

Киреев К.А.^{1,2}, Москвичёва М.Г.¹, Фокин А.А.^{1,2}, Белова С.А.¹, Киреева Т.С.¹

Анализ результатов внедрения рентгенэндоваскулярных технологий при лечении острой коронарной патологии в Челябинской области

ПГБОУ ВПО "Южно-уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ", г. Челябинск; 2НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД", г. Челябинск

Kireev K.A., Moskvicheva M.G., Fokin A.A., Belova S.A., Kireeva T.S.

The first results of introduction of endovascular techniques in treatment of acute coronary pathology in Chelyabinsk region

Резюме

Цель. Изучение результатов лечения пациентов с острой коронарной патологией в Челябинской области. Материал и методы. Проведен анализ деятельности одного из региональных сосудистых центров Челябинской области (НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД"), а также дана оценка динамики смертности от острых инфарктов миокарда в г. Челябинске. Результаты. Применение рентгенэндоваскулярных технологий в лечении острых инфарктов миокарда привело к снижению летальности в медицинской организации и смертности на уровне г. Челябинска. Заключение. Дальнейшее улучшение результатов лечения острой коронарной патологии связано с чётким исполнением маршрутизации пациентов, рациональным применением реперфузионных средств, внедрением электронного регистра больных ИБС с мониторингом соответствия критериям доступности и качества медицинской помощи Программы государственных гарантий.

Ключевые слова: маршрутизация пациентов, регистр больных ИБС, чрескожное коронарное вмешательство, острый инфаркт миокарда

Summary

Purpose. Learning outcomes of patients with acute coronary pathology in the Chelyabinsk region. Material and methods. The analysis of the activities of a regional vascular center of Chelyabinsk Oblast (MSH "Road Clinical Hospital v. Chelyabinsk JSC" Russian Railways"), as well as the estimation of trends in mortality from acute myocardial infarction in Chelyabinsk. Results. The use of endovascular techniques in the treatment of acute myocardial infarction resulted in a reduction of mortality in medical organizations and mortality at Chelyabinsk. Conclusion. Further improvement of the results of treatment of acute coronary pathology associated with a clear execution routing patients, rational use of resources reperfusion, the introduction of electronic registers CHD patients with monitoring compliance with the criteria of accessibility and quality of medical care program of state guarantees.

Keywords: routing patients register CHD patients, percutaneous coronary intervention, acute myocardial infarction

Введение

Болезни системы кровообращения (БСК) представляют собой одну из приоритетных проблем Российского здравоохранения [1,2]. Отличаясь высокими показателями смертности, инвалидизации, снижения трудоспособности и качества жизни, сердечно-сосудистые заболевания оказывают значимое негативное влияние на демографическую ситуацию как на уровне государства, так и конкретного региона [3]. По этой причине Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. №598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения"

поставлена задача до 2018 года снизить смертность от БСК до 649,4 случаев на 100 тыс. населения.

По данным Челябинскстата, показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Челябинской области за последние 5 лет имеют тенденцию к снижению с 764,7 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 726,3 на 100 тыс. населения в 2013 г. [4]. Несмотря на положительную динамику, этот показатель остаётся высоким и превышает среднероссийский показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний – 696,5 на 100 тыс. населения [3].

Одним из возможных способов достижения целевого показателя является совершенствование медицинской помощи пациентам с острыми инфарктами миокарда (ОИМ). По данным официальной статистики, в 2006—2009 гг. от ОИМ в год умирали 64–66 тыс. человек, что соответствует численности населения районного города. Каждый год Россия теряет 100–120 тысяч лет жизни трудоспособного населения, преимущественно мужчин. Именно потери ВВП вследствие смерти от ОИМ в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба от острого коронарного синдрома в России. В 2009 г. эти потери составили более 49,3 млрд. рублей, что почти в 2,5 раза больше, чем все затраты на медицинскую помощь при острой коронарной патологии (20,9 млрд. рублей) [5].

Материал и методы

Для оценки результатов работы по оказанию экстренной рентгенэндоваскулярной помощи пациентам с острой коронарной патологией нами проведен анализ деятельности одного из региональных сосудистых центров Челябинской области (НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД"). Материалами исследования явились годовые статистические отчеты кардиологического отделения и отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения за 2011, 2012, 2013 годы. С целью анализа динамики смертности от ОИМ в г. Челябинске применялся аналитический метод на основании статистической формы С51 Челябинскстата, официальных статистических данных Управления здравоохранения Администрации г. Челябинска и Министерства здравоохранения Челябинской области.

Результаты и обсуждение

С августа 2011 г. в Челябинской области в рамках Программы модернизации здравоохранения для лечения ОИМ внедрён инвазивный метод восстановления коронарного кровообращения – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Первым организационным этапом стал охват экстренной рентгенэндоваскулярной помощью жителей г. Челябинска. Были определены дежурные ЧКВ-центры: НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД" (НУЗ ДКБ), ГБУЗ "Областная клиническая больница №3" и с I квартала 2012 г. – ГБУЗ "Челябинская областная клиническая больница". С 2013 г. эти клиники, работая в режиме региональных сосудистых центров, ведут приём пациентов с острой коронарной патологией из 13 городских округов и 16 муниципальных районов области.

В 2012 г. в региональных сосудистых центрах г. Челябинска, оказывающих urgentную специализированную рентгенэндоваскулярную помощь, выполнено 533 экстренных стентирований коронарных артерий, из них 409 (76,7%) и 114 (21,4%) жителям Челябинска и Челябинской области соответственно. В 2013 г. количество urgentных эндоваскулярных операций увеличилось практически в 2 раза – 994 вмешательства, из них 690 (69,4%) городскому населению и 285 (28,7%) пациентам из области. Тренд

роста числа экстренных операций при острых инфарктах миокарда сохранился и в I полугодии 2014 г. выполнена 581 сердечная реконструкция (I полугодие 2013 г. – 481), из них 416 (71,6%) и 149 (25,6%) городским и областным пациентам соответственно.

Общегородские тенденции чётко прослеживаются в работе НУЗ ДКБ по поступлению экстренных пациентов и выполнению чрескожных коронарных вмешательств. В 2012 г. в НУЗ ДКБ госпитализировано 416 пациентов с рабочим диагнозом "острый коронарный синдром", из них с ОИМ – 248 (59,6%). В 2013 г. на 20% увеличилось количество поступивших с острой коронарной патологией – 506 человек, при этом доля пациентов с ОИМ осталась прежней 300 (59,3%). В I полугодии 2014 г. зарегистрировано значительное увеличение потока пациентов с острой коронарной патологией. За эти 6 месяцев количество поступивших больных уже превысило аналогичный показатель за весь 2013 г. Доставлено в НУЗ ДКБ с острой коронарной патологией 628 пациентов, из них: с ОИМ – 314 (50%), с нестабильной стенокардией – 296 (47,1%), острая коронарная патология не подтвердилась у 18 пациентов (2,9%).

Увеличение количества экстренных пациентов сказалось на объёмах эндоваскулярных вмешательств. Охват экстренными коронарографиями пациентов с ОИМ: в 2012 г. – 198 (79,8%), в 2013 г. – 231 (77%), в I полугодии 2014 г. – 298 (94,9%). Удельный вес пациентов с ОИМ, которым проведено экстренное стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с ОИМ за период наблюдения также без значимых колебаний: в 2012 г. – 168 операций у 248 пациентов (67,7%), в 2013 г. – 192 реваскуляризации у 300 пациентов (64%), в I полугодии 2014 г. – 201 операция у 314 больных (64%).

Среди пациентов, поступивших в НУЗ ДКБ, отмечается снижение количества системных тромболитических (СТЛ), проведенных как на этапе скорой медицинской помощи, так и на стационарном уровне. Пациентам с ОИМ, поступившим в НУЗ ДКБ в 2012 г., выполнено 80 (32,3%) СТЛ, из них на догоспитальном этапе – 58 (23,4%) и в стационаре – 22 (8,9%). В 2013 г. СТЛ перенес 71 (23,7%) пациент с ОИМ, из них 59 (19,7%) на догоспитальном этапе и 12 (4%) в стационаре. В I полугодии 2014 г. СТЛ охвачено 37 (11,8%) пациентов с ОИМ, из них 32 вмешательства (10,2%) выполнено бригадами скорой медицинской помощи и 5 (1,6%) дежурными кардиологами.

Охват реперфузионным лечением (тромболитическая терапия + экстренное стентирование коронарных артерий) пациентов с ОИМ в 2012 г. составил 79,4% (197 реперфузий). В 2013 г. и в I полугодии 2014 г. этот показатель снизился до 70,7% (212 реперфузий) и 70,1% (220 реперфузий) соответственно. Несмотря на концепцию рутинного применения эндоваскулярных операций, среди поступающих с острой коронарной патологией сохраняется достаточно большая группа пациентов с тяжёлым многососудистым поражением коронарных артерий, требующим коронарного шунтирования, а также неоперабельные больные. Нередки случаи позднего обращения, когда реперфузионное лечение уже нецелесообразно.

Летальность среди пациентов с ОИМ в НУЗ ДКБ с 2007 по 2011 гг. находилась на одном уровне и составляла 15-16%. В 2010 г. отмечено повышение показателя до 20,37%, что можно объяснить малым количеством пациентов (около 100 в год). Средний пятилетний показатель соответствует среднероссийскому показателю летальности – 16%. Значимого снижения летальности среди пациентов с ОИМ до 12% удалось достичь с внедрением экстренных эндоваскулярных операций на коронарных артериях. Летальность среди пациентов с ОИМ в 2012 г. составила 12,1% (30 случаев), в 2013 г. – 12,3% (37 случаев), в I полугодии 2014 г. – 8,0% (25 случаев). Показатель летальности от ОИМ в группе пациентов, которым выполняли экстренные эндоваскулярные операции – 10,1% в 2012 г. (17 случаев), 7,3% в 2013 г. (14 случаев) и 2,5% в I полугодии 2014 г. (5 случаев).

Показатель смертности от ОИМ в г. Челябинске в течение 2008-2010 гг. находился на уровне – 55-58 на 100 тыс. населения. В 2011 и 2012 гг. статистически значимой динамики не отмечено, что можно объяснить недостаточным количеством стентирований при острой коронарной патологии. В 2012 г. выполнено 35,6 чрескожных коронарных вмешательств при ОИМ на 100 тыс. населения. Отношение числа ЧКВ к числу зарегистрированных случаев ОИМ составил 1: 7, к числу случаев смерти от ОИМ – 1: 1,6.

В 2013г. произошло увеличение на 70% количества экстренных коронарных стентирований при ОИМ – с 35,6 до 60,0 на 100 тыс. населения, при этом отношение числа ЧКВ к числу зарегистрированных случаев ОИМ составил 1: 4, к числу случаев смерти от ОИМ – 1: 1. В этот период впервые зарегистрировано снижение показателя смертности от ОИМ на 10% (с 57,1 до 50,8 на 100 тыс. населения).

В I полугодии 2014г. тенденция роста экстренных коронарных стентирований при ОИМ жителям г. Челябинска сохранилась (+20%) – 72,3 на 100 тыс. населения, к концу года при сохранении темпов роста прогнозируется снижение смертности от ОИМ (ниже 50,0 на 100 тыс. населения).

В настоящее время Министерством здравоохранения РФ приняты клинические рекомендации "Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы" (2013), в которых объединён опыт международных и российских экспертов [6]. Этот документ особенно актуален для практического здравоохранения, поскольку в условиях растущего взаимодействия региональных сосудистых центров с медицинскими организациями первого и второго уровней требуется конкретный алгоритм действий. Это же касается скорой медицинской помощи, которая, являясь посредником между этапами оказания медицинской помощи, исходно определяет тактику ведения каждого пациента.

При установлении диагноза острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (состояние потенциального ОИМ) необходимы чёткие действия врача скорой медицинской помощи. Если в течение 1 часа пациент

может быть доставлен в ЧКВ-центр, то предпочтительно отказаться от тромболитической терапии в пользу экстренного коронарного стентирования. Для г.Челябинска с хорошей транспортной доступностью дежурных медицинских организаций это положение работает с момента внедрения программы в практику.

В случаях, когда ожидаемые суммарные потери времени, включая транспортировку пациентов, превышают 1,5-2 часа, предпочтительна тромболитическая терапия препаратами 2-3 поколения в течение первых 30 минут от первого контакта с медперсоналом. Последнее положение подходит для муниципальных образований, прилегающих к г. Челябинску, откуда перевозка больного может потребовать определенного времени.

В каждом конкретном случае решение о способе реперфузионной терапии должно приниматься индивидуально, исходя из состояния пациента, наличия/отсутствия противопоказаний и возможностей региональной системы здравоохранения. Соблюдение рекомендаций и адекватная оценка пациента с острой коронарной патологией будут способствовать рациональному использованию ресурсов с высокой медико-экономической эффективностью.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. N 932 (г. Москва) "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" (Программа) определены фундаментальные социальные обязательства государства на ближайшие годы, в том числе по оказанию специализированной медицинской помощи [7]. В разделе VIII одним из ведущих критериев доступности и качества медицинской помощи определена смертность населения от БСК, в том числе городского и сельского. Впервые в Программе введены новые показатели лечения ОИМ, а именно:

- удельный вес числа пациентов с ОИМ, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с ОИМ;
- удельный вес числа пациентов с ОИМ, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с ОИМ;
- количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболитисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Эти показатели будут характеризовать не только деятельность скорой медицинской помощи и специализированных сосудистых центров, но и эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи при острых и хронических формах ишемической болезни сердца.

Конкретных нормативов пока не опубликовано, но, учитывая опыт международных кардиологических обществ, они, вероятно, будут максимально ориентированы на раннюю госпитализацию пациентов с ОИМ в специализированные центры с полноценным охватом реперфузионным лечением (ТЛТ и/или коронарное стентирование).

Региональные сосудистые центры г. Челябинска, оказывающие специализированную кардиологическую медицинскую помощь жителям областного центра и прилегающих муниципальных районов, принимают на себя интенсивный поток пациентов с рутинным применением современных эндоваскулярных технологий. На примере анализа деятельности конкретной медицинской организации (НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД") установлено, что в 2013 г. в сравнении с 2012 г. увеличилось количество пациентов, поступающих с острой коронарной патологией и экстренных коронарных стентирований – в среднем на 20%. Данные 1 полугодия 2014 г. свидетельствуют о прогнозируемом 2-кратном приросте к концу года числа экстренных коронарных стентирований с существенным снижением летальности.

Первый опыт эндоваскулярного лечения ОИМ у пациентов из числа жителей областного центра и прилегающих муниципальных образований можно считать положительным, о чем свидетельствует снижение смертности в г. Челябинске от данной патологии. Второй этап внедрения ЧКВ в повседневную кардиологическую практику Челябинской области связан с обеспечением эффективности работы первичных сосудистых отделений в г. Миассе, г. Троицке и г. Магнитогорске.

Заключение

Решение задачи достижения к 2018 г. целевых показателей снижения смертности от БСК требует реализации комплекса следующих мер на уровне региона:

- внедрение системы маршрутизации пациентов в ОКС с мониторингом эффективности на всех этапах диагностики и оказания медицинской помощи;

- повышение качества оказания диагностической и лечебной помощи с ориентиром на порядки медицинской помощи, стандарты ее оказания, национальные клинические рекомендации;

- формирование системы непрерывного обучения медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ИБС;

- создание электронного регистра больных ИБС, являющегося элементом эпидемиологического анализа, прогнозирования и планирования объемов первичной медико-санитарной и специализированной помощи, включая высокотехнологичную помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», льготного лекарственного обеспечения, лекарственного обеспечения стационарных подразделений медицинских организаций, рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в разрезе медицинских организаций и муниципальных образований.

Реализация данного комплекса мер с контролем достижения критериев эффективности реализации Программы государственных гарантий будут способствовать снижению смертности от ишемической болезни сердца и улучшению демографической ситуации в регионе. ■

Киреев К.А., Москвичёва М.Г., Фокин А.А., Белова С.А., Киреева Т.С., ГБОУ ВПО "Южно-уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ", НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД", г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку - Киреев Константин Александрович, 454000 Российская Федерация, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Доватора 23. НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО "РЖД", отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения 8 (351) 2686866 (тел), 8 (351) 2684232 (факс), kkirееv83@mail.ru

Литература:

1. Бокерия Л. А. Здоровье России: Атлас. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2013. 420 с.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2014г. №294 Государственная программа "Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г."
3. Статистические данные Официального сайта Министерства здравоохранения РФ (www.gosminzdrav.ru).
4. «Смертность населения Челябинской области»: Статистический сборник/Челябинскстат. – Челябинск, 2014 – 149 с.
5. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е., Оганов Р.Г. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в России. Новости кардиологии 2013; 2: 10-2.
6. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2013. 162 с.
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 г. № 932 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов".