

Резервы снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

С.А. Бойцов[✉]

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

В статье анализируются возможные резервы дальнейшего снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации посредством устранения недоработок и недостатков, внедрения известных, но не использованных возможностей и внедрения новых организационных и медицинских технологий, в том числе с учетом накапливаемого опыта «лучших практик».

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, болезни системы кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, ХСН, диспансерное наблюдение

Для цитирования: Бойцов С.А. Резервы снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевтический архив. 2023;95(12):1052–1055. DOI: 10.26442/00403660.2023.12.202500

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

REVIEW

Ways for reducing mortality from cardiovascular diseases: A review

Sergey A. Boytsov[✉]

Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia;
Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Abstract

Ways for reducing mortality from cardiovascular diseases The article analyzes the possible ways to further reduce cardiovascular disease mortality in the Russian Federation by eliminating shortcomings and pitfalls, introducing known but not used opportunities, and new organizational and medical technologies based on the accumulated experience of "best practice".

Keywords: cardiovascular diseases, circulatory system diseases, chronic heart failure, CHF, follow-up

For citation: Boytsov SA. Ways for reducing mortality from cardiovascular diseases: A review. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2023;95(12):1052–1055. DOI: 10.26442/00403660.2023.12.202500

Значимым результатом систематизированных действий Минздрава России и субъектов Российской Федерации явилось устойчивое снижение смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в допандемийный период на протяжении более 10 лет. В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции в России, как и в абсолютном большинстве стран, наряду с общим уровнем смертности имело место увеличение смертности от БСК. Однако реализация федеральных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в совокупности с мероприятиями в рамках региональных планов по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволили уже в 2022 г. получить положительную динамику показателя смертности от БСК относительно 2019 г. Смертность от БСК в России снизилась за 2022 г. на 11,1% до 570,6 случая на 100 тыс. населения. По сравнению с 2019 г. зафиксировано снижение смертности от болезней, связанных с повышенным кровяным давлением, – на 15,5%, инсультов – на 9% и инфаркта миокарда – на 8,8%.

Залогом сохранения устойчивой тенденции дальнейшего снижения смертности является продолжение неукоснительного выполнения всех запланированных действий плюс поиск новых резервов. Подобными резервами могут стать устранение недоработок и недостатков, внедрение известных, но не использованных возможностей и внедрение новых организационных и медицинских технологий. Именно поиск и реализация резервов являются механизмом так называемых

быстрых побед. Но чтобы «быстрые победы» не превратились в «срывание низко висящих плодов», надо еще раз подчеркнуть, что основу устойчивого долгосрочного эффекта должны составить продолжение планомерных действий по формированию здорового образа жизни населения, обеспечение для этого соответствующих условий в рамках мероприятий программы общественного здоровья с участием всех секторов экономики и слоев общества, а также реализация программ первичной и вторичной профилактики в первичном звене здравоохранения, непрерывное развитие и масштабирование специализированной и высокотехнологической медицинской помощи. Основой успешности повышения эффективности оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями является внедрение клинических рекомендаций в практику врачей кардиологов поликлиник и стационаров, врачей-терапевтов терапевтических отделений и врачей-терапевтов участковых, а также в работу врачей анестезиологов-реаниматологов городских и районных больниц в части оказания неотложной помощи при неотложных кардиологических заболеваниях при обязательном контроле качества применения клинических рекомендаций с использованием возможностей вертикально-интегрированной медицинской информационной системы и систем поддержки принятия врачебных решений.

Указанные меры требуют не только правильного планирования, закрепленного в региональных планах по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и непрерывного

Информация об авторе / Information about the author

[✉]Бойцов Сергей Анатольевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., ген. дир. ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова», проф. каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: prof.boytsov@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6998-8406

[✉]Sergey A Boytsov. E-mail: prof.boytsov@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6998-8406

организационно-методического сопровождения. Данная задача может успешно решаться силами создаваемых на базе республиканских, краевых, областных больниц или кардиологических диспансеров координационно-методических центров оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в субъектах РФ в соответствии с приказом Минздрава России от 21.01.2022 №19н «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Как известно, базисом всей системы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов системы кровообращения является первичное звено, где важнейшим механизмом служит диспансерное наблюдение. Исследование профессора ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» А.М. Калининой, проведенное около 35 лет назад, доказало, что правильное диспансерное наблюдение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (контроль + многофакторная профилактика) дает устойчивый многолетний эффект снижения смертности. Показано, что на терапевтических участках через 5 лет в группе наблюдения по сравнению с группой контроля смертность оказалась меньше на 51%, и, что важно, разница в смертности сохранялась через 10 лет (-34%) и 15 лет (-15%). В наши дни сотрудниками ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова» А.М. Щиновой и С.И. Проваторовым показано, что наблюдаемая в течение более 700 дней смертность среди пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и находившихся на диспансерном наблюдении, составила 5,9%, а среди не находившихся под наблюдением врача – 12,8%.

Порядок организации диспансерного наблюдения в последней редакции (приказ Минздрава России №168н от 15.03.2022) детально прописывает объем и кратность диагностических исследований, выполняемых кардиологами и врачами-терапевтами участковыми по всем основным видам сердечно-сосудистой патологии. По итогам 2022 г. охват диспансерным наблюдением между федеральными округами колебался в диапазоне от 57 до 69%, что является вполне удовлетворительным результатом, но в случае увеличения до 70% в абсолютном большинстве регионов страны позволил бы добиться большего эффекта.

Основным процессным показателем качества диспансерного наблюдения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с требованиями клинических рекомендаций является достижение целевых значений уровня артериального давления и холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). В качестве аргумента можно также представить результаты исследования J. Emberson и соавт. (2004 г.), в котором показано, что одновременное снижение уровня артериального давления и ХС ЛПНП на 10% сопровождается снижением 10-летнего сердечно-сосудистого риска на 45% [1]. Широкое применение комбинированной терапии артериальной гипертензии с использованием гипотензивных препаратов длительного действия, по данным регистровых исследований, позволило добиться увеличения доли лиц, достигших целевых уровней артериального давления в нашей стране, до 45–47%. Но эта доля должна быть увеличена до 65–70%, что может достигаться в том числе за счет внедрения технологии дистанционного мониторинга артериального давления у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском, которая в настоящее время апробируется в рамках федерального проекта «Персональные медицинские помощники».

Также очень важной, но пока в меньшей степени выполняемой является задача достижения целевых уровней

ХС ЛПНП. Существующие гиполипидемические средства позволяют в большинстве случаев добиться значений ХС ЛПНП менее 1,4 ммоль/л. Однако проведенный с помощью аналитической программы системы поддержки принятия врачебных решений анализ амбулаторных карт пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца показал в ряде поликлиник Центрального федерального округа, что в течение полугодия наблюдения уровень ХС ЛПНП колебался в диапазоне 2,7–2,86 ммоль/л. При этом только 40% амбулаторных карт содержали достаточную информацию о динамике данного параметра. Активно внедряемая вертикально-интегрированная медицинская информационная система должна будет обеспечить постоянный контроль качества диспансерного наблюдения.

Еще одним убедительным доказательством возможной успешности диспансерного наблюдения являются результаты анализа эффективности льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) пациентов, перенесших ОКС, острое нарушение мозгового кровообращения, а также интервенционные и кардиохирургические вмешательства, в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 29 сентября 2022 г. №639н. По данным Ф.Н. Палева (ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова»), годовичная смертность пациентов, получавших бесплатно препараты по программе ЛЛО (анализ 8578 событий с 01.01.2021 по 30.06.2021, 4 субъекта РФ, население – 7 447 814 человек), составила 3,53%, тогда как у пациентов, не получавших по каким-либо субъективным обстоятельствам препараты, она равнялась 7,56%. Следует отметить, что существует возможность дальнейшего повышения эффективности ЛЛО за счет увеличения назначаемых пациентам дозировок статинов и увеличения длительности приема антиагрегантов после имплантации стентов пациентам с ОКС, необходимость чего выявляется при анализе этих процессов. Реальным резервом является также повышение приверженности пациентов приему препаратов, в том числе в рамках школ с привлечением пациентских организаций.

Значительная часть населения РФ проживает в сельской местности или в малых городах, где штатная структура поликлиник и районных больниц (менее 20 тыс. прикрепленного населения) не предполагает наличие кардиологов. Подобный дефицит специализированной кардиологической помощи помимо выездных мероприятий кардиологов областных, краевых, республиканских поликлиник или кардиологических диспансеров может в значительной степени восполняться регулярным телемедицинским консультированием в системе «кардиолог – врач-терапевт участковый» или «кардиолог – врач-терапевт участковый – пациент», что с успехом продемонстрировано, например, опытом Тульской области и Красноярского края. В поликлиниках, обслуживающих менее 20 тыс. взрослого населения, одновременно с описанными практиками успешным также является опыт организации кабинетов высокого риска, где пациенты, подлежащие наблюдению у кардиолога, могут обслуживаться главным образом у врача-терапевта участкового, прошедшего тематическое усовершенствование по кардиологии. По данным главных внештатных кардиологов Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, подобные кабинеты уже имеются в 25–30% поликлиник.

Большую роль в оказании первичной медико-санитарной помощи играют фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) и фельдшерские пункты (ФП), которые в целом ряде регионов обеспечивают ее для 1/4 проживающего населения. Традиционно функционал ФАП и ФП рассматривался главным образом как оказание некоторых видов неотложной и акушерской помощи, а в последнее десяти-

летие – еще и обеспечение прохождения I этапа диспансеризации или профилактических осмотров. Вместе с тем, учитывая вполне достаточный объем знаний и практических навыков в плане умения проводить опрос, осмотр и физикальное обследование пациента, а также возможность забора анализов крови, мочи, регистрации и передачи электрокардиограммы для ее расшифровки, фельдшер под дистанционным руководством врача-терапевта участкового или врача-терапевта врачебной амбулатории вполне может принимать участие в диспансерном наблюдении пациентов, в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Этому будет способствовать тот факт, что в последние годы произошли практически полное обновление зданий ФАП и ФП, их переоснащение и подключение к широкополосному Интернету. Подобная практика уже вполне успешно апробируется в нескольких регионах Центрального и Сибирского федеральных округов. Безусловно, в развитии данного опыта потребуются активное участие медицинских колледжей, в учебных программах которых должен появиться акцент на вопросах диспансерного наблюдения.

Оказание медицинской помощи при ОКС

В РФ в период с 2008 по 2012 г. создана система оказания медицинской помощи больным при ОКС. К настоящему времени так называемая система сосудистых центров, или «инфарктная сеть», насчитывает 215 региональных сосудистых центров (РСЦ) и 541 первичное сосудистое отделение – ПСО, из которых 33 оснащены рентгеноангиографическими установками. В совокупности в стране имеется 248 центров, где пациентам с ОКС могут оказываться чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), что соответствует наличию одного ЧКВ-центра на 625 тыс. человек.

По данным мониторинга Минздрава России (АСММС), к настоящему времени достигнут высокий уровень профильности госпитализации пациентов с ОКС в ПСО или РСЦ. В течение последних 3 лет этот показатель возрос с 90 до 93%, из них 27% пациентов с ОКС госпитализируются в ПСО, а 73% – в РСЦ. При этом 17% поступивших в ПСО в последующем переводятся в РСЦ в силу тяжести состояния или для выполнения ЧКВ. Существенным резервом повышения качества лечения больных с ОКС является дальнейшее повышение профильности госпитализации (до 97%) и уменьшение доли поступления пациентов в ПСО, не оснащенных ангиографическими установками, – до 10%.

Как известно, при лечении ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) основная задача заключается в скорейшей реперфузии миокарда с приоритетом первичного ЧКВ перед тромболитической терапией (ТЛТ). По данным АСММС, среди всех пациентов с ОКСпST 51,2% подвергаются первичному ЧКВ в течение 12 ч после начала симптомов; 6,4% – после 12 ч; у 13,3% применяется фармако-инвазивная стратегия – ЧКВ в течение 24 ч после ТЛТ; 9,5% получают ТЛТ без последующего ЧКВ. И, к сожалению, пока весьма у большой доли пациентов – 19,6% – не проводится никакая реперфузия. В течение последних 4 лет имеет место весьма значимая позитивная динамика по всем перечисленным позициям, но резервы для улучшения еще, безусловно, есть. В частности, доля первичного ЧКВ должна возрасти до 70%, а доля весьма значимой для нашей страны в силу большого числа регионов с низкой плотностью населения фармако-инвазивной стратегии – до 20%. При этом ТЛТ не менее чем в 90% случаев должна выполняться на догоспитальном этапе. Сейчас это происходит в 76% случаев. В течение последних лет наблюдается очень хороший прогресс – данный показатель улучшился практически в 2 раза.

Аргументом для дальнейшего совершенствования практики ТЛТ является тот факт, что, по данным регистра больных с инфарктом миокарда «РЕГИОН-ИМ», при догоспитальном варианте проведения ТЛТ интервал «ЭКГ-ТЛТ» в среднем составляет 29 мин, а при госпитальном – 120 мин [2]. Доли пациентов, получивших ТЛТ без ЧКВ и не получивших никакого варианта реперфузионного лечения, должны сократиться до 5% каждая. Большим резервом, способствующим сохранению жизнеспособного миокарда и снижению не только летальности, но и смертности пациентов с ОКСпST, выписанным из стационара, является сокращение интервала времени «симптом-ЭКГ». По данным регистра больных с инфарктом миокарда «РЕГИОН-ИМ», этот показатель составляет 8 ч 36 мин [2], тогда как в европейских странах, по данным регистра ACVC-EAPCI EORP STEMI, – 3 ч 41 мин [3].

Не меньшее значение в плане влияния на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний имеет совершенствование оказания медицинской помощи больным с ОКС без подъема сегмента ST, поскольку эти пациенты старше, имеют чаще многосудистый характер поражения коронарного русла, сахарный диабет и почечную недостаточность. Известно, что смертность через 6 мес после выписки из стационара у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST составляет 12%, а больных с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 13% [4]. В первую очередь это касается пациентов с ОКС без подъема сегмента ST высокого риска (GRACE > 140 баллов). В связи с этим наша задача – увеличить долю ЧКВ в течение 24 ч у данной категории пациентов с 54 до 80%.

В настоящее время в абсолютном большинстве РСЦ, располагающихся на базе областных, краевых, республиканских больниц и кардиологических диспансеров, имеются все возможности, включая уровень подготовки специалистов, организации центров для лечения кардиогенного шока. По данным главного внештатного кардиолога г. Москвы, в течение года продемонстрировано снижение летальности таких больных до 52%, включая больных с рефрактерным к терапии шоком, требующим применения экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Оказание медицинской помощи в стационарах

В 2022 г. в РФ на 10 тыс. населения приходилось 3,2 койки кардиологического профиля и 6,9 койки терапевтического профиля. При этом до 1/2 терапевтических коек занято для лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. На койках терапевтических отделений районных и городских больниц в основном проходят лечение пациенты с артериальной гипертонией, хроническими формами ишемической болезни сердца, фибрилляцией предсердий и декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН). Причем от общего числа госпитализируемых больных с ХСН в терапевтических отделениях получают медицинскую помощь до 50% таких пациентов.

Во многих районных больницах в свое время ПСО создавались путем преобразования кардиологических отделений. При этом предполагалось, что в этих отделениях помимо больных с ОКС будут получать медицинскую помощь пациенты с неотложными кардиологическими состояниями, что закреплено в Порядке оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако далеко не всегда это положение реализуется на практике, и пациенты с декомпенсацией ХСН и пароксизмами фибрилляции предсердий поступают в терапевтические отделения. Устранение такой практики, безусловно, является резервом

повышения качества оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Кроме того, если терапевтическое отделение достаточно большое (30 коек и больше) и анализ показывает, что значительная часть коек занята кардиологическими пациентами, целесообразно выделение из состава таких отделений самостоятельных кардиологических подразделений. Кадровый вопрос может быть решен путем профессиональной переподготовки врачей-терапевтов из этих же отделений. Наиболее целесообразны такие преобразования в крупных районных больницах, в которых могут создаваться межрайонные кардиологические отделения.

В течение последних лет практически во всех регионах страны получила распространение практика создания центров для лечения ХСН. Основным их ядром является кабинет врача-кардиолога поликлиники, в котором концентрируется большая часть больных с ХСН, прикрепленных к данной поликлинике, с формированием локального регистра таких пациентов. Регистры создаются для обеспечения более эффективного диспансерного наблюдения. Своевременному выявлению больных с ХСН способствует внедрение системы учета больных с ХСН посредством обязательного кодирования кодом I50 всех случаев ХСН как осложнения основного заболевания и последующего анализа в масштабе каждой медицинской организации. Оптимальным вариантом является наличие организационной связи кабинетов ХСН со специализированными отделениями для лечения больных с декомпенсацией кровообращения. В нормативных документах данная практика пока не закреплена, но методическая база с учетом накопленного опыта уже создана и достаточно быстро внедряется.

Масштабирование внедренных видов высокотехнологичной медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также продвижение новых высоких технологий является одной из основных составляющих для успешного решения задачи снижения смертности. В каждом субъекте РФ должен осуществляться непрерывный мониторинг и оценка объемов оказания различных видов высокотехнологичной медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе оказываемой в федеральных центрах.

Значимым резервом обеспечения необходимого уровня оказания специализированной медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в ПСО, а также в кардиологических и терапевтических отделениях районных больниц является создание системы круглосуточного телемедицинского сопровождения оказания кардиологической помощи в соответствии с клиническими рекомендациями. Данная задача в части лечения больных с ОКС и другими неотложными состояниями может быть решена силами РСЦ, а в отношении плановых ситуаций оптимальным является создание специальных подразделений с использованием кадрового потенциала сотрудников кардиологических отделений областных, краевых, республиканских больниц и кардиодиспансеров.

Как показывает накопленный российский опыт и опыт других стран, правильно спланированное соединение в единый комплекс взаимосвязанных мер по формированию здорового образа жизни, обеспечению для этого необходимых условий в плане физической активности, здорового питания, здоровой городской среды, мер первичной и вторичной медицинской профилактики, а также по обеспечению доступности необходимого качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, позволит не только сохранить позитивный тренд снижения смертности, но и добиться поставленной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни граждан нашей страны.

Раскрытие интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The author declares that he has no competing interests.

Вклад автора. Автор декларирует соответствие своего авторства международным критериям ICMJE.

Author's contribution. The author declares the compliance of his authorship according to the international ICMJE criteria.

Источник финансирования. Автор декларирует отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The author declares that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

БСК – болезни системы кровообращения
ЛЛО – льготное лекарственное обеспечение
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
ОКС – острый коронарный синдром
ОКСнST – острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
ПСО – первичное сосудистое отделение
РСЦ – региональные сосудистые центры

ТЛТ – тромболитическая терапия
ФАП – фельдшерско-акушерские пункты
ФП – фельдшерские пункты
ХС – холестерин
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2004;25:484-91. DOI: 10.1016/j.ehj.2003.11.012
- Бойцов С.А., Шахнович Р.М., Эрлих А.Д., и др. Регистр острого инфаркта миокарда. РЕГИОН-ИМ – Российский РЕГИстр Острого иНфаркта миокарда. *Кардиология*. 2021;61(6):41-51 [Boytsov SA, Shakhnovich RM, Erlikh AD, et al. Registry of Acute Myocardial Infarction. REGION-MI – Russian Registry of Acute Myocardial Infarction. *Kardiologiya*. 2021;61(6):41-51 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2021.6.n1595
- Zeymer U, Ludman P, Danchin N, et al. Reperfusion therapies and in-hospital outcomes for ST-elevation myocardial infarction in Europe: the ACVC-EAPCI EORP STEMI Registry of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2021;42(44):4536-49. DOI:10.1093/eurheartj/ehab342
- Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR, et al. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur Heart J*. 2010;31:2755-64. DOI:10.1093/eurheartj/ehq326

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.10.2023



OMNIDOCTOR.RU