVASCULAR CARE
DEPARTMENT, ACUTE-CORONARY SYNDROM

Проблема улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим сердечно-сосудистой патологией, особенно актуальна, поскольку в значительной степени влияет на снижение показателей смертности.

Так, в общей структуре смертности от заболеваний смертность от сердечно-сосудистой патологии составляет 56,7 %, что существенно превышает данный показатель не только в США (34 %), но и в большинстве европейских стран [1].

Среди всех болезней системы кровообращения основными причинами смерти населения являются ишемическая болезнь сердца, в том числе осложненная хронической сердечной недостаточностью, а также цереброваскулярные болезни. Среди болезней системы кровообращения доля умерших от ишемической болезни сердца составляет 51,5 %, от цереброваскулярных болезней – 32,8 %.

В общей структуре смертности доля инфаркта миокарда составляет 3 %, а острых нарушений мозгового кровообращения – 18 %. В структуре смертности от ишемической болезни сердца на долю инфаркта миокарда приходится только 11,6 %.

В США показатель смертности от инфаркта миокарда практически равен российскому (48 и 45 на 100 тыс. населения, соответственно), и в структуре смертей от ишемической болезни сердца доля смертей от инфаркта составляет 33,1 %. Имеет место разница в общем показателе смертности от сердечно-сосудистой патологии, обусловленная высоким уровнем смертности в России от хронической формы ишемической болезни сердца при практически равной с США распространённости (на 100 тыс. взрослого населения в США – 7652, а в России – 6249).

В России смертность от ишемической болезни сердца в основном обусловлена ее осложнением – хронической сердечной недостаточностью, при которой пятилетняя выживаемость составляет не более 50 %.

При высоком значении показателя обеспеченности населения койками в Российской Федерации имеет место очень высокий уровень внегоспитальной смертности, превышающий 80 %, в основном за счет внезапной сердечной смерти. В США, Японии этот показатель составляет около 50–60 %.

Одной из ведущих причин внегоспитальной смертности является внезапная сердечная смерть, особенно высокая в нашей стране среди мужчин. Частота внезапной сердечной смерти в Российской Федерации, по данным клинико-эпидемиологических исследований, составляет 156 случаев среди мужчин и 72 случая среди женщин на 100 тыс. населения в год [3].

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), важнейшую роль в развитии сердечно-сосудистой патологии у населения Российской Федерации играют такие факторы риска, как артериальная гипертензия (величина вклада 35,5 %), гиперхолестеринемия (23,0 %), курение (17,1 %), недостаточное потребление фруктов и овощей (12,9 %), ожирение (12,5 %), недостаточная физическая активность (9,0 %), а также фактор злоупотребления алкоголем (11,9 %) [2].

Поэтому снижение смертности от сердечно-сосудистой патологии стало одной из важнейших государственных задач. При этом роль здравоохранения в решении данной проблемы обусловлена организацией системы профилактической направленности этой категории заболеваний [1].

Согласно рекомендациям ВОЗ, существуют следующие основные стратегии профилактической направленности:

- профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска;

- вторичная профилактика – проведение лечебных мероприятий в период обострения заболевания и принятие лечебных мер по их предупреждению [2].

Первая стратегия осуществляется на индивидуальном и групповом уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, вторая – в рамках специализированной медицинской помощи и дальнейшей реабилитации в условиях санатория.

Опыт ряда стран (Финляндия, США, Великобритания, Нидерланды, Австралия, Новая Зеландия) показал, что проведение профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска болезней системы кровообращения, наиболее эффективно, по сравнению с лечебными мероприятиями, и способствует двукратному и более снижению смертности от этих заболеваний. Так, вклад лечебных мероприятий в снижение смертности составляет 37 %, а профилактических – 55 % (8 % – неопределенные факторы). В США двукратное снижение смертности от ишемической болезни сердца произошло в период 1980–2000 годов.

Эффект профилактических мероприятий, направленных на выявление лиц высокого риска, а также уменьшение распространённости факторов риска болезней системы кровообращения, обусловлены:

- на 24 % – за счет рационального питания и снижения уровня холестерина;
- на 20 % – за счет контроля уровня артериального давления;
- на 12 % – за счет отказа от табакокурения;
- на 5 % – за счет увеличения физической активности.

Эффект лечебных мероприятий (вторичная профилактика) обоснован:

- на 11 % – вторичной медикаментозной профилактикой и применением методов реваскуляризации миокарда после перенесенного инфаркта миокарда;

- на 10 % – эффективным лечением острого коронарного синдрома;
- на 9 % – эффективностью лечения хронической сердечной недостаточности;
- на 5 % – реваскуляризацией миокарда у больных стенокардией;
- на 12 % – применением других методов лечения ишемической болезни сердца [2, 3].

В нашей стране алгоритм практической реализации мер, направленных на снижение смертности от сердечно-сосудистой патологии, определен нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации [1, 4, 5]. Согласно этим документам, установлены этапность и порядок оказания медицинской помощи – от амбулаторной, в том числе скорой, до специализированной стационарной, высокотехнологичной.

Наиболее эффективной организационной формой работы оказалось создание региональных сосудистых центров (РСЦ) и первичных сосудистых отделений (ПСО), работающих в единой цепочке со службой скорой медицинской помощи (СМП) и амбулаторным звеном.

На базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» (ГБУЗ «ККБ № 2») реализация задач, поставленных перед здравоохранением Российской Федерации и Краснодарского края, началась с организации ПСО в составе отделений кардиологического и неврологического профилей. Значительную роль в становлении и оснащении этих отделений сыграли модернизация отрасли здравоохранения и дополнительное финансирование, полученное по данной программе.

Первичное сосудистое отделение кардиологического профиля было оснащено современным медицинским оборудованием и укомплектовано квалифицированным кадровым потенциалом.

С целью снижения летальных случаев от сердечно-сосудистой патологии нами, прежде всего, был определен четкий алгоритм комплексной взаимосвязанной работы амбулаторной (скорой) службы и регионального сердечно-сосудистого центра с целью решения основной задачи – своевременной диагностики и определения дальнейшей тактики ведения больного.

Решение поставленной задачи предполагало осуществление больницей комплекса мер на подготовительном этапе организации ПСО. В частности, подготовка к созданию ПСО началась в 2010 году, в течение которого администрацией больницы были приобретены в достаточном количестве прикроватные мониторы, новые функциональные кровати, дозаторы лекарственных веществ. Следует отметить, что в кардиологическом отделении и до этого функционировала палата интенсивной терапии с круглосуточным дежурством врача и медицинской сестры, были отработаны методики тромболитической терапии, временной эндокардиальной стимуляции сердца при нарушениях проводимости и т.д.

В новых условиях перед кардиологами была поставлена задача более широкого использования системного тромболиза. Этому способствовало тесное взаимодействие с бригадами СМП.

Преимущество работы стационара и СМП обеспечивалась, прежде всего, своевременным информированием по мобильной связи врача-кардиолога стационара о доставке пациента с острым коронарным синдромом (ОКС).

Необходимо привлекать средства массовой информации для информирования врачами населения о ранних признаках ОКС, требующих незамедлительного обращения за медицинской помощью. Это позволит увеличить поток госпитализируемых в стационар в ранние сроки (до 6 часов) от начала ангинозного приступа и расширить показания для применения тромболитической терапии.

Одновременно начал функционировать РСЦ на базе Краевой клинической больницы № 1. Бригады СМП напрямую доставляют туда пациентов с ОКС в возрасте до 70 лет, а с 2012 года – до 75–80 лет для проведения инвазивного лечения. Этим обусловлено преобладание очень пожилых пациентов в ПСО ККБ № 2.

Основные показатели работы ПСО за последние три года приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные показатели работы первичного сосудистого отделения за период 2011–2013 гг.

Показатель	2011 год	2012 год	2013 год
Выбыло пациентов	784	647	671
Работа койки	328	331	337
Оборот койки	24,3	18,2	19,0
Среднее пребывание на койке	11,5	11,3	10,5

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что максимальное количество пациентов из ПСО было выписано в 2011 году. В дальнейшем количество доставляемых пациентов несколько сократилось, и в настоящее время оно остается относительно стабильным – в среднем 659 больных. Это связано с расширением возрастных рамок пациентов, доставляемых в РСЦ напрямую в 2012 году. Количество проведенных койко-дней также снижается, несмотря на некоторое увеличение числа больных в 2013 году. Показатели работы койки, как и оборот койки, в течение двух последних лет остаются стабильными. Среднее пребывание на койке неуклонно снижается за счет использования современных технологий в лечении кардиологических больных и перевода их на дальнейшее наблюдение в дневные стационары и кардиологический центр Специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ).

В таблице 2 приведены данные о составе больных по нозологии.

Таблица 2 – Состав пациентов по нозологическим формам за период 2011–2013 гг.

Нозология	2011 год	2012 год	2013 год
Ишемическая болезнь сердца – всего	721	647	671
В том числе			
Инфаркт миокарда	196 (27,2 %)	181 (28 %)	195 (29 %)
Нестабильная стенокардия	487 (67,5 %)	436 (67,4 %)	442 (66 %)
Другие формы острой ишемической болезни сердца	35 (4,9 %)	25 (3,9 %)	29 (4,3 %)
Хроническая ишемическая болезнь сердца	3 (0,4 %)	5 (0,7 %)	5 (0,7 %)

Как видно из данных, приведенных в таблице 2, в структуре кардиологической патологии преобладают пациенты с нестабильной стенокардией (в среднем за три года – 67 %), куда относятся больные с впервые возникшей и прогрессирующей стенокардией. Данные о количестве больных с инфарктом миокарда относительно стабильны практически по всем сравниваемым годам.

Более подробно остановимся на пациентах с «Другими формами острой ИБС» и отметим важную статистическую особенность, способную оказать влияние на показатели летальности при острой ИБС. В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10) существует шифр «I24.8 Другие острые формы ИБС». До организации ПСО этим шифром кодировали острый коронарный синдром, не приводящий к инфаркту миокарда, т.е. тяжёлую прогрессирующую стенокардию. К нему относили диагноз «острая коронарная недостаточность», который выставляется пациентам, умершим в первые часы от развития острой коронарной катастрофы, когда как клинические, так и патологоанатомические признаки инфаркта миокарда не успевают

развиться. В приказах об организации ПСО, где были перечислены допустимые шифры МКБ, шифр «I24.8» прописан не был.

Таким образом, сложилась ситуация, когда выжившие пациенты с ОКС без инфаркта миокарда стали относиться к «нестабильной стенокардии», а диагнозы пациентов, умерших в первые часы без признаков инфаркта миокарда, стали шифроваться или как «инфаркт миокарда неуточненный», если пациент был в ПСО, или «другие острые формы ИБС», если больной был вне ПСО. В результате последняя патология стала характеризоваться колоссальной летальностью, возросла летальность и от «неуточненного» инфаркта миокарда в ПСО. Данная статистическая коллизия требует своего разрешения на уровне, как минимум, министерства здравоохранения Краснодарского края с привлечением ведущих кардиологов.

Данные по средней продолжительности пребывания на койке по нозологии представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Среднее пребывание на койке по нозологии за период 2011–2013 гг.

Нозология	2011 год	2012 год	2013 год
Болезни системы кровообращения	11,1	11,4	11,9
Нестабильная стенокардия	10,6	10,6	10,9
Инфаркт миокарда	13,2	13,0	13,7
Другие формы острой ишемической болезни сердца	8,2	8,0	7,0

Как видно из данных таблицы 3, показатели койко-дней, проведенных больными в течение 2011–2013 гг., остаются относительно стабильными.

Возрастной состав пролеченных пациентов, представленный в данных таблицы 4, свидетельствует о том, что за период 2011–2013 гг. преобладали пациенты пожилого и старческого возраста.

Таблица 4 – Возрастной состав пролеченных пациентов за период 2011–2013 гг.

Возраст, лет	2011 год	2012 год	2013 год
30–39	9	4	4
40–49	32	25	26
50–59	108	79	83
60–69	154	107	119
70–79	281	234	174
80 и более	143	97	96

Доля пациентов старше 70 лет достигает 60 %, что, естественно, сказывается на показателях летальности (табл. 5).

Таблица 5 – Показатели летальности пациентов за период 2011–2013 гг., %

Показатель	2011 год	2012 год	2013 год
Общая летальность	5,0	6,2	5,6
Досуточная летальность	2,1	1,8	2,6
Процент умерших в первые сутки	40	30	40
Летальность от инфаркта миокарда	12,8	12,1	12,1
Процент умерших в первые сутки от инфаркта миокарда	22,9	22,5	34,4

Данные таблицы 5 демонстрируют, что общая летальность пациентов по годам меняется незначительно с некоторой тенденцией роста. Однако высокий процент умерших в первые сутки обусловлен тем, что большинство пациентов, доставляемых в стационар бригадами СМП, находятся практически в агональном состоянии. В приёмном и реанимационном отделениях осуществляется попытка, как правило, безуспешная, восстановления их витальных функций. При аутопсии в этих случаях имеется равная вероятность выявления острой коронарной недостаточности (ОКН) или тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА), а иногда и сочетания этих процессов. Бригады СМП транспортируют таких пациентов почти всегда с диагнозом «ИБС. ОКС».

Стабильная тенденция снижения летальности от инфаркта миокарда в 2013 году на 5,4 %, в сравнении с 2011 годом, в определенной мере,

связана с четко отработанной системой поэтапного оказания медицинской помощи и использованием эффективных методов медикаментозного лечения.

Доля пациентов, умерших от инфаркта миокарда в первые сутки, относительно была стабильна, с тенденцией к повышению в 2013 г. К ним относятся случаи ареактивного кардиогенного шока, разрыва миокарда у очень пожилых пациентов, в том числе после тромболитической терапии.

Причины летальных исходов пациентов за 2011–2013 гг. представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Основные причины летальных исходов пациентов за период 2011–2013 гг.

Причина	2011 год	2012 год	2013 год
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	27 (74 %)	23 (70 %)	22 (72 %)
Кардиогенный шок	5 (13 %)	8 (24 %)	6 (18 %)
Лёгочно-сердечная недостаточность	5 (13 %)	2 (6 %)	3 (7 %)
Тампонада перикарда	-	-	1 (3 %)
Итого	37	33	32

Как видно из данных таблицы 6, преобладающими причинами летальных исходов были острая сердечно-сосудистая недостаточность и кардиогенный шок.

Работа ПСО проходила в тесном взаимодействии с РСЦ на базе Центра грудной хирургии (ЦГХ). Часть пациентов с ОКС и стабильной гемодинамикой были переправлены в РСЦ для проведения инвазивного лечения непосредственно из приёмного отделения. Переводу подлежали также пациенты с недостаточно эффективным консервативным лечением, у которых рецидивировали ангинозные приступы (рис. 1). В свою очередь, из РСЦ часть пациентов с инфарктом миокарда переводили на долечивание в ПСО.

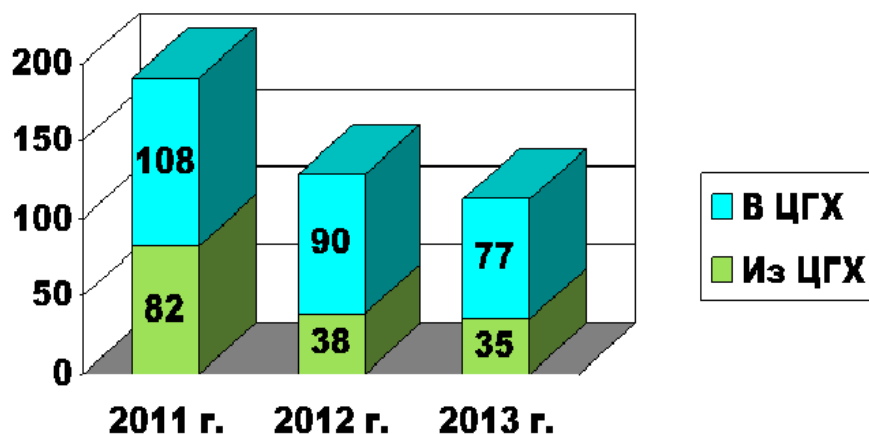


Рисунок 1. Динамика числа переводных пациентов из Центра грудной хирургии за период 2011–2013 гг.

Данные по тромболитической терапии пациентов в ПСО представлены на рисунке 2.

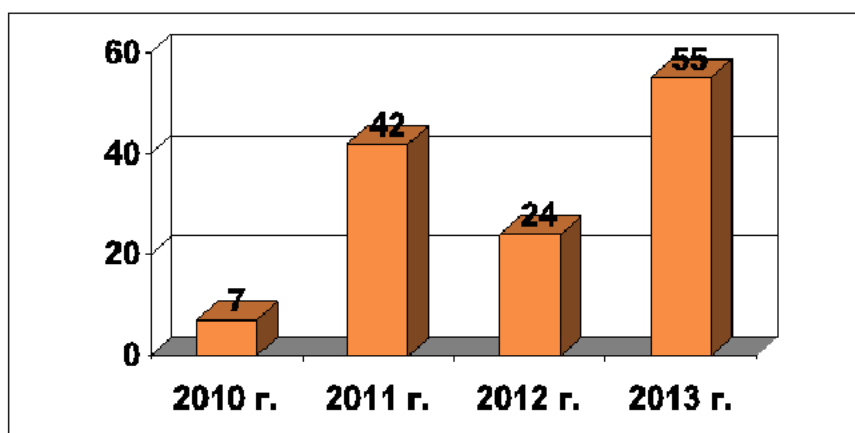


Рисунок 2. Динамика числа проведенных тромболитических терапий пациентам в первичном сосудистом отделении за период 2011–2013 гг.

После открытия ПСО произошло шестикратное увеличение числа пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия. Это связано как с улучшением финансирования, так и со сменой алгоритма лечения пациентов с инфарктом миокарда, имеющих подъём сегмента ST на ЭКГ, и ориентацией на более активные медицинские вмешательства.

Снижение числа пациентов с тромболитической терапией в 2012 году обусловлено поступлением более пожилого контингента больных, имеющих, как правило, противопоказания к этому лечению. В этом же году в ПСО поступили пять пациентов, у которых тромболитическая терапия была начата бригадами СМП догоспитально. В 2013 году мы несколько расширили показания к проведению тромболизиса – у больных старше 80 лет при отсутствии противопоказаний (рекомендации Российского кардиологического общества (РКО) по лечению инфаркта миокарда не устанавливают никаких возрастных ограничений). Однако у трех таких пациентов после тромболизиса мы получили разрыв миокарда в первые сутки инфаркта, что косвенно могло быть связано и с таким агрессивным лечением.

В целом доля пациентов с инфарктом миокарда, имеющих подъем сегмента ST на ЭКГ, подвергнутых тромболитической терапии, составляет около 65 %.

С сентября 2013 года пациентам с ОКС в ГБУЗ «ККБ № 2» начали проводить коронароангиографию (КАГ), до конца 2013 года выполнено 51 исследование.

В заключение отметим, что программа совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией, реализованная в Краснодарском крае в виде создания и расширения сети ПСО и РСЦ, полностью себя оправдала. Улучшение и доступность оказания медицинской помощи больным с ОКС и не только в крупных городах способствовали снижению смертности в Краснодарском крае от болезней системы кровообращения.

Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р.
2. *Оганов Р.Г.* Сердечно-сосудистые заболевания в начале XXI века: медицинские, социальные, демографические аспекты и пути профилактики. Федеральный справочник. – Т. 13/IV. С. 257–264.
3. *Ерохина Т.В.* Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2013. – № 2 (март – апрель).
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 3 февраля 2010 г. № 52 н г. Москва «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. № 1154 «О финансовом обеспечении в 2010 году за счет бюджетных ассигнований из федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».
5. *Галеев И.Н.* Комментарии к Федеральному закону от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (постатейно) // Деловой двор. – 2013.