

Опыт организации медицинской помощи кардиологическим больным на догоспитальном этапе

Ежедневно Винницкая городская станция скорой медицинской помощи осуществляет в среднем 330-350 выездов; в зимнее время количество вызовов может достигать 450 в сутки, что связано с увеличением распространенности респираторных вирусных заболеваний; таким образом, за год выполняется до 120 тыс выездов к пациентам. В 91,8% случаев путь бригады скорой помощи в г. Виннице к пациенту занимает всего 15 мин. На I Международном конкурсе бригад скорой медицинской помощи, состоявшемся в г. Тернополе в 2008 г., винницкие специалисты завоевали первое место, показав высочайшую подготовку и опередив 30 бригад из Украины и ближнего зарубежья.



Об особенностях организации работы коллектива корреспонденту «Медицинской газеты «Здоров'я України» рассказал главный врач Винницкой городской станции скорой медицинской помощи Валентин Васильевич Фишук.

— Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место по распространенности не только в Украине, но и в мире, являясь одной из основных причин смертности населения. При анализе структуры вывозов обнаруживается, что значительную их часть (порядка 30%) составляют вызовы по поводу кардиоваскулярной патологии — артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, аритмий, острого коронарного синдрома, что обуславливает необходимость качественного лечения указанных состояний в первую очередь в амбулаторных условиях. К сожалению, далеко не все пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы получают оптимальную терапию.

В Украине в настоящее время отсутствует государственная программа по лечению артериальной гипертензии (по аналогии с таковыми для сахарного диабета, эпилепсии, бронхиальной астмы), заболеваемость которой в настоящее время достигла масштабов эпидемии, поэтому бремя затрат на терапию полностью ложится на плечи пациентов. На практике такой подход оборачивается тем, что в отсутствие базового лечения у пациента с тяжелой артериальной гипертензией кризы могут развиваться с частотой 3-5 в неделю, что требует вызова бригады скорой помощи для экстренной нормализации артериального давления. При прогрессировании болезни могут развиваться жизнеугрожающие осложнения, такие как острый коронарный синдром, инсульты, аритмии и др., что также требует значительных затрат на лечение.

Несколько лет назад в г. Виннице существовала похожая проблема у больных бронхиальной астмой: в связи с высокой стоимостью современных препаратов у большинства из пациентов отсутствовала возможность адекватного контроля заболевания. При анализе ситуации выяснилось, что бригады скорой помощи осуществляли выезды для купирования приступов к каждому из таких больных с частотой от 80 в год до 4-5 в неделю. Стоимость одного вызова для городского бюджета составляет около 180 грн (без учета затрат на госпитализацию и лечение осложнений). Поэтому при содействии профессора

Ю.М. Мостового и ГУЗО Винницкого горсовета было принято решение об обеспечении пациентов с бронхиальной астмой качественными ингаляторами (80 грн/мес на 1 пациента) за счет городского бюджета и льготной программы Оранжевый, что позволило значительно снизить частоту обострений и сэкономить на вызовах к таким больным порядка 100 тыс. грн в год. С учетом этого представляется целесообразным создание подобной программы и для кардиологических больных.

По предварительным подсчетам, при проведении адекватного амбулаторного лечения кардиологической патологии количеством вызовов к пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями удалось бы снизить более чем на 50%.

Успехи и сложности в работе службы скорой помощи

За последние годы из средств городского бюджета для нашей станции было закуплено 14 новых укомплектованных машин, в 2008 г. внедрен метод догоспитального

случаях уже спустя несколько минут после инфузии отмечалась нормализация графической карты на электрокардиограмме.

Из городского бюджета выделяются средства для приобретения 10-12 флаконов Метализе® ежегодно. Сегодня этого запаса препарата достаточно для проведения догоспитального тромболизиса всем пациентам, которым показана эта процедура, однако не следует забывать, что с улучшением выявляемости случаев острого коронарного синдрома, а также с уменьшением времени до первого медицинского контакта потребность в препарате может увеличиться.

В двух городах Украины — Киеве и Виннице — апробирована уникальная технология вызова бригады скорой помощи посредством SMS-сообщений, позволяющая улучшить доступ к медицинской помощи пациентам с ограничениями слуха и речи.

Безусловно, в нашей работе много сложностей, в первую очередь отсутствие адекватного финансирования. Сегодня благодаря помощи местных властей закуплены необходимые лекарственные препараты



тромболизиса пациентам с острым коронарным синдромом. Процедура проводится современным препаратом Метализе®, который находится в укладке специализированной кардиореанимационной бригады.

Догоспитальный тромболизис может проводиться до поступления пациента в стационар, что позволяет уменьшить очаг поражения инфаркта и значительно улучшить прогноз заболевания. В отдельных

и оборудование, однако крайне неудовлетворительной остается оплата труда персонала при значительных физических и психологических нагрузках; требуют обновления автомобильный парк и материально-техническая база. Это стратегические вопросы, которые должны решаться на государственном уровне.

Значительно усложнила работу нашей станции приказ «О внесении изменений в приложения к приказу Министерства



здравоохранения от 23.02.2000 № 33», в соответствии с которым были ликвидированы специализированные бригады скорой помощи (кардиологическая, реанимационная и др.) с перепрофилированием их в линейные. В результате наш город мог лишиться единственной кардиореанимационной бригады скорой помощи, что фактически исключает возможность проведения реанимационных мероприятий у кардиологических больных на догоспитальном этапе (только автомобиль специализированной бригады оснащен необходимым для этого оборудованием), а также проведение догоспитального тромболизиса. С целью сохранить высокое качество скорой медицинской помощи населению городским головой В.Б. Гройсманом было принято решение вынести вопрос на сессию городского совета, и депутаты приняли решение сохранить 7 специализированных бригад, в том числе кардиореанимационную.

Особенности работы кардиореанимационной бригады

Врач специализированной кардиореанимационной бригады Винницкой городской станции скорой медицинской помощи Степан Евгеньевич Смолинский поделился опытом оказания экстренной медицинской помощи кардиологическим больным.

— Специализированная кардиореанимационная бригада организована около трех лет назад для повышения качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Особенностью данной бригады является то, что она выезжает для оказания первой медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев, тяжелых травм, сердечно-сосудистых катастроф. На сегодняшний день такая бригада является единственной в городе, однако планируется создание еще одной специализированной кардиологической бригады. Большая часть нашей работы связана с необходимостью оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией, при этом вызов может поступить как от диспетчера, так и от врача линейной бригады в случае, если имеющихся в его распоряжении средств недостаточно для обеспечения качественной помощи

больному. К сожалению, сегодня отмечается некоторый дисбаланс в рациональном распределении сил службы скорой помощи: с одной стороны, поступает значительное количество вызовов от пациентов, которым требуется плановое лечение либо купирование гипертонического криза; с другой стороны, в подавляющем большинстве случаев инфаркта миокарда больные обращаются за помощью лишь спустя несколько часов, а то и дней после начала развития симптоматики, когда вопрос о восстановлении коронарного кровотока уже не является актуальным. Между тем любое промедление при остром инфаркте миокарда может оказаться фатальным: по данным мировой статистики, лишь половина пациентов с острым коронарным синдромом доживает до приезда бригады скорой помощи в связи с высоким риском развития фибрилляции желудочков и внезапной коронарной смерти.

Мы – одна из немногих в Украине бригад скорой помощи, укомплектованных современным тромболитиком Метализе® в необходимом количестве; таким образом, мы имеем возможность проводить догоспитальный тромболитический всем пациентам, которым он показан. Следует понимать, что это высокоэффективный метод лечения, позволяющий значительно уменьшить степень поражения миокарда, улучшить прогноз и выживаемость больных.

Так, 30-дневная смертность пациентов с инфарктом миокарда, которым не проводилось восстановление коронарного кровотока, составляет около 20%. С учетом случаев догоспитальной летальности эта патология уносит жизни 67% больных. При проведении госпитального тромболитического 30-дневная смертность снижается до 8%. Если больным острым инфарктом миокарда в условиях стационара выполняется аортокоронарное шунтирование, смертность снижается до 5%. Догоспитальный тромболитический с последующим стентированием позволяет достичь выживаемости в 96,8-96,9% случаев.

Существуют четкие показания для проведения тромболитического, к которым относятся появление клинических симптомов острого коронарного синдрома в течение последних 6 ч; подъем сегмента ST на ЭКГ, зарегистрированной в 12 отведениях ($\geq 0,1$ мВ в ≥ 2 отведениях от конечностей либо $> 0,2$ мВ в ≥ 2 последовательных грудных отведениях), указывающий на острый коронарный синдром, или блокада левой ножки пучка Гиса; возраст ≥ 18 лет. К критериям исключения относятся травмы и ранения в течение последних 2 нед; наличие язвенной болезни; геморрагический инсульт; возраст младше 18 и старше 75 лет.

За первый неполный год в г. Виннице было выполнено 16 процедур тромболитического на догоспитальном этапе. После открытия ангиографического отделения в Винницкой городской больнице № 1 мы стали более дифференцированно подходить к возможности проведения догоспитального тромболитического: пациентов с абсолютными показаниями к коронарографии (наличием кардиогенного шока, отеком легких, снижением насосной функции сердца), у которых тромболитический имеет меньше преимуществ по сравнению с экстренным стентированием, в условиях реанимации доставляют в отделение больницы для проведения операции. В исследовании SARTIM, в котором сравнивали исходы при остром инфаркте миокарда у пациентов, которым проводился догоспитальный тромболитический, госпитальный тромболитический либо аортокоронарная ангиопластика, выявлено преимущество догоспитального тромболитического с последующим стентированием, проведенным в первые 3 ч после начала симптомов. Если инфаркт миокарда развился у пациента менее 3 ч назад и Винницкая

городская больница № 1 может принять его для проведения экстренного стентирования, мы стараемся госпитализировать такого больного без проведения тромболитического. При возникновении симптомов в период от 3 до 6 ч до момента обращения за медицинской помощью, а также в случае невозможности экстренного оперативного вмешательства мы проводим пациенту догоспитальный тромболитический с целью выиграть время для последующего стентирования.

Следует помнить, что проведение догоспитального тромболитического может быть связано с повышенным риском кровотечений, реперфузионных аритмий, остановки кровообращения. Таким образом, тромболитический должен проводиться кардиологической или реанимационной бригадой при наличии специализированного оборудования. При проведении тромболитического необходимы двойная антиагрегантная терапия (аспирин + клопидогрель), а также болюсное и капельное введение гепарина.

Всего за неполных 3 года специализированной бригадой проведено более 30 процедур тромболитического, при этом показатель 30-дневной смертности у этих больных составил 2,2%, что значительно меньше такового в среднем в Украине. Одним из основных и практически единственным модифицируемым фактором возможности проведения тромболитического является время от начала заболевания до первого медицинского контакта (не более 6 ч), поэтому на первый план выходит масштабная просветительская работа: семейный врач или участковый терапевт, осуществляющие наблюдение больных сердечно-сосудистой патологией, обязаны рассказать им о симптоматике, при появлении которой следует незамедлительно вызывать кардиологическую бригаду скорой помощи.

К таким симптомам относится любая впервые возникшая боль за грудиной, которая может сопровождаться тошнотой, рвотой, слабостью, потливостью; иррадиировать в спину, шею, верхнюю конечность, под лопатку. Что касается пациентов со стенокардией, то согласно рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов последнего пересмотра поводом к вызову скорой помощи является кардиальная боль, не прекращающаяся после однократного приема нитроглицерина сублингвально.

К сожалению, в последние годы отмечается значительное «омоложение» популяции больных с инфарктом миокарда: если ранее острый коронарный синдром развивался преимущественно у лиц пожилого возраста, длительно болеющих сердечно-сосудистой патологией, то сегодня все чаще приходится сталкиваться с молодыми пациентами, у которых острый коронарный синдром является первым проявлением ишемической болезни сердца.

Значительно снизить риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в целом и инфаркта миокарда в частности позволяет проведение следующих профилактических мероприятий:

- ведение здорового образа жизни;
- контроль артериального давления;
- контроль уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ранее рекомендовалось оценивать таковой у пациентов старше 40 лет, однако в настоящее время эксперты Американской ассоциации кардиологов рекомендуют проводить исследование крови на выявление данной фракции холестерина в возрасте 10 лет, что связано с увеличением распространенности наследственных форм дислипидемии);
- отказ от курения;
- нормализация массы тела.

Подготовила **Татьяна Канцидайло-Спринсян**
Фото автора

НЕВРОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Продолжение двойного слепого плацебо контролируемого исследования по оценке эффективности и безопасности перампанела в качестве вспомогательной терапии у пациентов с парциальными судорожными припадками

Исследуемый противосудорожный препарат производства японской фармацевтической компании Eisai Co. Ltd. эффективен в лечении рефрактерной парциальной эпилепсии. Такое заключение было сделано на основании результатов продолжения двойного слепого плацебо контролируемого исследования – в параллельных группах с повышением дозы по оценке эффективности и безопасности перампанела в дозе 8 и 12 мг/сут в качестве вспомогательной терапии у пациентов с парциальными судорожными припадками. Данное исследование – второй этап двух испытаний перампанела с одинаковым дизайном, целью которых является сравнение эффективности и безопасности препарата с плацебо. Результаты предыдущего исследования, в котором использовались более низкие дозы лекарства (4 и 8 мг/сут), подтвердили его преимущества перед плацебо.

В отличие от доступных на сегодняшний день препаратов для лечения эпилепсии, действие которых направлено на повышение активности тормозных путей, перампанел блокирует возбуждающие пути, ведущие к появлению судорог.

В многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании 388 пациентов с парциальной эпилепсией были распределены на 4 группы: 1-я получала плацебо, остальные 3 группы – перампанел в дозировках 2; 4 или 8 мг/сут. В течение последующих 6 нед дозу лекарственного средства увеличивали до необходимой поддерживающей дозы 8 или 12 мг/сут. Продолжительность периода поддерживающей терапии составила 13 нед. Первичной конечной точкой эффективности лечения было среднее снижение частоты припадков, которое, по итогам ITT-анализа, в группах терапии перампанелом в дозе 8 мг/сут составило 26,34%, в дозе 12 мг/сут – 34,49%, тогда как в группе плацебо – 20,95%. Отличия в отношении первичной конечной точки для групп активной терапии препаратом в дозе 8 и 12 мг/сут в сравнении с группой плацебо были статистически достоверными ($p=0,0158$ и $0,0261$ соответственно).

Перампанел хорошо переносился пациентами. В группе плацебо исследование завершили 87% больных, в группах применения препарата в дозе 8 и 12 мг/сут таких пациентов оказалось 85 и 74% соответственно. Основной причиной прекращения участия в исследовании было развитие неблагоприятных событий, в основном головокружения и сонливости, частота которых коррелировала с дозой препарата.

Таким образом, перампанел является перспективным препаратом в лечении рефрактерной эпилепсии и представляет собой первое лекарственное средство, блокирующее возбуждающие пути.

French J. et al. AAN 2011; Abstract LBS.002

Обновлено руководство по диагностике болезни Альцгеймера

19 апреля в онлайн-версии журнала Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association было опубликовано новое руководство по диагностике болезни Альцгеймера (БА), разработанное Национальным институтом здравоохранения США (NIH), а именно его подразделением – Национальным институтом по проблемам старения (NIA) – в сотрудничестве с Ассоциацией по проблемам болезни Альцгеймера. Это первый за последние 27 лет пересмотр клинико-диагностических критериев БА и первая обновленная версия рекомендаций по диагностике данного заболевания.

Ранее используемые критерии диагностики БА в основном касались более поздних стадий заболевания, когда симптомы деменции уже очевидны. Обновленное руководство включает информацию о всех фазах заболевания – от доклинической до стадии выраженной деменции. По словам У. Тиса (W. Thies), главного медицинского и научного сотрудника Ассоциации по проблемам болезни Альцгеймера, публикация этого руководства станет важной вехой в становлении борьбы с БА. Цель работы состоит в том, чтобы улучшить диагностику и лечение БА, а также организовать проведение исследований, благодаря которым возможно выявлять и лечить заболевание раньше и более эффективно. Это позволит большему количеству людей жить полноценной жизнью без БА или с минимальными симптомами заболевания.

Исходя из результатов последних наблюдений, NIA и Ассоциация по проблемам болезни Альцгеймера выделили три стадии БА.

- Доклиническая – стадия, на которой наблюдаются начальные изменения в мозге, в том числе накопление амилоида. При этом выраженные клинические симптомы заболевания отсутствуют. У некоторых людей скопление амилоида можно выявить с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и исследования спинномозговой жидкости, но определить риск развития деменции у таких пациентов невозможно. Нейроинтраскопическое обследование и анализ биомаркеров у больных на данном этапе рекомендуются только в целях научных исследований. Эти биомаркеры еще продолжают разрабатываться и стандартизироваться, и они не могут применяться врачами общей практики.

- Стадия легкого когнитивного расстройства проявляется в симптомах нарушения памяти, которые уже заметны и поддаются анализу, но не угрожают жизнедеятельности человека. У некоторых пациентов, имеющих данную стадию заболевания, могут нарушаться когнитивные функции.

- Деменция альцгеймеровского типа – конечная стадия БА. В руководстве также расширено понятие деменции альцгеймеровского типа. Первыми симптомами деменции альцгеймеровского типа могут быть изменения когнитивных функций, в том числе речевой, а также невозможность установления причинно-следственных связей, принятия решения и др. На данном этапе изучение биомаркеров БА можно использовать для исключения других видов деменции.

С полным текстом руководства можно ознакомиться по адресу:
<http://www.alzheimersanddementia.org/content/ncg>

Подготовила **Ольга Татаренко**