

WAYS TO IMPROVE MYOCARDIAL INFARCTION TREATMENT EFFICACY

*Department of Medicine Chairman, Cardiology, Executive Director;
Dartmouth-Hitchcock Medical Center*

Despite substantial gains in our knowledge on the etiology and pathophysiology of coronary disease, and in the prevention and treatment of its acute sequelae, coronary artery disease remains a disease of epidemic proportions in the industrialized nations. It is still the number one cause of death in the U.S. and the Russian Federation, and it is the second leading cause of death in Japan (after malignant neoplasms). In the U.S. it is estimated that 11-13 million people have coronary disease, 50% of whom present with angina and 50% of whom present with an acute myocardial infarction (up to 1.5 million a year in the U.S. alone). Of the latter, up to one-third will die as a direct result of the acute event; 50% within the first hour secondary to an arrhythmia. In addition to the premature mortality and disability, there is a major economic burden associated with ischemic heart disease; \$6 billion annually in the U.S., half of which is attributable to acute myocardial infarction.

In 2004, the American College of Cardiology and American Heart Association published guidelines for the management of STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction). One of the recommendations was that all hospitals establish multi-disciplinary teams to develop guideline-based, institution specific written protocols for triaging and managing patients who present with symptoms suggestive of myocardial ischemia.

As is true for so many public health issues such as adequate food and nutrition; safe water and sanitation; or effective vaccination programs, the knowledge and technology to markedly reduce mortality due to the acute sequelae of coronary disease exist. The problem is one of distribution - both of the knowledge as well as the ability to get the treatment to the patient (or the patient to the treatment) in a timely fashion.

In addition to the more aggressive use of medical therapy in the treatment of acute coronary syndromes, it is well-established that some form of reperfusion therapy is the treatment of choice for patients presenting within up to 12 hours of the onset of acute myocardial infarction: thrombolytic therapy as first definitively demonstrated in the GISSI and ISIS-2 trials or direct percutaneous coronary intervention when that technology is available in an acceptable time frame.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center is a rurally based tertiary care academic medical center, and as such has been faced with a special challenge of delivering evidence-based care to a geographically dispersed population presenting with acute coronary syndromes. A recent successful quality-improvement initiative aimed at reducing mortality rates for STEMI in our population will be presented.

Джон Роберт Баттерли

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Медицинский центр, Нью-Хемпшер, Лебанон, США

Несмотря на значительные достижения и знания в области этиологии, патофизиологии коронарных болезней сердца, в профилактике и лечении острых осложнений, коронарные болезни остаются эндемическим заболеванием в развитых странах. Это первая причина смерти в США и России и вторая причина смертности в Японии (после злокачественных новообразований). В США 11-13 млн людей страдают этими заболеваниями. 50% этих коронарных заболеваний представлено стенокардией, 50% — инфарктом миокарда (до 1,5 млн в год только в США). Из них одна треть умрет в результате острого приступа, в первый час из-за вторичной аритмии — 50%. Помимо ранней смертности и инвалидизации существует огромная экономическая нагрузка, связанная с ИБС. Ежегодно 6 млрд дол. тратятся в США, половина из этих средств уходит на лечение инфаркта миокарда.

В 2004 г. Американский колледж кардиологии и Американская кардиологическая ассоциация опубликовали рекомендации по ведению IM/ST (инфарк-

та миокарда с повышением ST). Одна из рекомендаций заключалась в том, чтобы все больницы создали многодисциплинарные команды для разработки специальных письменных протоколов, основанных на рекомендациях для конкретного учреждения для диагностики и лечения пациентов с симптомами, наводящими на мысль об инфаркте миокарда.

Все вышесказанное может относиться и к другим проблемам здравоохранения: правильное питание, хорошая пища, чистая и безопасная вода, эффективные программы вакцинации. Сегодня существуют и знания, и технологии, которые смогут снизить смертность от острых сердечных заболеваний. Основная проблема — распределение как знаний, так и возможности оказать помощь пациенту или своевременно доставить пациента к месту лечения.

Доказано, что агрессивная терапия лекарствами при лечении острых коронарных синдромов — это реперфузионная терапия пациентов, поступивших в течение 12 ч с начала острого инфаркта миокарда.

Тромболитическая терапия, как было показано в клинических исследованиях GISSI и ISIS-2, или перкутанное коронарное вмешательство, если таковая технология имеется, могут и должны быть использованы в соответствующих временных рамках.

Медицинский центр Дартмаут-Хитчкок — это расположенный в сельской местности академический

медицинский центр, который решает проблему оказания, в рамках доказательной медицины, помощи пациентам с острыми коронарными синдромами, проживающим разбросанно на большой территории. Будет представлена успешная последняя инициатива, направленная на снижение смертности от ИМПИСТ у нашего населения.



H. Greenberg

ECONOMIC AND PUBLIC HEALTH IMPERATIVES FOR ACTING AGGRESSIVELY TO REDUCE THE INCIDENCE OF ACUTE, LIFE-THREATENING COMPLICATIONS OF CARDIOVASCULAR DISEASE

*Associate Director, Cardiology St. Luke's - Roosevelt Hospital; Institute of Human Nutrition
Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York*

Supported by data collected over the past several decades, it is a truth universally acknowledged, nearly, that chronic diseases, most particularly cardiovascular disease (CVD) and diabetes mellitus (DM) are the dominant health issues confronting the less developed economies. The recent WHO report may well herald the end of the era of the struggle to achieve problem recognition and confirmation. This era began with Abdul Omran's paper 35 years ago; 25 years later the Global Burden of Disease study collected and displayed the data; and now, a decade later yet, WHO has embraced and endorsed the observation. If, then, problem recognition is drawing to a close, notwithstanding the need to further refine current data in nearly every country, what follows needs to be an era of implementation. Global health assistance as currently constructed is not designed for or capable of leading an aggressive assault on the chronic illnesses afflicting the emerging economies. In our report, *A Race against Time*, published by the Earth Institute at Columbia in 2004 we began to describe a methodology for combating these diseases.

Our model is that of a 3 legged stool that supports a platform that can begin the assault on chronic disease. The three legs are: 1) a universal primary health care de-

livery system, 2) a health promotion system, 3) a macroeconomic repositioning of public health within the broader government bureaucracy and portfolios and the nation's commerce. The characteristics of each leg differ from key elements in current global health assistance. I will explore these.

My remarks will focus on barrier to adoption of these methodologies by assistance organizations and host countries. The traditional impediments to intervening on chronic diseases include opinions that they are restricted to the elderly; that since they are incurable, their course cannot be effectively modulated; that they are diseases of affluence; that they are self-induced by free choice behavior and hence not the responsibility of the state; and that the OECD countries focus on treating end organ impacts not prevention. The less obvious reasons relate to their duration and complexity. Because they last forever, management programs extend beyond any grant cycle. Establishing long term clinics is expensive and measuring outputs is complex. To function effectively, they must be locally run, thus limiting the roles for outsiders. How these concepts can be molded into effective programs will be explored.

Г. Гринберг

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Институт питания Колумбийского университета, Медицинский хирургический колледж, Нью-Йорк, США

Согласно статистическим данным, собранным за несколько прошедших декад, проблема хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарно-

го диабета была международно признана доминирующей в снижении темпа роста экономики развивающихся стран. В последнем докладе Всемирной организа-