

Інтервенційна кардіологія на Вінниччині

Вінницька область – одна з тих, де за останні роки зроблені найбільш суттєві кроки до більш широкого застосування інтервенційних методів лікування гострого коронарного синдрому (ГКС). Про те, як вдалося цього добитися, як працюють сьогодні вінницькі інтервенційні кардіологи та які завдання вони ставлять перед собою у майбутньому, розказали нашому кореспондентові завідувач відділенням кардіології № 1 Вінницької міської клінічної лікарні №1 Віктор Петрович Щербак та лікар рентгеноопераційного блоку, кандидат медичних наук Ігор Віталійович Данильчук.

Що сприяло зміні ситуації з лікуванням ГКС у Вінницькій області?



Віктор Петрович Щербак:

— Ситуація з лікуванням ГКС почала змінюватися з початком роботи рентгеноопераційного блоку у 2008 році, що дало можливість проведення інтервенційних втручань, які в останні 3-4 роки стали масовими. Рентгеноопераційний блок було відкрито на кошти міста за підтримки міського голови В.Б. Гройсмана, чималу частку яких становили фінансові внески підприємств та громадян. Одним з ініціаторів та провідником ідеї розвитку інтервенційної кардіології був завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Ю.М. Мостовой.

Вінницький реперфузійний центр створено на базі кардіологічного відділення, він розрахований на 75 ліжок, має власні реанімаційний та рентгеноопераційний блоки, які розташовані на одному поверсі, що дає можливість проведення колективних консультацій та значно пришвидшує прийняття та виконання рішень. Окрім того, наявність єдиного центра з надання реперфузійної кардіологічної допомоги хворим на ГКС дає змогу швидко розгорнути програму інтервенційного втручання у межах міста, мінімізувавши втрати часу, пов'язані з помилковим транспортуванням пацієнта до іншого лікувального закладу.

Як працює відділення інтервенційної допомоги?

— В.Щ.: У відділенні є плановий та ургентний режими роботи. Ургентний режим здійснюється цілодобово, без вихідних, у режимі чергування вдома; забезпечується бригадами, до складу яких входять лікарі В.В. Распутін та О.Л. Сергійчук, лікар-анестезіолог І.П. Скларов, які в повній мірі володіють інтервенційними технологіями та здатні вирішувати найскладніші завдання. Особливої подяки заслуговують медичні сестри, на долю яких припадає велика частина роботи.

З яким навантаженням працює сьогодні Вінницький реперфузійний центр?

— В.Щ.: У Вінницькій області (1,625 млн населення) протягом року мають місце близько 1600 випадків ІМ, із них у м. Вінниці (372 тис. населення) цей діагноз встановлюють 350-380 хворим. За минулий рік в ургентному порядку ревааскуляризацію коронарних судин шляхом стентування проведено 173 пацієнтам (переважно жителям міста): 133 особам було встановлено діагноз гострого ІМ із підйомом сегмента ST, а 40 хворим – ГКС без підйому сегмента ST. Понад 100 пацієнтам зі стабільною стенокардією проведено планову ревааскуляризацію. Таким чином, допомогу в реперфузійному центрі було надано 82 особам на 1 млн населення. У європейських країнах такий показник становить до 370 процедур при ІМ із підйомом

сегмента ST на 1 млн населення. Ці цифри свідчать, що нам є над чим працювати, особливо із врахуванням нових світових орієнтирів – 600 процедур при ІМ із підйомом сегмента ST на 1 млн населення. У порівнянні з аналогічними показниками 5-річної давності відбувся значний прогрес у розвитку сучасних методик лікування ГКС як в Україні, так і Вінницькій області.

Чи всіх пацієнтів вдається доставити в межах терапевтичного вікна для надання невідкладної допомоги?



Ігор Віталійович Данильчук:

— У 35-40% випадків пацієнтів із ГКС доставляють у стаціонар через добу від початку захворювання, коли проведення реперфузійної терапії і ревааскуляризації вже не призводить до покращення результатів лікування. Проблема доставки хворих у межах терапевтичного вікна (для пацієнтів з ІМ воно складає 6 год для тромболізу і 12 год – для інтервенційних втручань) існує в усіх країнах, у тому числі з найбільш розвинутою медициною. В Україні це пов'язано з поганою інформованістю пацієнтів, відсутністю мотивації до лікування, недостатньою організацією надання кардіологічної допомоги та іншими причинами.

Наскільки проблема своєчасної доставки хворого пов'язана з матеріальним забезпеченням діагностичних досліджень та маніпуляцій?

— І.Д.: Діагностика ГКС та ІМ не потребує особливих матеріальних затрат та дорогої апаратури. Визначення класичної триади: клініки, змін на електрокардіограмі (ЕКГ), показників відповідних ферментів (креатинфосфокінази МВ і тропоніну в крові) є достатнім для постановки діагнозу. Для прийняття рішення щодо транспортування пацієнта в реперфузійний центр достатньо наявності симптомів ІМ та змін на ЕКГ, а доставка хворого з ІМ у більшій мірі залежить від його вчасного звернення, кваліфікованих дій лікаря, транспортного забезпечення, організації роботи на місцях і бажання доставити пацієнта за призначенням. Відповідно до стандартів надання допомоги пацієнта із ГКС слід доставити в центр не пізніше 2 год із моменту першого контакту з медичним працівником.

Як вирішується проблема несвоєчасного звернення та пізньої доставки пацієнтів до реперфузійного центру?

— В.Щ.: Для того щоб вплинути на показник пізніх звернень, необхідно проводити державні та регіональні інформаційно-просвітницькі кампанії. З огляду на те, що найбільший контакт з пацієнтом мають лікарі первинної ланки, минулого року в кожному центрі сімейної медицини м. Вінниці було проведено цикл спеціальних освітніх лекцій щодо сучасних стратегій лікування ГКС, на яких лікарів було ознайомлено з правилами максимально швидкого переорієнтування інфарктних пацієнтів на міський реперфузійний центр. Минулого року разом із кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб ми також провели у всій області низку тематичних курсів для кардіологів, анестезіологів та спеціалістів невідкладної допомоги районних лікарень. Лекції були присвячені логістиці надання допомоги при ГКС та базовим питанням щодо сучасних методів його лікування – стентування та тромболізу.

Наскільки центр забезпечений стентами та іншими витратними матеріалами?

— В.Щ.: Забезпечення достатньою кількістю та асортиментом розхідних матеріалів для проведення інтервенційних втручань є вкрай важливим питанням. На нашу думку, саме ургентна допомога має надаватися хворим на безоплатній основі, що повинно бути забезпечено державою. На сьогоднішній день стенти й витратні матеріали частково закуповуються Міністерством охорони здоров'я України, частково міською владою. Ми вдячні за розуміння й сприяння в цьому питанні. Однак слід відзначити, що успішність інтервенційної допомоги при ГКС залежить не тільки від закупівлі дорогих витратних матеріалів, а й від правильно організації та швидкості надання медичної допомоги від моменту першого контакту хворого з медичним працівником аж до виписки зі стаціонару та повного повернення пацієнта до активного життя.

Яке місце, на Ваш погляд, має займати тромболітична терапія в лікуванні хворих на ГКС у Вінницькій області?

— І.Д.: Треба враховувати, що сегмент застосування тромболітичних препаратів у невідкладній кардіології є досить обмеженим, що пов'язано з коротким терапевтичним вікном у порівнянні зі стентуванням та наявністю низки

протипоказань: високий артеріальний тиск; недавні кровотечі в анамнезі; черепно-мозкові травми; інсульти. Натомість для використання інтервенційних методів лікування ГКС кількість протипоказань значно менша, а пул пацієнтів, відповідно, значно більший. Не менш важливим значенням інтервенційного лікування є більш надійне й повне відновлення кровопостачання міокарду після стентування, тоді як тромболітична терапія не вирішує проблему в цілому, оскільки тромболітик не усуває атеросклеротичної непрохідності артерії. Тому після тромболітичної терапії зберігається загроза рецидивів, а пацієнтам, які перенесли цей вид лікування, протягом 24 год показана коронарографія. Результати останніх рандомізованих досліджень, присвячених вивченню порівняння ефективності інтервенційного лікування ІМ проти комбінованого підходу (тромболітична терапія + стентування), показали не лише відсутність переваг комбінованого лікування, а й підвищений ризик геморагічних ускладнень при його виконанні, тому така тактика є не завжди виправданою.

У деяких країнах, наприклад у Чехії, Німеччині, на півночі Італії, тромболітиками майже не користуються. Мінімальне використання цієї групи препаратів у Польщі. Таким чином, у світі поступово відбувається перерозподіл ресурсів для вирішення проблем якісної діагностики та швидкої доставки пацієнтів з метою проведення стентування в спеціалізованих кардіологічних установах.

Що стосується нашої ситуації, до тромболітичної терапії слід вдаватися лише у віддалених районних центрах Вінницької області в якості передінтервенційного лікування та у разі неможливості швидко доставити пацієнта до обласного центра для інтервенційного втручання.

Діапазон методик лікування інтервенційної кардіології досить широкий. Які з них застосовуються у Вінницькому реперфузійному центрі?

— В.Щ.: Виконуються всі маніпуляції, які використовуються в рамках інтервенційних втручань на коронарних судинах, у тому числі й найскладніші: стентування стовбуру лівої коронарної артерії, стентування хронічних оклюзій та стентування біфуркацій. Ми успішно працюємо у всіх трьох напрямках і маємо добрі показники діяльності, використовуючи технології, які мінімізують знаходження хворого в стаціонарі. З метою зменшення післяопераційних ускладнень (ризик кровотечі з місця доступу), пов'язаних із пункцією стегнової артерії в нашій клініці, 90% операцій проводиться через променеву артерію, особливо якщо ревааскуляризація здійснюється в плановому порядку.

Яким чином готують фахівців з інтервенційної кардіології?

— І.Д.: Спеціалісти нашого центру навчалися в різних установах, зокрема, в Інституті кардіології ім. М.Д. Стражеска НАМН України в професорів Юрія Миколайовича Соколова та Максима Юрійовича Соколова та в Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України під керівництвом професора Юрія Володимировича Панічкіна та за сприяння Сергія Володимировича Сала та Віктора Сергійовича Берестовенка. Завдяки використанню досвіду двох відомих наукових шкіл з'явилася можливість швидко сформувати власний стиль роботи. Ми вдячні співробітникам цих провідних установ за максимальне сприяння становленню нашого колективу. Слід зазначити, що на базі Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска створено навчальний курс із підготовки спеціалістів з інтервенційної кардіології. Це дало можливість перейти від підготовки окремих спеціалістів до системної масової підготовки лікарів інтервенційної кардіології. Важливим є проведення щорічного курсу з коронарної ревааскуляризації на базі Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска, де зібрано та узагальнено світовий досвід та клінічний матеріал з усієї України за рік. До речі, серед чотирьох демонстраційних операцій, які було проведено в рамках останнього навчального курсу, одну було виконано за участі фахівця нашого відділення. Подібний курс з ендovasкулярної хірургії проводять щорічно на базі Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України під керівництвом професора С.М. Фуркало.

Які перспективи у кардіологічній службі в регіоні?

— В.Щ.: На сьогоднішній день кардіологічна допомога надається на базі міської лікарні № 1. Зараз вирішується питання про будівництво у м. Вінниці кардіологічного центра, в якому будуть надаватися всі види кардіологічної допомоги.

Чи необхідно місту розвивати велику кардіологію та кардіологічну електрофізіологію?

— І.Д.: Безумовно, так. Вінниця є університетським містом із великими медичними традиціями, і воно зобов'язане надавати весь спектр медичної допомоги кардіологічним пацієнтам та не обмежуватися лише інтервенційною кардіологією.

Підготував **Анатолій Якименко**

3