



Колпаков Евгений Васильевич

- 2003 — профессор кафедры
- Заместитель директора по развитию госпрограмм ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава

ЭВОЛЮЦИЯ КАРДИОЛОГИИ

Люсов В.А., Колпаков Е.В.

Российский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии №1 (зав. — проф. В. А. Люсов), городская клиническая больница № 15, Москва

Последние годы клиническая кардиология прошла большой путь от консервативного лечения больного с коронарной патологией до интенсивных и хирургических методов, включающих комбинации лекарственных веществ с длительной инфузией, методов вспомогательного кровообращения и другие радикальные методы восстановления коронарного кровотока.

Этот путь может быть представлен в виде нескольких этапов.

1. Консервативное лечение ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности.

2. Консервативное лечение острой сердечной недостаточности, в частности, при инфаркте миокарда с использованием коронаролитиков, обезболивающих, антикоагулянтов и фибринолитиков, противовоспалительная терапия, начало использования кате-

холаминов, первые опыты по клиническому использованию методов вспомогательного кровообращения при кардиогенном шоке.

3. Активное лечение — вспомогательное кровообращение, восстановление коронарного кровотока медикаментами, хирургические методы реваскуляризации миокарда.

Активное лечение острой и хронической патологии сердца при ишемической болезни и других заболеваниях миокарда, осложняющихся острой и хронической недостаточностью кровообращения, кроме сохранения жизни пациенту, позволяет в 75% случаев восстановить работоспособность заболевших и снизить смертность этих больных до 5-10%. Решение такой задачи является одной из важнейших социально-экономических проблем.

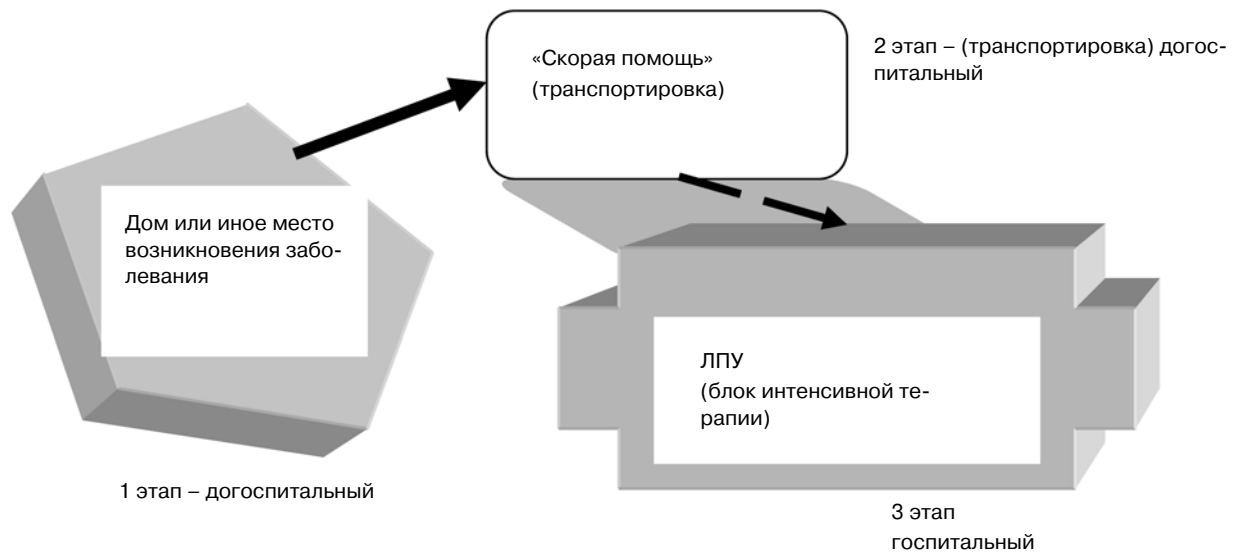


Рис. 1. Схема организации помощи больным с коронарным синдромом, предложенная и разработанная П.Е. Лукомским и его школой.

Поэтому в рассматриваемой проблеме лечения больных с коронарной болезнью сердца можно выделить и социально-экономические аспекты:

- снижение смертности больных с ишемической болезнью сердца;
- уменьшение степени инвалидизации больных, перенесших острый инфаркт миокарда;
- повышение качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца.

Совершенствование методов лечения острой коронарной недостаточности, коррекции нарушения коронарного кровотока являются основными в работе кардиологической службы. Принципы лечения больных с острым инфарктом миокарда были заложены в 60-е годы продолжателем традиций кардиологической школы и создателем нового ее направления академиком П.Е. Лукомским (Государственная премия СССР, 1969). Разработанная тактика активного лечения больных с острым инфарктом миокарда позволила значительно уменьшить догоспитальную и госпитальную смертность больных, увеличить степень их реабилитации.

Созданная академиком П.Е. Лукомским и его школой система лечения острых коронарных заболеваний миокарда и сопутствующих осложнений нуждается в тщательном анализе и формировании на её основе новых подходов к организации этой службы. В основе лечения острого инфаркта миокарда в 60-ые годы было заложено создание специализированных отделений интенсивной терапии и организация непрерывного лечебного процесса на догоспитальном и госпитальном этапах, которые были блестяще решены при самом активном участии П.Е. Лукомского и его школы. Схематически это представляло собой несколько этапов (рис.1).

Первый этап: место возникновения и развития заболевания или доврачебная помощь. Этап, на котором принимаются меры по стабилизации гемодинамики, купированию болевого синдрома и подготовка к транспортировке. Своевременная и достаточная квалифицированная специализированная помощь позволила значительно уменьшить количество случаев внезапной смерти, развития кардиогенного шока и других тяжелых осложнений в несколько раз.

На *втором*, догоспитальном, этапе осуществляется транспортировка пациента в ЛПУ с блоком интенсивной терапии (БИТ). Правильно проведенная догоспитальная подготовка позволила значительно сократить риск доставки больного в специализированный стационар.

Третий этап, начиная с 60-х и до настоящего времени остаётся решающим в лечении больного с острой коронарной патологией. За прошедшие годы методы активного лечения подверглись весьма незначительным изменениям, которые касаются только совершенствования тактики внутрибольничного и послегоспитального лечения и реабилитации.

В системе лечебного стационара выделилось два последовательных этапа: интенсивная терапия с активной комплексной терапией и мониторным контролем с применением активных методов поддержки сократительной функции миокарда и стационарный период долечивания с последующим переводом в санаторий для завершения периода реабилитации.

В последние годы в практику лечения острого инфаркта миокарда вошли хирургические методы лечения и внедрение реанимационных методов лечения (рис. 3).

Всё больше в систему общего клинического лечения острого коронарного синдрома и инфаркта мио-

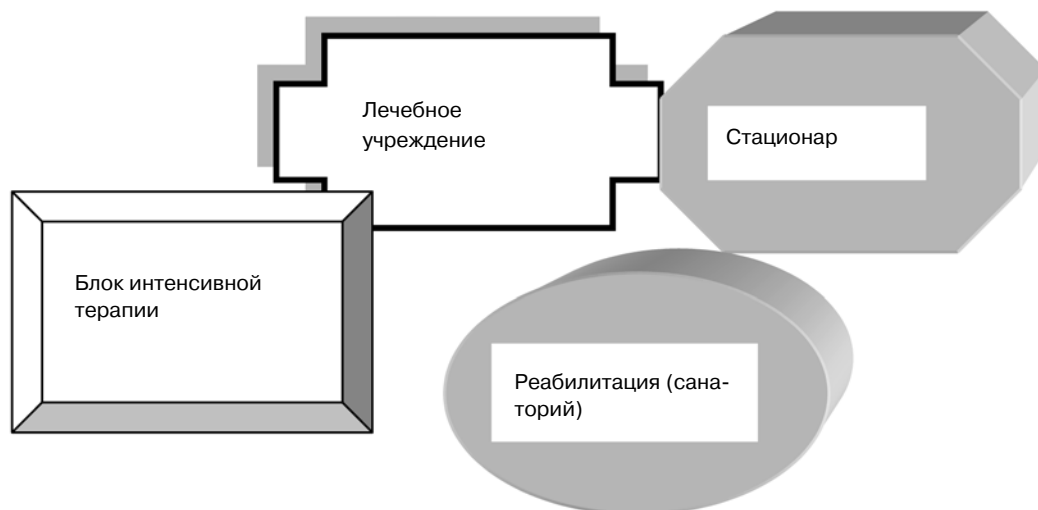


Рис. 2. Схема этапов стационарного и санаторно-курортного лечения.

карда внедряются методы оперативного лечения — такие, как аорто-коронарное шунтирование, внутрисосудистая коррекция патологии кровоснабжения миокарда. Система этапного лечения больных с коронарной болезнью сердца признана во всём мире. Она позволила спасти огромное количество больных, страдающих коронарной болезнью сердца.

До недавнего времени количество пролеченных больных росло экстенсивно, за счёт увеличения количества стационаров, имеющих в своём составе блоки интенсивной терапии. Однако наступил период, когда дальнейшее увеличение количества БИТов в системе городского и регионального здравоохранения стало экономически неэффективно. По мере насыщения количества таких отделений и специализированных коек для лечения больных, на первый план стали выходить экономические аспекты. Причина снижения эффективности работы специализирован-

ных кардиологических отделений с блоками интенсивной терапии в том, что необходимо полностью завершить цикл высокоспециализированной диагностики и лечения больных, включив современные методы хирургической помощи. Следовательно, экстенсивный рост увеличения объёма оказания высокотехнологичной медицинской помощи полностью исчерпал себя.

Для решения этой задачи целесообразно рассмотреть современную схему оказания такой помощи и выявить слабые звенья этой цепочки.

В качестве опорной точки места оказания высокотехнологичной медицинской помощи следует выбрать основной этап в лечении. Совершенно очевидно, что таких мест два: специализированная койка в отделении интенсивной терапии и операционный стол. На койке в отделении интенсивной терапии при всём желании не может изменяться оборот в течение

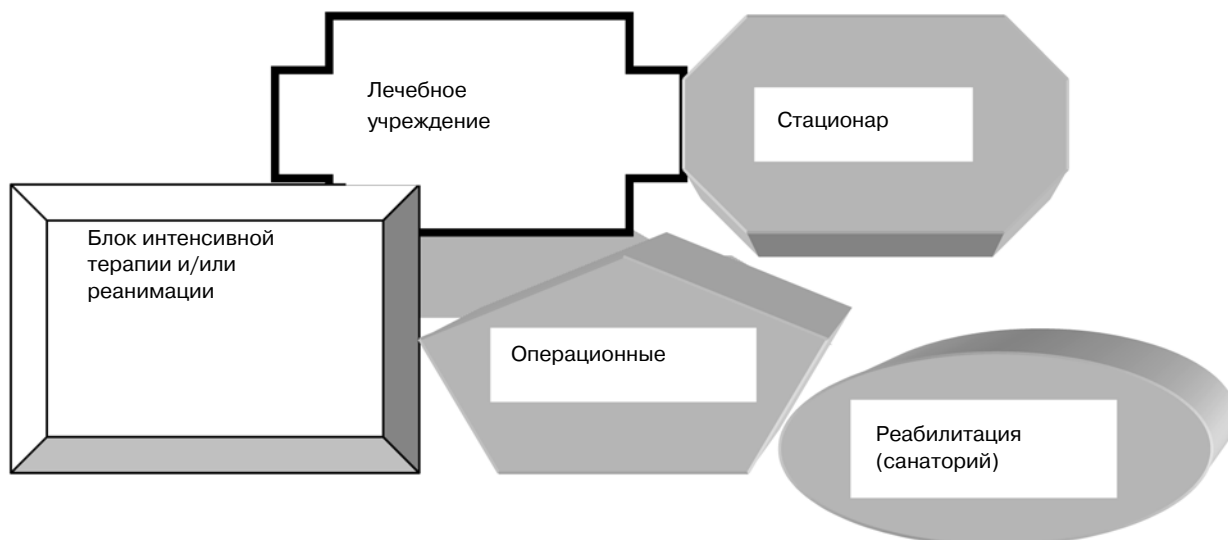


Рис. 3. Схема этапов лечения и реабилитации больных с острым коронарным синдромом в пределах специализированного стационара, включая этап реабилитации (ЛПУ).

месяца, так как этот процесс зависит от нескольких составляющих:

- исходной тяжести больного,
- характера патологического процесса,
- эффективности проведенных лечебных мероприятий.

При простом неосложнённом течении заболевания все манипуляции сводятся к проведению простых консервативных методов обследования и лечения. В течение ближайших часов пациент проходит либо оперативное лечение, либо достаточно короткий курс консервативного лечения и после стабилизации патологического процесса может быть переведен на долечивание в специализированный стационар.

В том случае, если острый инфаркт миокарда протекает с тяжелыми нарушениями гемодинамики, когда для стабилизации кровообращения требуются вспомогательные методы, функция внешнего дыхания поддерживается аппаратами искусственной вентиляции лёгких, для нормализации функции шоковой почки используется гемодиализ и т.д., сроки пребывания такого пациента затягиваются на долгие дни. Поэтому единственное место, которое может быть рассчитано по эффективности нагрузки и даёт возможность увеличить количество радикально вылеченных и сократить сроки пребывания в стационаре — это операционный стол. Поддержание и эксплуатация операционного или рентгенооперационного стола требует больших расходов, также крайне дорого стоит содержание обслуживающего персонала: хирурги, анестезиологи, средний медицинский и технический персонал. Однако, в общем объеме оказания высокоспециализированной медицинской помощи эти затраты становятся незначительными.

К сожалению, существующая система оказания медицинской помощи в существующем варианте не готова к изменению ситуации по интенсификации процесса в положительную сторону:

- система финансирования высокотехнологичной медицинской помощи,
- финансовая и юридическая принадлежность ЛПУ различной квалификационной категории,
- степень технической и кадровой оснащённости,
- механизм финансирования ЛПУ.

Поэтому решение задачи дальнейшего совершенствования лечения острого коронарного синдрома зависит от своевременности и объёма проводимой реформы здравоохранения.

До недавнего времени критики реформы указывали на отсутствие Государственных гарантий на оказание высокоспециализированной медицинской помощи. Приказ Минздравсоцразвития № 220 от 29 марта 2006 г. привёл планы финансирования высокоспециализированной медицинской помощи в соответствии

с потребностями ЛПУ. Однако возникают следующие трудности, которые не могут быть решены в рамках одного лечебного учреждения: изменение состава и количества специализированных коек в кардиологических отделениях, а также полного технического обеспечения всех ЛПУ, в которых есть БИТы, необходимой диагностической и операционной аппаратурой. В то же время, в этом нет необходимости, если решать вопрос с помощью введения дополнительного управляющего звена, которое способно обеспечить и соединить недостающие звенья для полного проведения диагностического и лечебного процесса в рамках не одного, а нескольких стационаров.

В национальной программе «Здоровье» указывается на значительный дефицит, достигающий до 30% от необходимого, высококвалифицированных медицинских и инженерных кадров, как в первичной сети здравоохранения, так и в системе «скорой помощи». В связи с этим уже прослеживаются два критических момента:

- недостаток высококвалифицированных кадров, начиная с младшего и среднего и специально подготовленного медицинского персонала и заканчивая техническим, занимающимся эксплуатацией и ремонтом медицинской техники;
- малая эффективность загрузки операционных и реанимационных отделений при радикальном лечении больных с острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом.

Следует признать, что в этом случае решение проблемы — в новой организации работы и распределения финансирования. В программных документах Минздравсоцразвития по национальной программе «Здоровье» прописано, что часть функций по организации работы медицинских учреждений различного уровня могут взять на себя автономные некоммерческие организации (АНО), которые совершенно свободно могут объединить и скоординировать возникшие проблемы по оказанию услуг в сфере высокотехнологичной медицинской помощи (рис. 4).

Совершенно очевидно, что решение проблемы увеличения потока пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи без значительных дополнительных капиталовложений, легко решают АНО. Функции этого аппарата вполне очевидны, т.к., используя систему договорных отношений в рамках отраслевых стандартов лечения и материально-технического оснащения и обеспечения, возможно решение множества вопросов, которые постоянно возникают в процессе реформы.

Совершенно ясно, что это модель, которая должна быть создана, проверена в течение времени и в последующем использована как один из механизмов реформы здравоохранения.

В этом случае, вероятнее всего, легко может быть

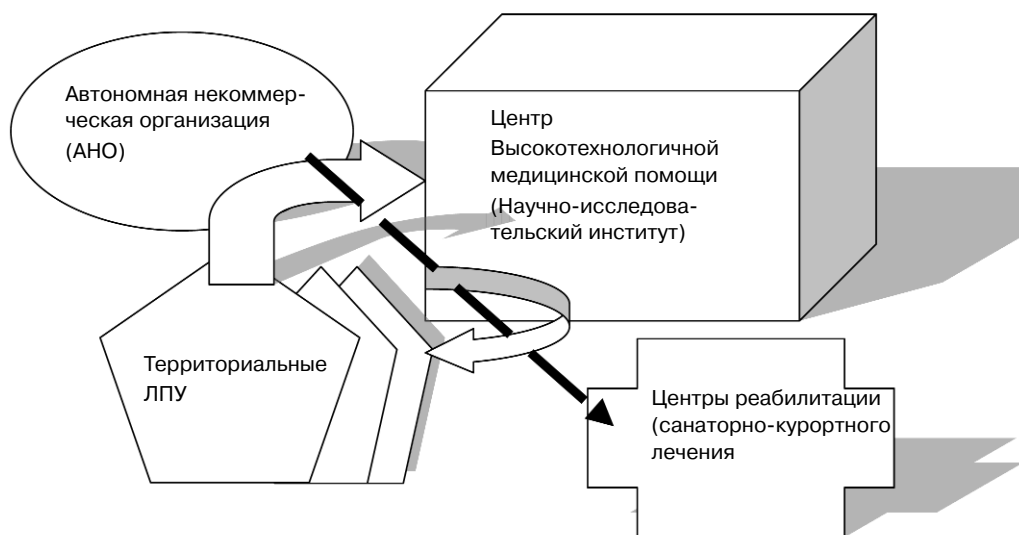


Рис. 4. Схема, иллюстрирующая в общей форме возможности функционирования АНО как объединяющего органа по взаимодействию медицинских учреждений различного уровня подчинённости и финансирования

решена проблема «избыточности сети медицинских учреждений», как было сказано в одном из сообщений Минздравсоцразвития для правительства. Анализ работы существующих высокоспециализированных медицинских учреждений показывает, что их сегодняшняя структура не позволяет повысить эффективность работы. В то же время, создание новых федеральных центров увеличит сроки расширения объёма оказываемой необходимой высокоспециализированной медицинской помощи населению страны, т.к. основным недостатком их практической работы будет недозагруженность основных функциональных подразделений: операционных, реанимационных и диагностических отделений. Причина в том, что на коечном фонде центров будет, как и раньше, проводиться вся черновая работа по обследованию и подго-

товке больных для специализированного лечения, а также долечивание до момента перевода пациента в санаторий и последующей реабилитации.

Организуя работу по обследованию и подготовке больного к операции в ЛПУ на территории по стандартам центра высокотехнологичной медицинской помощи (ЦВТП), легко увеличить пропускную способность дорогой койки центра. Последующая ранняя выписка больного после операции на долечивание обратно в лечебный стационар повышает оборот койки центра. Всё это полностью вписывается в систему этапного преемственного лечения, разработанного еще Н.И. Пироговым и успешно используемую в России до настоящего времени. Дополняя эту систему постоянным наблюдением за пациентом персонифицированным компьютерным учётом по

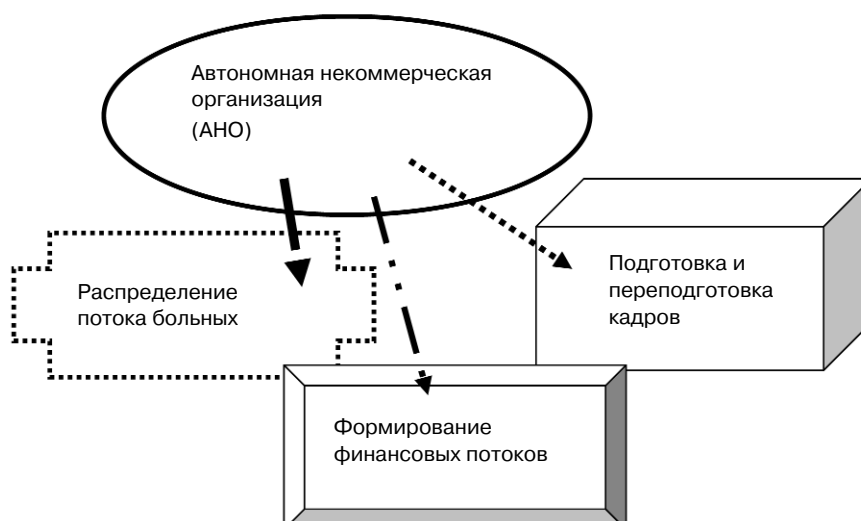


Рис. 5. Схематическое отражение основных функций, которые может взять на себя АНО в реформе здравоохранения.

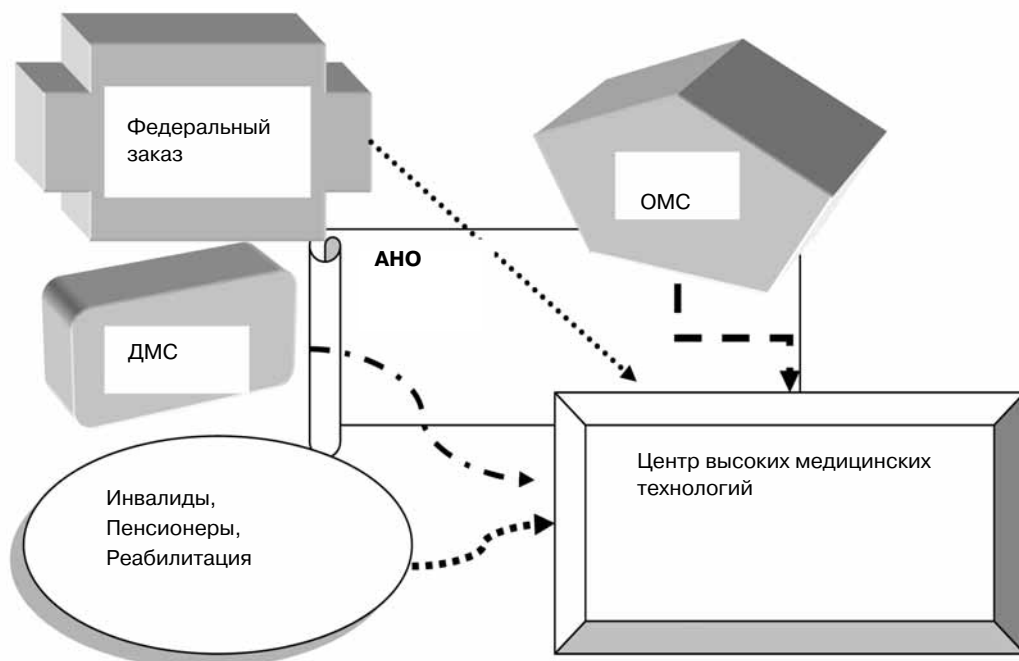


Рис. 6. Система финансирования различных этапов обследования, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных с коронарной патологией.

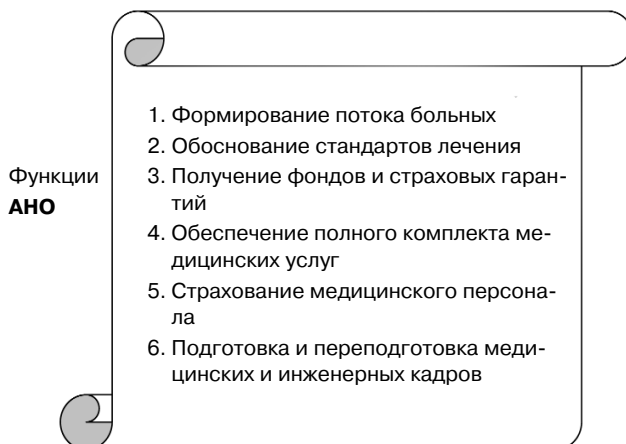


Рис. 7. Предполагаемые функции АНО, как управляющей компании, для улучшения работы ЛПУ, высокоспециализированных медицинских центров и центров повышения квалификации для врачей и инженерных кадров.

диспансерному наблюдению, восстанавливается система здравоохранения, принятая в СССР и называемая «системой Семашко».

Финансовые потоки, как представлено в документах Минздравсоцразвития (рис. 6), должны составляться из федерального бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, пенсионного фонда и фонда по реабилитации населения, фондов добровольного медицинского страхования, которые могут быть созданы на основе страхования работающих на предприятиях и в организациях.

Подготовка медицинских и инженерных кадров очевидно, также может быть введена в функции АНО (рис. 7) для обеспечения постоянного потока обучаемых в рамках госзаказа и необходимости всей медицинской сети.

Объём предлагаемой статьи не позволяет полностью рассмотреть все аспекты возможного функционирования АНО в системе здравоохранения. Однако возможность создания такой схемы позволила бы значительно модернизировать систему оказания высокоспециализированной медицинской помощи больным с коронарной патологией, так успешно начатой академиком П.Е. Лукомским.