

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ «СОСУДИСТОЙ ПРОГРАММЫ» МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЕЁ РЕЗУЛЬТАТОВ

А.Д.Эрлих

Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ ФМБА России

С 2009 года в нескольких регионах России проходит специальная программа по реализации мер, направленных на снижение смертности у больных с острыми коронарными синдромами (ОКС), так называемой «сосудистой программы» [1,2]. В рамках этого проекта создаются региональные сосудистые центры, аккумулирующие на себя больных с ОКС, для оказания им быстрой и современной помощи, в первую очередь, чрезкожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Для пользователей интернета с недавнего времени оказались доступны первые итоги «сосудистой программы», опубликованные на сайте www.cardioweb.ru [1,2]. Несомненно, что эти данные представляют необычайный интерес и желание обсудить их. Конечно же, в течение того короткого времени, что длится «сосудистая программа», очень трудно увидеть какие-то существенные сдвиги в направлении поставленной цели, а именно, снижении смертности при ОКС. Но сами представленные данные дают пищу для размышлений о том, что нам даёт внедрение «сосудистой программы», правильно ли она идёт, как сделать так, чтобы её результаты были более очевидны.

В представленном ниже тексте предпринята попытка анализа доступных данных о ходе выполнения «сосудистой программы» в России.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.
Представлено два основных способа оценки эффективности работы «сосудистой программы» - специальный мониторинг Минздравсоцразвития и

регистр ОКС. Сами авторы указывают некоторые несоответствия в данных, полученных одним и другим способами. Так, например, количество больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) по данным регистра, составляет чуть более 1/3 от больных с ОИМ по данным мониторинга. Авторы указывают, что «столь существенное расхождение между данными регистра ОКС и мониторинга требует отдельного анализа».

Сделаем попытку хотя бы частично этот анализ провести. Основная причина такого несоответствия заложена, как видится, в принципе организации регистра ОКС. Несмотря на то, то он создавался на основе регистров ОКС европейского кардиологического общества (EHS-ACS-I и EHS-ACS-II), в нём есть существенная деталь – в него включались только больные «выписанные из стационара (умершие) не ранее 24 часов с момента поступления» [1]. То есть, те больные с ОКС, которые выписывались или умирали ранее 24 часов от момента поступления, в регистр не вносились.

На некоторых примерах можно продемонстрировать, что такой подход сильно искажает реальные данные. Так например, в блоке интенсивной терапии ГКБ № 29 г.Москвы в 2009 году из 539 больных с ОИМ умерло 65 человек. То есть, летальность составила 12,1%. Из всех умерших больных 40 человек (61,5%) умерли в первые 24 часа от поступления. Если их исключить из анализа, то летальность составит 5,0% (25 и 499).

Схожая тенденция выявляется при анализе данных, полученных в независимом российском регистре ОКС «РЕКОРД» [3]. Так, из 246 больных с ОКС и подъёмом ST (ОКС П ST), включённых в этот регистр, умер 41 больной (16,7%). Менее 1 суток провели в стационаре 28 больных. Если их исключить из анализа, то летальность у больных с ОКС П ST составит 7,8% (17 из 218), то есть, как и в первом случае, уменьшится более чем вдвое.

Данные мониторинга Минздравсоцразвития, касающиеся смертности больных с ОИМ в стационаре, показывают, как представляется, более реальные цифры: в 2008 году в стационарах умерло 2194 из 14881

госпитализированных больных (14,7%), а в 2009 году – 2569 из 19723 (13,0%). При этом, доля больных, умерших в стационаре после первых 24 часов от поступления в 2008 и 2009 годах составила 8,3% и 7,3% соответственно.

Эти цифры также требуют отдельного пояснения. В приведённых материалах по работе «сосудистой программы» приводятся данные о том, что в тех регионах, где она осуществляется произошло снижение смертности от болезней системы кровообращения на 7,8%. Как можно увидеть, «вклад» внутригоспитальной смертности при ОИМ в эту цифру очень небольшой – 1,7%. Выше уже говорилось, что один год работы «сосудистой программы» не тот срок, за который надо оценивать её эффективность, но уже сейчас видно, что быстрой «отдачи» от внедрения этой программы ждать не приходится. Вместе с тем, есть очевидные меры, следуя которым можно получить быстрое снижение показателей летальности при ОКС и не только улучшить отчётные показатели по выполнению «сосудистой программы», но и реально уменьшить число неблагоприятных исходов у больных с ОКС.

НЕОБХОДИМОСТЬ СМЕЩЕНИЯ «ТОЧЕК ПРИЛОЖЕНИЯ» УСИЛИЙ. Критикуемые выше особенности организации регистра ОКС, разработанного для оценки эффективности «сосудистой программы» несомненно, занижают реальные показатели летальности про ОКС, а это в свою очередь снижает общую настороженность в необходимости улучшать показатели лечения и прилагать все силы на реальное улучшение исходов у больных с ОКС. И в первую очередь это относится к больным, которые погибают в первые сутки пребывания в стационаре, то есть, наиболее тяжёлым больным, которым требуется максимально быстрая, интенсивная помощь с применением высокотехнологичных методов лечения, то есть как раз того лечения, которое обеспечивается за счёт внедрения «сосудистой программы».

Вообще, реальная практика российских стационаров, где лечатся больные с ОКС (в том числе и тех, которые участвуют в «сосудистой программе»), акцентирована на то, чтобы наиболее активное лечение получали больные низкого риска (более молодые, не имеющие сопутствующих заболеваний и прочее) [4,5]. С точки зрения получения хороших результатов при инвазивном лечении эта политика, несомненно, имеет свои преимущества. Но, к сожалению, она мало влияет на общие результаты при лечении ОКС. Почему? За ответом обратимся к данным, полученным в регистре РЕКОРД. Среди больных с ОКС П ST, включённых в этот регистр, которые были моложе 75 лет, первичная реперфузионная терапия [ПРТ] (первичное ЧКВ или тромболитическая терапия) была выполнена у 55,8% больных, а среди больных с ОКС П ST 75 лет и старше – у 37,5% больных ($p=0,02$). За время пребывания в стационаре из больных моложе 75 лет умерло 10,9%, получивших ПРТ и 15,3% не получивших ПРТ (разница 4,4%), а среди больных 75 лет и старше показатели летальности у больных, получивших и не получивших ПРТ – 17,0% и 37,1% соответственно (разница 20,1%) [6]. То есть, хорошо видно, что активное лечение, а именно проведение реперфузионной терапии, у больных более молодого возраста даёт меньшее снижение показателей летальности, чем эти же лечебные мероприятия у пожилых больных. Похожие данные были получены в Венском регистре ОИМ с подъёмами ST [7], где 26,5% больных 80 лет и старше не получили ПРТ ($p<0,05$ в сравнении с более молодыми больными). При этом, частота смерти за время госпитализации среди больных 80 лет и старше, получивших ПРТ была 26,7%, а среди тех, кому ПРТ не проводилась – 41,9% (разница 15,2%).

Приведённые выше примеры говорят о том, что для получения несомненных доказательств преимущества проведения «сосудистой программы» необходимо сместить «точки приложения» усилий. То есть, организаторам «сосудистой программы» необходимо всеми силами убеждать её участников в необходимости наиболее активного применения

высокотехнологичных методов лечения у тех больных, которые подвержены наибольшему риску. В первую очередь, у пожилых больных, а также у больных с признаками сердечной недостаточности (класс по Killip>II), сахарным диабетом, высоким риском по оценке с помощью прогностических шкал GRACE и TIMI. Именно у этих больных быстро проведённые инвазивные вмешательства окажут наибольший эффект, что приведёт к более высоким показателям снижения смертности, которые пока остаются высокими даже в тех регионах, где «сосудистая программа» уже внедрена в жизнь.

Другим важным воздействием, способным улучшить показатели лечения при ОИМ П ST, является разработка специальных программ по разъяснению среди врачей показаний и противопоказаний к проведению тромболитической терапии (ТЛТ). В материалах по реализации «сосудистой программы» приведены данные о причинах невыполнения ТЛТ при ОКС П ST. Так примерно у 7% были выявлены противопоказания, чуть более 45% были госпитализированы позже, чем через 12 часов от начала симптомов, а вот почти у половины больных причина либо была «не определена», либо имелись «прочие причины, документально зафиксированные в истории болезни». Остаётся не ясным, если у больного не было противопоказаний к ТЛТ и он поступил в пределах 12 часов от начала симптомов, что ещё могло помешать проведению ТЛТ в стационаре? Хорошо, если это – проведение первичной ЧКВ. Но оно было выполнено лишь у 22,3% больных с ОКС П ST.

Тревожит также очень высокая доля «поздно поступивших» больных – 45,4%. Тем более, что сами авторы указывают на то, что эта цифра не очень соответствует приведённым данным о временном интервале «боль-поступление в стационар» - 147 минут. И даже если не принимать во внимание, что эта цифра искусственно рассчитанная, она говорит, что как минимум половина больных с ОКС П ST было госпитализировано в первые 2,5 часа от начала симптомов. Возможно, такое несоответствие родилось из-

за того, что в стационаре за «начало симптомов» принималось появление первого приступа боли, а «скорая помощь» вызывалась из-за последнего (например, самого сильного в череде приступов). Логика подсказывает, что для определения показаний к ТЛТ именно этот, самый последний приступ боли и надо считать «началом симптомов».

Важно сказать, что эти несоответствия не являются некой особенностью анализа проведения «сосудистой программы», но скорее всего порождены различиями в трактовке постулатов, изложенных в современных рекомендациях по лечению ОКС П ST [8].

Кажется очевидной необходимость организации специальных обучающих программ, печатных изданий, устных лекций, проведения семинаров и школ для выработки одинакового понимания таких необходимых для правильного лечения понятий как «время начала симптомов», «абсолютные и относительные противопоказания к ТЛТ» и некоторых других пунктов в лечении ОКС, которые имеют неодинаковую трактовку.

Так, возвращаясь к необходимости более активного лечения пожилых больных, надо упомянуть, что зачастую это становится невозможным из-за противодействия ангиохирургов, считающих возраст старше 75 лет противопоказанием к проведению ЧКВ, а наличие у больного, например, сахарного диабета – признаком невозможности выполнить ЧКВ из-за «несомненного наличия многососудистого поражения». Подобные утверждения никоим образом не соответствуют рекомендациям по проведению ЧКВ [9]. В связи с этим существует несомненная необходимость проведения совместных обучающих и координирующих мероприятий между разными службами оказания неотложной помощи больным ОКС – «скорая помощь», кардиоблоки, рентгеноперационные, кардиологические отделения.

Хочется выразить уверенность, что внедрение в жизнь мер по снижению смертности в рамках «сосудистой программы» в скором будущем

действительно даст положительные результаты. Представляется очень важным, чтобы отражение результатов реализации этих мер было объективным и не было бы искажено желанием во что бы то ни стало получить быстрый положительный результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойцов С.А., Кривонос О.В., Ощепкова Е.В. и соавт. Оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включённых в программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС за период с 01.01.2009 по 31.01.2009. <http://www.cardioweb.ru/news/page/75>
2. Бойцов С.А., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. и соавт. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома. <http://www.cardioweb.ru/news/page/75>
3. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. и участники регистра РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Кардиология 2209; 7; 4-12
4. Березин М.В., Мишина И.Е., Довгальок Ю.В. и соавт. Особенности лечения острого коронарного синдрома в разных возрастных группах. Тезисы конференции «Перспективы кардиологии России в XXI веке». Стр. 17. Москва, 2009
5. Эрлих А.Д, участники регистра «РЕКОРД». Раннее инвазивное лечение при остром коронарном синдроме без подъёма ST в реальной клинической практике. Тезисы конференции «Перспективы кардиологии России в XXI веке». Стр. 31. Москва, 2009
6. Эрлих А.Д от имени участников регистра «РЕКОРД» Недостаточное лечение пожилых больных с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST связано с неблагоприятным исходом (по данным регистра «РЕКОРД»). Материалы
7. Kalla K, Christ G, Karnik R, et al. Implementation of Guidelines Improves the Standard of Care: The Viennese Registry on Reperfusion Strategies in ST-Elevation Myocardial Infarction (Vienna STEMI Registry). *Circulation*. 2006;113: 2398-2405
8. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST. Сборник ВНОК «Национальные клинические рекомендации», Москва, 2009, 165-227
9. King S.B, Smith Jr S.C, Hirshfeld Jr J.W., et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee. *Am Coll Cardiol*, 2008; 51:172-209