

Сердечно-сосудистые заболевания в Украине:

Болезни сердечно-сосудистой системы в современном мире, в том числе в Украине, называют проблемой № 1. Несмотря на активную борьбу, данная патология остается самой распространенной в структуре заболеваемости: в минувшем году количество людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), достигло почти 25 млн человек, а это более половины населения Украины!

25 декабря минувшего года состоялось общее селекторное совещание МЗ и АМН Украины под руководством первого заместителя министра здравоохранения Украины Василя Лазоришинца «Оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой и сосудисто-мозговой патологией в Украине и выполнение решений коллегии МЗ № 11 от 25.11.2008 г.». Принять участие в совещании были приглашены начальники управлений здравоохранения областных госадминистраций, заведующие кафедрами кардиологии и неврологии всех медицинских университетов Украины, главные внештатные специалисты-кардиологи, терапевты, неврологи, хирурги и семейные врачи, главные врачи центральных районных больниц, начальники отделов здравоохранения городских и районных администраций.

Василий Лазоришинец отметил неудовлетворительный контроль над качеством оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и подчеркнул, что в настоящее время сохраняются высокие показатели инвалидизации таких больных.



В рамках совещания с отчетом об оказании медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) на догоспитальном и госпитальном этапах и внедрению тромболитической и интервенционных вмешательств

у этой категории больных выступил **член-корреспондент АМН Украины, главный специалист МЗ по специальностям «Терапия», «Кардиология» и «Ревматология», директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Николаевич Коваленко.**



– Согласно распоряжению Верховной Рады Украины, 2009 год был объявлен годом борьбы с заболеванием, которое описали наши знаменитые предшественники В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско, – острым инфарктом миокарда. Несмотря на приоритетность решения этой проблемы, к сожалению, Украина пока отстает от экономически развитых стран в вопросах диагностики и эффективного лечения инфаркта миокарда (ИМ) на основе современных технологий. Ежегодно у нас в стране регистрируется более 50 тыс. новых случаев острого ИМ, при этом 32% (то есть каждый третий случай!) – у лиц трудоспособного возраста.

Оценивая динамику смертности населения от острого ИМ, приходится констатировать факт роста этого показателя: в 2006 г. он составлял 19,3 на 100 тыс. населения среди городских жителей и 19,5 – среди жителей сельской местности, а к концу 2008 г. увеличился до 19,9 и 19,7 на 100 тыс. соответственно.

Ежегодно от ССЗ умирают более 500 тыс. украинцев, то есть в среднем каждый день погибают 1370 человек. На долю сердечно-сосудистых заболеваний в структуре общей смертности приходится 63,4%. От ишемической болезни сердца смертность в Украине вдвое выше, чем в Великобритании, и в три раза выше, чем в Швеции и США. Вместе с тем смертность от ИМ в Украине почти в 20 раз ниже по сравнению с указанными странами – таким образом, наличие недостаточной диагностики острого ИМ, и хуже всего дело обстоит в Закарпатской области.

Что касается тромболитической и интервенционных технологий, то, к сожалению, мы не успеваем за современными достижениями медицины в этой области ни по закупкам оборудования, ни в подготовке кадров. В странах Европы, таких как Франция, Швеция, количество выполненных интервенционных операций вдвое превышает количество тромболитических. Однако, учитывая отечественные реалии и материально-техническую базу, именно на развитие тромболитической следует делать акцент в Украине, поскольку доступность интервенционных технологий все еще ограничена. Более того, проведенный тромболитический не является противопоказанием к проведению в дальнейшем интервенционных операций. Благодаря введению

качественного тромболитика, такого как тенектеплаза, можно выиграть время в случаях, когда по ряду причин невозможно сразу выполнить стентирование или ангиопластику, либо вовсе обойтись без них. Такое ведение пациентов называют фармакоинтервенционной технологией; это наиболее целесообразный подход для нашей страны, где ограничен доступ к интервенционным технологиям.

Как обстоят дела с тромболитической в Украине в настоящее время? К сожалению, эта процедура выполняется в десятки раз меньше, чем существующая потребность. Так, на базе ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Старжеско» АМН Украины было проведено исследование, результаты которого показали: более трети пациентов с ОКС нуждаются в проведении тромболитической терапии, а это десятки тысяч человек. Хотя в последнее время наметилась позитивная динамика, задачей первоочередной важности остается широкое распространение тромболитической терапии и доступ к ней в период терапевтического окна.

! Нужно максимально сконцентрировать усилия на принятии современного алгоритма диагностики и лечения пациентов с ОКС. При этом синдроме существует понятие так называемого терапевтического окна, когда можно проводить тромболитический. Таким образом, в течение первых 2 ч с момента развития ОКС необходимо распознать диагноз, для чего используется ЭКГ и тропониновый тест, простой в выполнении и достаточно дешевый.

Мы попытались проследить корреляцию между заболеваемостью и проведением тромболитической терапии. Так, в Донецкой области тромболитический используется наиболее активно, тогда как в г. Севастополе, где отмечается самая высокая распространенность ИМ в Украине, тромболитический почти не используется. Такая же тенденция наблюдается и в других регионах, где ограничиваются закупки тромболитических препаратов, – в Сумской, Хмельницкой, Черновицкой областях, в которых уровень заболеваемости ИМ является наиболее высоким. Главврачам больниц нужно понимать, что до тех пор, пока мы не будем иметь достаточную обеспеченность тромболитиками, мы не сможем

по итогам селекторного совещания

оказывать квалифицированную и своевременную медицинскую помощь пациентам с ОКС. Больные будут умирать от ИМ, либо у них будут развиваться осложнения и повторные инфаркты.

! Необходимо реализовать стратегию уменьшения времени до начала лечения, которая предполагает:

- активную пропаганду раннего обращения за медицинской помощью при первых признаках ОКС;
- раннюю диагностику ОКС с подъемом сегмента ST (медицинское звено, обеспеченность аппаратами ЭКГ, консультации по телефону, телеметрические методики);
- доступность фибринолитика;
- внедрение унифицированного протокола тромболитизиса;
- проведение догоспитального тромболитизиса обученным персоналом первого звена (сотрудниками неотложной медицинской помощи).

В нашем институте проводилось исследование, которое показало, что в большинстве случаев позднее обращение пациентов с ИМ за медицинской помощью было вызвано незнанием основных симптомов этого заболевания. Поэтому я хочу еще раз подчеркнуть важность рутинной работы семейных врачей, которые должны разъяснять всем пациентам с ССЗ симптоматику неотложных состояний, а также последствия не оказания медицинской помощи в таких ситуациях. Во всем мире распространены телеметрические методики, когда прямо из

кареды «скорой помощи» можно выслать результаты ЭКГ и принять моментальное решение о необходимости тромболитизиса уже на догоспитальном этапе. Обучение персонала тромболитическим методам лечения должно выполняться в обязательном порядке в общенациональном масштабе, потому что, к сожалению, наблюдается ситуация неуклюжести бригад специалистами, которые владеют методикой проведения данной процедуры. Кроме того, я считаю совершенно необходимым создание всеукраинского реестра пациентов с острым ИМ с элевацией сегмента ST.

! Общие проблемы широкого внедрения реперфузионной терапии (по мнению экспертов) представляются следующими:

- несвоевременное обращение больных за медицинской помощью, низкая информированность населения о современных методах лечения;
- недостаточный опыт персонала лечебно-профилактических учреждений для повсеместного внедрения методик реперфузии, недоступность телеметрических методик;
- недостаточная обеспеченность диагностическими методами (тропонинный тест, ЭКГ), отсутствие необходимой реанимационной аппаратуры (дефибрилляторов);
- дефицит средств в бюджете на закупку тромболитиков для бригад скорой медицинской помощи с целью выполнения догоспитального тромболитизиса;
- отсутствие отделений интервенционной хирургии либо условий для их круглосуточной работы;

• отсутствие государственной системы стандартизации диагностики, лечения и учета больных с острым ИМ.

Для того чтобы обеспечить неотложную медицинскую помощь, адекватное специализированное и высокоспециализированное лечение и дальнейшую реабилитацию больных с ОКС и цереброваскулярной патологией, в первую очередь следует обеспечить:

- реорганизацию службы неотложной помощи и соблюдение принципа терапевтического окна (догоспитальный этап);
- реорганизацию госпитального этапа ургентной терапии (специализированные отделения кардиореанимации, специализированные нейрососудистые отделения, интервенционные лаборатории) с внедрением современных стратегий лечения;
- создание современной материально-технической базы (аппаратура, диагностикумы, расходные материалы) и ее стандартизацию.

Подводя итоги селекторного совещания, участники подчеркнули, что ССЗ остаются серьезной социально-медицинской проблемой, для решения которой нужна государственная поддержка, координация усилий центральных и местных органов исполнительной власти, этапность оказания помощи и взаимодействие между всеми учреждениями системы здравоохранения, использование общепризнанных современных стандартов и протоколов, а также жесткий контроль за качеством медицинской помощи на всех этапах.

Подготовила Татьяна Спринся



АНОНС

Асоціація серцево-судинних хірургів України
Запорізька медична академія післядипломної освіти

XVIII щорічна конференція серцево-судинних хірургів України з міжнародною участю

26-28 травня 2010 р., м. Запоріжжя

Програма конференції

- Ішемічна хвороба серця (хірургічні методи лікування, стентування, медикаментозний супровід).
- Ішемічна хвороба серця і патологія клапанного апарату серця.
 - Хірургія постінфарктних аневризм лівого шлуночка.
- Патологія черевного відділу аорти, абдомінальний ішемічний синдром. Патологія грудної аорти й аортального клапана.
- Патологія міокарда та варіанти лікування застійної серцевої недостатності некоронарогенного походження.
 - Пухлини серця.
 - Тромбоемболія легеневої артерії.
- Ускладнені форми активного інфекційного ендокардиту.
 - Складні уроджені вади серця.
- Електрофізіологічні дослідження та немедикаментозне лікування порушень ритму серця.
 - Анестезіологічне, трансфузіологічне та перфузіологічне забезпечення кардіохірургічних операцій.
 - Проблеми біомедичної інженерії та біотехнології в кардіохірургії.

Матеріали конференції будуть опубліковані в Щорічнику наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України (атестованому ВАК України). Додаткова інформація на сайті <http://www.amosovinstitute.org.ua>

З організаційних питань звертатися до оргкомітету конференції за адресою: 69096, м. Запоріжжя, вул. Вінтера, 20, Запорізька медична академія післядипломної освіти.

Голова оргкомітету конференції – ректор ЗМАПО, член-кореспондент НАН України професор О.С. Никоненко,
тел.: 061-279-16-38, факс: 061-279-01-92, e-mail: cardiovas@gmail.com

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Причина одышки у больного с ХОБЛ и односторонним затемнением по данным рентгенографии

77-летний мужчина поступил в отделение интенсивной терапии с жалобами на одышку, которая беспокоит его последние 3 дня. Жалобы на продуктивный кашель и снижение веса отсутствуют.

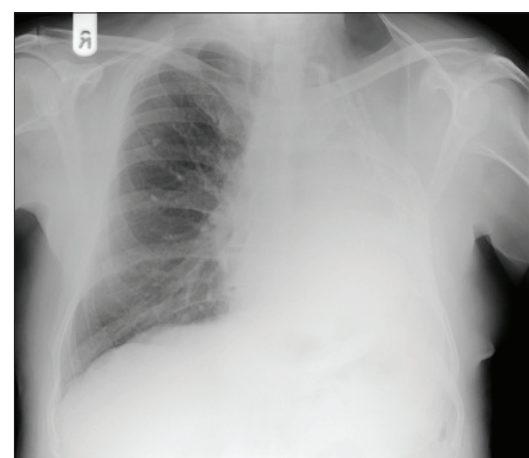


Рис. Рентгенография грудной клетки пациента

Анамнез жизни

Раньше пациент служил в военно-морском флоте, в настоящее время не работает. Курит, стаж курения – 12,5 пачколет. Сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В анамнезе – туберкулез.

Данные объективного обследования

Температура и артериальное давление в пределах нормы, частота дыхания – 30 в минуту. При осмотре грудной клетки обнаружен шрам вследствие проведения левосторонней задней торакотомии. Смещения трахеи не наблюдается.

Аускультативно – над левым легким дыхательные шумы отсутствуют, при перкуссии определяется тупой перкуторный звук; над правым легким выслушиваются рассеянные хрипы.

Насыщение крови кислородом – 95%. Начата небулайзерная терапия, после чего состояние пациента несколько улучшилось.

Проведено рентгенографическое исследование грудной клетки (рис.).

Задание

1. Опишите нарушения, которые наблюдаются на рентгенограмме грудной клетки пациента.
2. Что явилось причиной данных нарушений?
3. Какие признаки, выявленные во время объективного обследования пациента, указывают на это?
4. Что стало причиной появления одышки у больного?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у пациента такого возраста, подобным анамнезом заболевания и клинической картиной?

Продолжение на стр. 53.