

ТЕМА НОМЕРА

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«По организации “инсультной сети” мы одни из первых в мире».

О принципах оказания помощи пациентам с ССЗ рассказывает **ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА**

2 ИНФРАСТРУКТУРА

Московская «инфарктная сеть»: опыт работы и перспективы развития

3 ДЕМОГРАФИЯ

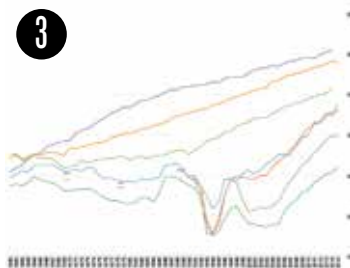
Смертность от болезней системы кровообращения в России и Москве в свете мировых тенденций

4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы мартовской и апрельской клиничко-анатомических конференций

5 ДЕНЬ МЕДИКА

Фоторепортаж из Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова в День медицинского работника



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Десяткин Андрей Викторович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Жилев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43
www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций
28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Издательство: ООО «Промо-центр»: 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

Выпуск № 4(19) 2017 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 25 августа 2017 года

Отпечатано в ООО ПО «Периодика»

Тираж 10 000 экз.

Распространяется бесплатно

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы Алексея ХРИПУНА

04**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Елена ВАСИЛЬЕВА: «По организации «инсультной сети»
мы одни из первых в мире»**

1**05****ИНФРАСТРУКТУРА**

**Московская «инфарктная сеть»: опыт работы
и перспективы развития**

2**11**

Центры быстрого реагирования

16**СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

**Николай ПЛАВУНОВ: «Основной принцип выбора
бригады - максимально быстрый доезд до пациента»**

20**ПРОФИЛАКТИКА**

**Нана ПОГОСОВА: «Инфаркт и инсульт - не приговор,
их можно предотвратить»**

26

**В Москве полным ходом идет комплексный
проект по профилактике неинфекционных
заболеваний**

31**СТАТИСТИКА**

Необходим консенсус

38**ДЕМОГРАФИЯ**

**Смертность от болезней системы кровообращения
в России и Москве в свете мировых тенденций**

3**57**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Легче диагностировать, чем заподозрить

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции
от 28 марта 2017 года

4

65

Генерализованный синдром

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции
от 03 апреля 2017 года

77

ДЕНЬ МЕДИКА

«Благослови врачей своих, Россия!»

Фоторепортаж из Городской клинической больницы
№1 им. Н.И. Пирогова в День медицинского работника

5

92

В последнее время мы достигли серьезного прогресса в лечении пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. За последние пять лет в Москве количество умирающих в год от острого инфаркта миокарда снизилось в три раза. Этого удалось добиться в частности благодаря созданию в городе так называемой «инфарктной сети». Принципиально важное значение при инфаркте имеет время. Поэтому особое внимание уделяется эффективной работе службы скорой медицинской помощи. Если пациент звонит и перечисляет признаки острого коронарного синдрома или инфаркта миокарда, к нему направляется ближайшая из 1039 машин скорой и везет его в больницу, где есть свободный операционный стол. В результате мы достигли европейского стандарта по показателю «дверь–баллон» – в среднем 39 минут.

Успешный опыт работы «инфарктной сети» лег в основу другого инфраструктурного проекта. Сегодня в городе формируется «инсультная сеть». В ее составе уже функционируют 8 центров. Работу по созданию сети координирует рабочая группа при Департаменте здравоохранения под руководством Александра Шпектора. Москва в этой области выступает пионером. Отлаженной «инсультной сети» нет пока ни в одном мегаполисе мира. Помимо этого, уделяется должное внимание вопросам первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, выстроена эффективная система лекарственного обеспечения, ведется работа по повышению квалификации врачей по медицинской профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

Все это позволяет надеяться на то, что нам удастся и дальше снижать бремя сердечно-сосудистых заболеваний, предоставляя жителям города качественную и эффективную помощь в лечении и предотвращении болезней системы кровообращения.



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА: ПО ОРГАНИЗАЦИИ «ИНСУЛЬТНОЙ СЕТИ» МЫ ОДНИ ИЗ ПЕРВЫХ В МИРЕ

На сегодняшний день в Москве один из самых низких показателей внутрибольничной летальности от острого инфаркта миокарда: по итогам 1-го квартала 2017 г. – 6,2%. А ведь еще недавно он доходил почти до 20%. За последнее время в столице проведена огромная работа по организации помощи различным группам пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и останавливаться на достигнутом никто не собирается.

- Какова сегодня смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Москве?

– За последние несколько лет она снизилась, и сегодня – существенно ниже, чем в среднем по России. Напомню, что по данным статистики показатель смертности от БСК по Российской Федерации в прошлом году составил 619,4 на 100 тыс. населения, а в Москве – 523. А в 2015 г. – 651 и 540,4 соответственно.

- Известно, что в России фиксируемый уровень смертности от ССЗ выше, чем в странах Европы и США. С чем это связано?

– Это вопрос диагностики. У нас, например, нет смертей от деменции, которые в США составляют существенный процент. В России же подавляющему большинству умерших дома от целого ряда заболеваний ставят диагноз ИБС. В тех регионах, где над этой проблемой работают, показатели существенно снижаются.

- В Москве этим занимаются?

– В стационарах – да, но в амбулаторной службе принципиальных сдвигов пока нет. Должна заработать комиссия, которая будет разбирать каждый случай: почему здесь поставили ИБС, и насколько это диагноз обоснован? Та же ситуация и в неврологии – диагноз «ишемическая болезнь мозга» ставится часто необоснованно.

- В одном из своих недавних интервью вы сказали: «Общий уровень московской кардиологии сегодня выше, чем когда бы то ни было». В чем это выражается? Что этому способствовало?



Елена ВАСИЛЬЕВА,
главный внештатный
специалист кардиолог
Департамента здра-
воохранения города
Москвы

– На это повлияло несколько факторов. Прежде всего то, что во времена СССР специалисты практически не читали западную литературу, она была недоступна. Сейчас у нас есть доступ ко всем ресурсам, благодаря интернету имеем возможность быстро ознакомиться с самыми последними европейскими и американскими рекомендациями в той или иной области медицины. Российские рекомендации сегодня, к счастью, почти не отличаются от зарубежных. Кроме того, есть нормы, которые задаются в профессиональном сообществе. После прихода на должность главного внештатного кардиолога Департамента здравоохранения города Москвы Александра Шпектора нормой в кардиологии стала работа по международным стандартам. Такой подход стал востребованным, стал поощряться. Сочетание доступности информации и заданности определенных стандартов в профессии приводит к тому, что специалист попадает в комфортные для себя условия – где он может в полной мере раскрыться как профессионал. Люди рады работать хорошо, на высоком уровне. Сейчас профессиональный подход высоко ценится в Москве, такие люди востребованы, их стали уважать. Огромная заслуга в этом Леонида Печатникова. С приходом в Департамент



ПО ОРГАНИЗАЦИИ «ИНСУЛЬТНОЙ СЕТИ» МЫ ОДНИ ИЗ ПЕРВЫХ В МИРЕ.

здравоохранения города, а потом на должность вице-мэра, он всячески стал поощрять работу на профессиональном уровне во всех областях медицины. Быть профессионалом стало модно. Изменился за последние годы и стиль работы самого Департамента здравоохранения: ставка делается именно на профессионализм.

– На данный момент «инфарктная сеть» состоит из 23 центров. Этого достаточно?

– Да, вполне достаточно, если не говорить про Новую Москву. Там нужен еще один центр. Он сейчас строится.

– Формируется сейчас и «инсультная сеть». Работающие уже в ее составе 8 центров – это начальный шаг?

– В Москве их должно быть 12. Это расчетная цифра: в среднем инсультов, которые можно оперировать, должно быть по расчетам на сегодняшний день порядка 1200–1500. А для того, чтобы центр был компетентным, он должен делать не менее 100 процедур в год. Для организации «инсультной сети» потребовалось самое активное участие целого ряда ведущих специалистов города. Прежде всего конечно, главного невролога Николая Шамалова, главного специалиста

по эндоваскулярной хирургии Дмитрия Скрыпника, главного специалиста по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф Николая Плавунова и других. Очень удобным для эффективной работы оказалось создание при Департаменте здравоохранения в 2015 г. рабочей группы по сердечно-сосудистой патологии, в которую вошли все главные специалисты, имеющие отношение к этим проблемам, и сотрудники самого Департамента здравоохранения. Возглавить эту группу руководитель департамента Алексей Хрипун попросил А.В. Шпектора, уже имевшего успешный опыт создания «инфарктной сети» в Москве. Буквально за несколько встреч благодаря такой дружной и профессиональной работе были разработаны логистика программы и реальные планы обучения специалистов. Специалисты всех 8 центров учились в Европе в тех относительно немногих клиниках, где уже начали активно лечить инсульты эндоваскулярно. Ведущие специалисты в этой области, профессора Визман, Грюнциг и другие не один раз за этот год приезжали в Москву, проводя мастер-классы. Мы работаем в хорошем контакте и с Петром Ведимским, чешским кардиологом, организовавшим первую «инфарктную сеть» в мире, а сейчас он возглавляет группу по эндоваскулярному лечению инсультов в европейском обществе кардиологов. По организации «инсультной сети» мы одни из первых в мире. Отлаженной «инсультной сети» нет больше ни в одном мегаполисе.

– Каковы нюансы работы с пациентами в «инсультной сети»?

– Очень важно правильно отобрать тех пациентов, которым может быть проведена и требуется операция. Инсульт – острая ситуация, поэтому при вызове скорой помощи ее сотрудники должны сразу понять, какова серьезность инсульта, определить срок от начала инсульта, его размеры и при необходимости отвезти в специализированный центр, где может быть проведена операция.

– Кто-то еще проявляет интерес к тому, что делается в Москве в этом направлении?

– Да, конечно. Это направление активно развивается во всем мире, в том числе и в России.

– Почему никто не догадался раньше?

– Это объективный фактор – данные о том, что оперировать инсульт можно и нужно, появились в доказательной медицине совсем недавно – в 2014 г.

– «Инфарктная сеть» специалистами укомплектована, а что с «инсультной»? Есть ли кадровые проблемы?

– В мире очень мало специалистов, которые могут оперировать инсульт. Неврологов, которые могут выполнить эндоваскулярную операцию, недостаточно, и обеспечить ими круглосуточную службу нереально. Мы пошли по такому пути: на базе уже созданной «инфарктной сети», используя весь наш

опыт, создаем «инсультную сеть», привлекая в первую очередь эндоваскулярных специалистов в кардиологии. Ведь инфаркты мы оперируем в 90–100% случаев, соответственно, опыт накопился уже большой. В том числе опыт работы эндоваскулярно руками в экстренной ситуации. Кардиологов мы сами обучали дополнительно, как на нашей базе, так и за рубежом. На подготовку специалистов соответствующего уровня был потрачен год. Разумеется, неврологи, владеющие эндоваскулярными методами лечения, также включаются в работу.

- То есть число инсультных центров сейчас определяется количеством имеющихся в наличии специалистов?

– Да, верно, но не только этим. Готовность клиники заключается в слаженности работы команды неврологов, специалистов по лучевой диагностике, реаниматологов, анестезиологов. Инсультные центры создаются только на базе клиник, где уже имеется опыт такого взаимодействия и есть соответствующие специалисты. Важно и то, что в клинике должно быть как минимум два ангиографа, работающих в круглосуточном режиме, так как нельзя допустить, чтобы пациенты инфарктной и инсультной сетей конкурировали между собой за доступ к оборудованию.

- Для подготовки специалистов «инфарктной сети» была разработана система обучения и аттестации. Аналогичная ситуация и с инсультными центрами?

– Конечно. Целая команда принимает готовность центра, это, прежде всего, главный невролог и главный специалист по эндоваскулярной диагностике и лечению.

- Каковы современные требования к врачу-кардиологу? Как выстраивать молодому специалисту свой путь и карьеру?

– Мы ведем свой студенческий научный кружок. Туда приходят студенты со всех ведущих профильных вузов. И лучше начать уже с 3-го курса, ведь мы учим всему – медицине, оценке ангиограммы, работе с УЗИ.

- Кардиолог должен быть универсальным специалистом?

– Конечно! Плохо, когда довлеет узкая специализация. Человек, прежде всего, должен быть врачом. Невозможно сразу стать эндоваскулярным специалистом, не зная, каково строение сердца, мозга, не умея понимать дифференциальную диагностику заболевания. Специальность эндоваскулярного врача – это уже высший пилотаж, дополнение к имеющимся навыкам. К сожалению, в нашей стране можно получить сертификат эндоваскулярного хирурга, пройдя ординатуру и не имея другой специальности. Поэтому приходится доучиваться уже на ходу. У нас в Университетской клинике кардиологии МГМСУ (на базе ГКБ им. Давыдовского) врач обязан сначала закончить ординатуру по кардиологии, а уже после – получить

специальность эндоваскулярного хирурга.

- Сейчас прорабатывается программа «Московский врач». Какими, по вашему мнению, могут быть критерии оценки специалиста при присвоении ему этого статуса?

– Должны быть более серьезные требования к зрелости мышления и подходах к своей работе у специалиста: к пониманию болезни, к знанию современных рекомендаций, к развитости клинического мышления. Надо иметь и практические навыки, уметь если не самому сделать коронарограмму, то хотя бы ее оценить. То же касается и УЗИ.

- Должен быть определенный опыт?

– Скорее, навыки. Для получения статуса «Московский врач» не требуется формально выслуга лет, некий большой стаж, и, если нормально заниматься с первого курса, то к концу обучения вполне можно набрать необходимый уровень знаний и умений.

- Можно как-то сформулировать: каким должен быть московский кардиолог?

– Это просто должен быть нормальный кардиолог, который



**ДААННЫЕ О ТОМ, ЧТО ОПЕРИРОВАТЬ
ИНСУЛЬТ МОЖНО И НУЖНО, ПОЯВИЛИСЬ
В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ СОВСЕМ
НЕДАВНО – В 2014 ГОДУ.**

знает современные методы диагностики и лечения, может читать и читает иностранные источники, владеет определенным набором необходимых практических навыков. Например, до сих пор есть кардиологи, которые не умеют оценить картинку УЗИ, что, безусловно, должны и обязаны делать. Есть даже кардиологи, не знающие строения коронарных артерий. Такое тоже встречается. Кардиолог должен владеть всеми современными знаниями, необходимыми навыками, понимать связь с другими медицинскими дисциплинами. По сути, мы просто немного поднимаем планку профессиональную. Причем до вполне нормального, общепринятого в мире уровня, не более того.

- А какова роль пациента в лечении?

– Одна из ключевых. И эта роль определяющая не только в случае развития хронического заболевания, когда комплаенс, приверженность лечению выступают на первый план, но и в острой ситуации. Люди часто терпят заградительную боль, не вызывают скорую. Поэтому развитие пропаганды и базовых навыков поведения в таких критических ситуациях

чрезвычайно важно.

- Этим занимаются в Москве целенаправленно?

– Да, конечно, и очень активно. Мы вместе с Павлом Лунгиным и Александром Шпектором сняли фильм по острому инфаркту миокарда. О том, как важно быстро вызывать «скорую помощь» при появлении симптомов острого инфаркта миокарда. Его можно посмотреть на сайте Департамента здравоохранения города Москвы.

Надо понимать, что ни один врач не может заставить пациента лечиться. И соблюдать режим, и заботиться о своем здоровье тоже. Да, экстренная операция делается всегда. Но в случае с плановым стентированием, мне кажется, правильно не делать операцию, если человек не собирается бросать курить, например. Если человек не склонен принимать дезагреганты после стентирования, то лучше не стентировать его вообще,



МЫ ДОЛЖНЫ УХОДИТЬ ОТ ПАТЕРНАЛИСТСКОГО ПОДХОДА К ПАЦИЕНТУ. НЕ НАДО РЕШАТЬ ЗА БОЛЬНОГО, НАДО ДАТЬ ЕМУ ИНФОРМАЦИЮ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ.

так как у него будет огромный риск тромбоза.

- Почему он может быть не склонен принимать лекарства?

– Не хочет просто... Такое бывает, поверьте. И мы не должны и не можем воспитывать взрослых людей. Человек в праве сам выбрать. Может и не лечиться.

Безусловно, мы должны все объяснить, сказать, что может быть экстренная операция при инфаркте, необходимо отказаться от курения, вести правильный образ жизни, если речь идет о хроническом больном. Но решение должен принять сам человек. Иначе не будет проку ни от какого лечения.

Мы должны уходить от патерналистского подхода к пациенту. Это еще довлеет над медиками. Не надо решать за пациента, надо дать ему информацию для принятия решения. Пациент должен решить, соглашается ли он на лечение, осознавая последствия, или нет. И такой подход крайне стимулирует пациента. Например, сегодня ко мне обратился известный поэт, заядлый курильщик. Ему необходимы были стентирование и отказ от курения. Я постаралась ему помочь в его желании бросить курить, но решение оставалось за ним.

- Каковы сегодня приоритеты у вас как у главного кардиолога города? На чем концентрируете свое внимание?

– Мы сейчас ведем несколько программ. Безусловно, очень актуальна работа с инфарктами. Инфаркт – это не только минутная смертность. Правильно оказанная помощь, прежде всего вовремя проведенные ангиопластика и стентирование, помогают потом не стать человеку инвалидом. Тем самым, в дальнейшем это может оказать большой эффект при борьбе с сердечно-сосудистой недостаточностью, с тяжелыми аритмиями и т.д. Эту линию работы надо продолжать. К примеру, повысить процент ангиопластик при инфаркте без подъема ST. Активно занимаемся гиперлипидемиями. Тут важно не просто назначать статины (препараты, снижающие уровень холестерина и уменьшающие воспаление стенки сосуда), но и отслеживать эффект, а в случае их неэффективности предпринимать какие-то другие шаги.

Также большое внимание оказываем профилактике инсультов. Для этого были созданы специальные кабинеты по выявлению больных с повышенной группой риска, в том числе с мерцательной аритмией. Это кабинеты вторичной профилактики инфарктов и профилактики ишемических инсультов. У нас есть интересные идеи для реализации в этой области.

- Поделитесь?

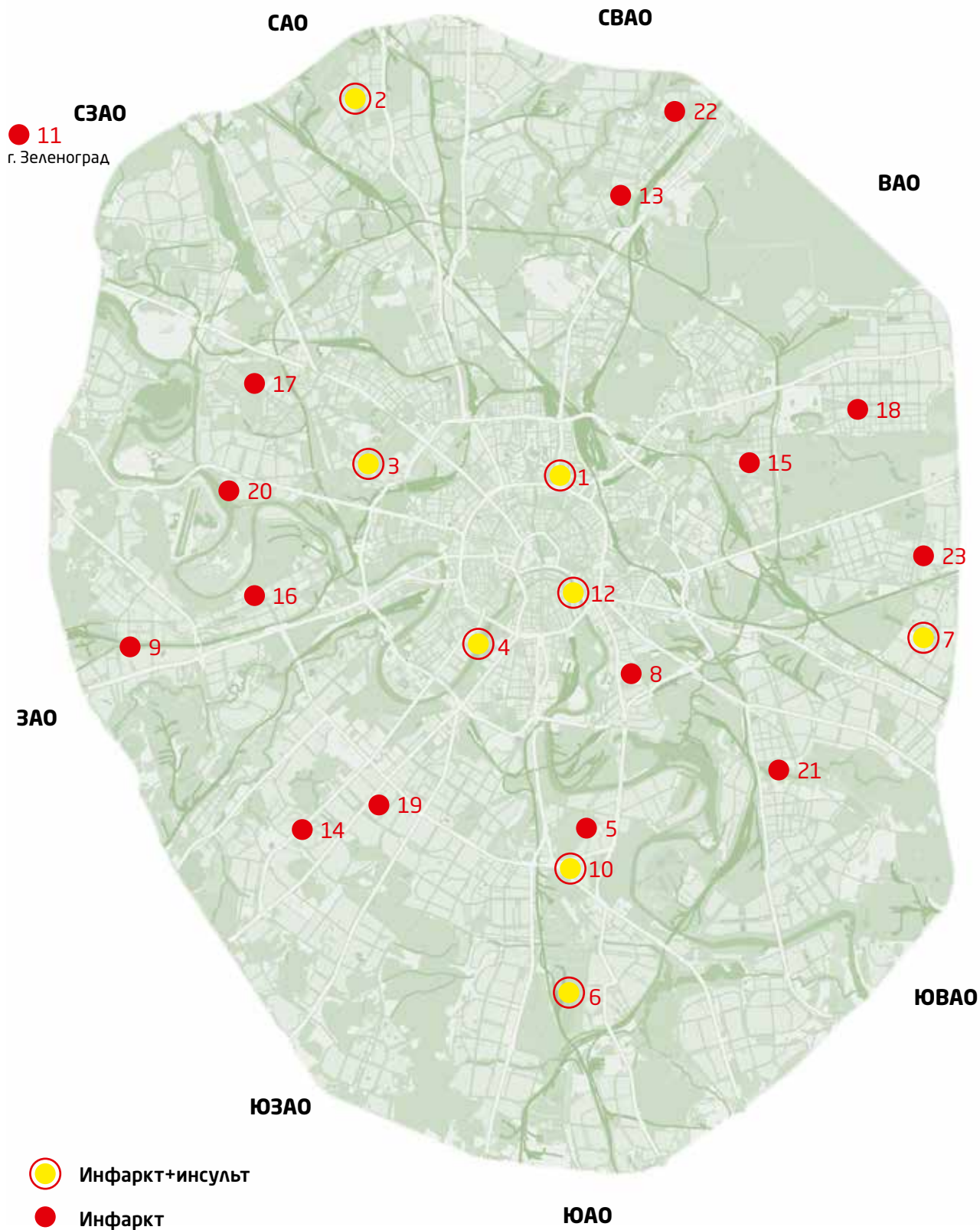
– Например, мы сейчас совместно с Департаментом информационных технологий г. Москвы работаем над внедрением программных решений, которые позволят работать системе кабинетов профилактики повторных инфарктов и первичных инсультов более эффективно. Любому человеку, приходящему в поликлинику, будет сниматься ЭКГ, практически прямо на входе. Достаточно будет приложить две руки к специальному устройству. Дальше электрокардиограмма отправляется на автоматическую расшифровку по ЕМИАС, и при выявлении мерцательной аритмии кардиограмма попадает к врачу кабинета профилактики. Потом специалисту необходимо подтвердить факт мерцательной аритмии, после чего пациент автоматически в системе ЕМИАС будет записан на прием к кардиологу. Эта система позволит снизить число инсультов, вызванных эмболией.

- На каком этапе находится эта разработка?

– Необходим еще приблизительно год, чтобы реализовать все до конца. Кабинеты уже действуют, год нужен, чтобы внедрить электронную систему.

Ну и, конечно, большое воодушевление вызывает работа с «инсультной сетью», в первую очередь экстренные операции, которые буквально переворачивают сознание привыкших ко многому специалистов. При своевременном поступлении пациента с ишемическим инсультом с поражением крупной артерии мы можем удалить тромб, и вся тяжелейшая симптоматика может исчезнуть в течение нескольких часов. Конечно, это происходит не в ста процентах случаев, но когда видишь эффект и результаты операции, это не может оставить равнодушным даже очень опытных врачей.

Клиники инфарктной и инсультной сетей Москвы



ДОСЬЕ (Клиники инфарктной и инсультной сетей Москвы)

- 1.** Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы – Большая Сухаревская пл., д. 3
- 2.** Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Лобненская, д. 10
- 3.** Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы – 2-й Боткинский проезд, д. 5
- 4.** Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы – Ленинский проспект, д. 8
- 5.** Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Академика Миллионщикова, д. 1
- 6.** Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Бакинская, д. 26
- 7.** Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Вешняковская, д. 23
- 8.** ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» – ул. Велозаводская, д. 1/1
- 9.** Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича Департамента здравоохранения города Москвы – Можайское шоссе, д. 14
- 10.** Городская клиническая больница им. С.С. Юдина Департамента здравоохранения города Москвы (ГКБ №79) – Коломенский проезд, 4
- 11.** Городская клиническая больница № 3 Департамента здравоохранения города Москвы – Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1
- 12.** Городская клиническая больница им. И.В. Давыдовского Департамента здравоохранения города Москвы – Яузская ул., д. 11
- 13.** Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Ленская, д. 15
- 14.** Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Лобачевского, д. 42
- 15.** Городская клиническая больница № 36 им. Ф.И. Иноземцева – ул. Фортунатовская, д. 1
- 16.** Городская клиническая больница № 51 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Алъябева, д. 7/33
- 17.** Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Пехотная, д. 3
- 18.** Городская клиническая больница им. Д. Д. Плетнёва Департамента здравоохранения города Москвы – 11-я Парковая ул., д. 32
- 19.** Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Вавилова, д. 61
- 20.** Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Саляма Адила, д. 2/44
- 21.** Городская клиническая больница № 68 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Шкулева, д. 4
- 22.** Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы – ул. Стартовая, д. 4А
- 23.** Городская клиническая больница имени Е.О. Мухина Департамента здравоохранения города Москвы – Федеративный пр-т, д. 17

МОСКОВСКАЯ «ИНФАРКТНАЯ СЕТЬ»: ОПЫТ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Московская «инфарктная сеть» существует уже пятый год. За это время удалось достичь поразительных результатов.



ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВА,
главный внештатный
специалист кардиолог
Департамента здра-
воохранения города
Москвы

Идеология выбора

Почему именно инфаркт миокарда? Ведь это всего лишь одно из множества кардиологических заболеваний? Дело в том, что инфаркт миокарда является одной из ведущих причин смертности во всем мире. Кроме того, даже переживший инфаркт миокарда пациент нередко оставался пожизненно инвалидом из-за тяжелой сердечной недостаточности. Именно поэтому модернизацию системы лечения пациентов кардиологического профиля начали с этого заболевания. Причиной наиболее грозного острого инфаркта миокарда с подъемом ST (ОИМпST) является полная окклюзия одной из основных коронарных артерий. В настоящее время ключевым моментом в лечении такого инфаркта миокарда является реперфузионная терапия, т.е. восстановление кровотока в окклюзированной коронарной артерии. Существуют два основных способа проведения реперфузионной терапии: тромболитическая терапия и первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ). По данным целого ряда рандомизированных исследований, пЧКВ является наиболее эффективным методом реперфузии.

Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов, для наиболее эффективного



**АЛЕКСАНДР
ШПЕКТОР,**
заведующий кафедрой
кардиологии
Московского медико-
стоматологического
университета им.
А.И. Евдокимова

оказания помощи больным ОИМнСТ необходимо обязательное создание «инфарктной сети» в структуре организации медицинской помощи данного региона. Эта сеть представляет собой четко отлаженный скоординированный процесс взаимодействия между пациентом, службой скорой и неотложной медицинской помощи и стационаром. Основной задачей такой «инфарктной сети» является максимально быстрое оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, прежде всего за счет увеличения числа первичных ангиопластик. К 2013 г. столица была оснащена достаточным количеством ангиографических установок, для того, чтобы обеспечить всех москвичей высокотехнологичной медицинской помощью. В то же время большинство из них не работали в круглосуточном режиме и даже в стационаре нередко проводили сначала тромболитическое исследование. При таком подходе ангиопластика проводилась только в трети случаев. Заместителем мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатниковым была поставлена задача внедрения современных методов лечения острого инфаркта миокарда и повышения числа пЧКВ до 80% и более, что, по предварительным оценкам, должно было привести к снижению летальности от ОИМнСТ не менее чем в два раза.

На догоспитальном этапе

В организации работы «инфарктной сети» можно выделить несколько этапов. Прежде всего были разработаны современные алгоритмы лечения больных с острым инфарктом миокарда, которые основывались на современных международных рекомендациях. Крайне важным для нас было наладить постоянно действующий механизм взаимодействия с городской службой скорой помощи. При возникновении боли в груди любой находящийся в Москве человек имеет возможность позвонить в службу Скорой и неотложной медицинской помощи (СМП) по телефону «03» или «112» (с мобильного телефона). Звонок принимает оператор круглосуточно работающей диспетчерской приема и передачи вызовов. При поступлении жалоб на боли в грудной клетке оператор проводит опрос пациента в соответствии с утвержденным алгоритмом. В зависимости от тяжести состояния и месторасположения пациента оператор выбирает бригаду СМП, которая отправится на данный вызов. Основной принцип выбора бригады – скорость доезда до пациента. При наличии возможности к пациенту с болями в грудной клетке преимущественно отправляются врачебные бригады, а при развитии угрожающих жизни состояний (например,

потеря сознания) – реанимационные бригады. Все бригады СМП укомплектованы электрокардиографами и дефибрилляторами. Врач или фельдшер бригады скорой и неотложной медицинской помощи при подозрении на острый коронарный синдром максимально быстро (в течение 10 минут) снимает электрокардиограмму (ЭКГ). Фельдшеры бригады скорой и неотложной медицинской помощи в обязательном порядке передают ЭКГ на дистанционный кардиопульт, где происходит ее оценка и расшифровка. При этом врачи СМП, в случае необходимости, имеют возможность проконсультироваться со специалистами кардиопульта. В случае диагностики острого коронарного синдрома врач/фельдшер бригады СМП запрашивает место госпитализации в «отделе госпитализации». Выбор стационара проводится сотрудниками «отдела госпитализации», основываясь на онлайн-информации о транспортной доступности, наличии свободных мест и работе ангиографической установки для проведения ЧКВ в близлежащих к пациенту стационарах. Одновременно с выдачей места госпитализации данные о пациенте передаются на систему «АС-стационар». «АС-стационар» представляет собой онлайн-программу, в которой указываются номер наряда, Ф.И.О., возраст, диагноз пациента, которому выдано место госпитализации. В стационаре эта программа немедленно информирует врачей кардиореанимационного блока и ангиографической службы о пациенте с острым коронарным синдромом, который в данный момент направляется на госпитализацию в этот стационар. Это позволяет еще до прибытия пациента подготовить рентгеноперационную к проведению ЧКВ. На догоспитальном этапе врачи/фельдшеры бригад СМП, согласно «Алгоритмам оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы Скорой медицинской помощи города Москвы», проводят следующую терапию пациентам с ОИМнСТ: ацетилсалициловая кислота 250–350 мг внутрь; обезболивание дробным введением морфина (при болевом синдроме); тикагрелор 180 мг или клопидогрел 600 мг, в случае транспортировки для проведения пЧКВ; при невозможности в течение 90 минут госпитализировать пациента в стационар для проведения экстренного ЧКВ и давности от появления симптомов не более 3 часов: тромболитическая терапия; клопидогрел 300 мг внутрь, больным старше 75 лет – 75 мг; гепарин натрия 60 ЕД/кг внутривенно, не более 4 тыс. ЕД или эноксапарин 1 мг/кг подкожно. Время доставки пациента с ОИМнСТ в стационар с возможностью проведения экстренного ЧКВ за редким исключением не должно превышать 60 минут.

В стационаре

На стационарном этапе помощи пациент с ОИМпСТ поступает в специально выделенное помещение, располагающееся в непосредственной близости от рентгеноперационной, минуя как приемное отделение, так и отделение кардиореанимации. В этом помещении происходят быстрый опрос, забор крови, снятие ЭКГ параллельно с подготовкой к проведению экстренного ЧКВ. Целевой промежуток времени от поступления пациента до открытия инфарктсвязанной коронарной артерии (время «дверь–баллон») – 60 минут. В некоторых больницах были специально перестроены въезды в приемный покой для того, чтобы больные с ОИМпСТ попадали сразу в рентгеноперационную. Это позволило уменьшить время «дверь– баллон» в среднем до 30 минут. После проведения ЧКВ пациент переводится в кардиореанимационное отделение, где находится под постоянным «мониторным» наблюдением не менее суток. Информация обо всех пациентах с ОИМпСТ ежедневно направляется в организационно-методический отдел по кардиологии ДЗМ. Кроме того, ежемесячно суммируется и анализируется информация обо всех пациентах с ОИМ и проведенном им лечении. В случае если диагноз ОИМпСТ был поставлен в стационаре без возможности проведения ЧКВ, согласно существующим алгоритмам, пациент должен быть незамедлительно переведен в стационар с возможностью проведения ЧКВ. Единичные ошибки в диагностике на догоспитальном этапе, конечно, бывают, но от них не застрахован никто в мире. Важной составной частью работы «инфарктной сети» является информирование населения об инфаркте миокарда и о способах его лечения. Особое внимание уделяется необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при возникновении болей в груди. С этой целью изданы и распространены по медицинским организациям Москвы постеры, транслируются телевизионные ролики, проводятся лекции и семинары.

В сравнении с лидерами

Впервые понятие «инфарктная сеть» начали использовать в Чехии в 2001 г. P. Widimsky с соавт., проанализировав результаты крупных рандомизированных исследований Prague Study и Prague 2 Study, пришли к выводу о необходимости разработки четкой логистики оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. И в 2001 г. Общество кардиологов Чехии подготовило документ, в котором было описано поэтапное оказание помощи больным с заболеваниями сердца, в том числе острым инфарктом миокарда. В дальнейшем «инфарктные сети» стали появляться в

Голландии, Швеции, Дании, Австрии и Германии, а затем и практически во всех европейских странах. В 2012 г. указание о необходимости создания «инфарктной сети» для наиболее эффективного оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда было включено в рекомендации Европейского общества кардиологов. Особенности Москвы являются огромная территория (2511 кв.м), численность населения, превышающая 13 млн, и сложная транспортно-дорожная обстановка. В первый же год была отработана маршрутизация пациентов по скорой медицинской помощи. Так, в настоящее время любой пациент с подозрением на острый коронарный синдром доставляется в близлежащий стационар с возможностью проведения ЧКВ первой бригадой СМП, независимо от того, укомплектована бригада фельдшерами или врачами.

В состав «инфарктной сети» города в 2015 г. вошел еще один стационар, где экстренное ЧКВ осуществляется круглосуточно (ГБ №3 г. Зеленограда). Таким образом, число таких центров в городе достигло 24, что значительно повысило доступность экстренной помощи кардиологическим пациентам. Все центры работают 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

С учетом численности населения г. Москвы на один центр приходится приблизительно 650 000 человек. Этот показатель значительно ниже, чем во многих европейских странах. Так, в Финляндии – 1 792 000 человек, в Латвии – 1 114 800 человек.

Благодаря скоординированной работе СМП и сотрудников стационара удалось в 2015 г. повысить процент проводимых ЧКВ при ОИМ до 87%, что соответствует показателям стран-лидеров: Чехии, Германии, Словении и Швейцарии (92, 81, 86 и 81% соответственно).

Информация обо всех пациентах, госпитализированных с диагнозом ОИМпСТ, и проведенном лечении направляется стационарами в организационно-методический отдел по кардиологии ежедневно. Анализ поступающей информации позволяет быстро реагировать и координировать действия экстренных служб. Согласно данным скорой медицинской помощи, количество больных с ОИМпСТ, госпитализированных в специализированные центры, увеличилось с 75,6% в 2013 г. до 99% в 2015 г. Среднее время от поступления больного в специализированный стационар до введения инструмента в инфарктсвязанную артерию (время дверь–баллон) уменьшилось с 50 минут в 4-м квартале 2013 г. до 35 минут в 3-м квартале 2016 г. (рис. 1), что соответствует мировым стандартам. Дальнейшее уменьшение этого времени является нецелесообразным и может привести к снижению качества оказания медицинской помощи.

Общее количество ЧКВ у больных ОИМп ST увеличилось с 3067 в 2013 г. до 7382 в 2015 г. (прирост составил 140%) (рис. 2). Процент больных ОИМпST, получивших этот наиболее эффективный способ лечения, возрос с 33,0% в 1-м квартале 2013 г. до 85,3% в 3-м квартале 2016 г., что способствовало снижению госпитальной летальности за эти периоды с 16,1 до 7,78% (рис. 3).

Уменьшение количества тромболитической терапии на догоспитальном этапе с 1797 в 2012 г. до 293 в 2015 г. (снижение на 84%) отражает переход на пЧКВ как более эффективный способ реперфузии и соответствует общемировым тенденциям. За 9 месяцев 2016 г. число пациентов, которым был проведен тромболитизис при остром инфаркте миокарда, составило 64.

Сохраняется необходимость госпитализации больных со всеми формами острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST по скорой помощи в центры с возможностью проведения ЧКВ в круглосуточном режиме. С сентября 2014 г. количество пациентов с этим диагнозом, госпитализированных в специализированные центры, превысило 99,0%, что сохраняется и по настоящее время. Процент больных ОИМпST, которым было проведено ЧКВ, увеличился с 11,0% в 1-м квартале 2013 г. до 47,1% в 3-м квартале 2016 г., что способствовало снижению летальности среди этой группы пациентов с 10,8 до 6,0% соответственно (-37%).

Факторы роста

Существуют ли перспективы для дальнейшего улучшения лечения пациентов с ОИМпST? Так как вопросы логистики в основном решены, то ключевым фактором дальнейшего развития становится повышение квалификации медицинского персонала. В первую очередь это касается техники проведения эндоваскулярных вмешательств и ведения больных в острой фазе заболевания. Последнее особенно актуально, так как мы – единственная страна в Европе, где формально нет специализированных кардиореанимационных отделений! Странная ситуация, при которой больных с ОИМ могут лечить не кардиологи, получившие специальную подготовку, а анестезиологи-реаниматологи, не может не сказываться на качестве лечения. Не менее важно и повышение «квалификации» населения. Поздний вызов скорой помощи резко снижает наши возможности помочь больному с ОИМ! В дальнейших планах – развитие «инфарктной сети» и для больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST. Это менее опасный вид инфаркта, когда имеется лишь частичная окклюзия инфарктсвязанной артерии. Тем не менее чрескожное коронарное вмешательство, согласно международным рекомендациям, должно проводиться и этим пациентам, хотя и не в столь экстренном порядке, как при ОИМспST. При стабильном состоянии пациента его следует провести в течение 24 часов.

Рисунок 1. Динамика времени «дверь-баллон» 2013–2016 гг. (медиана)

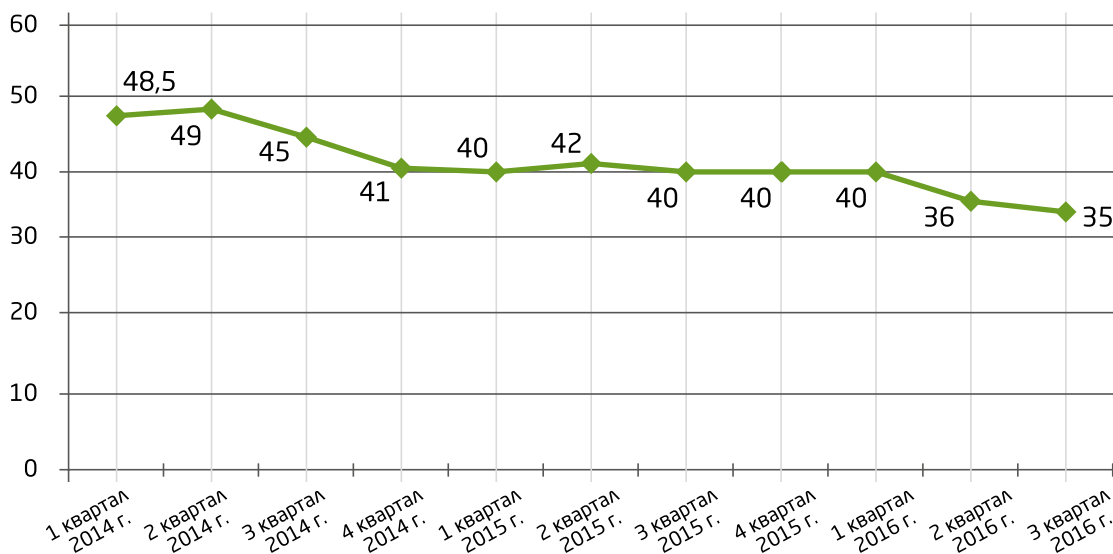


Рисунок 2. Количество выполненных ЧКВ больным ОИМпСТ в Москве в 2013-2016 гг.

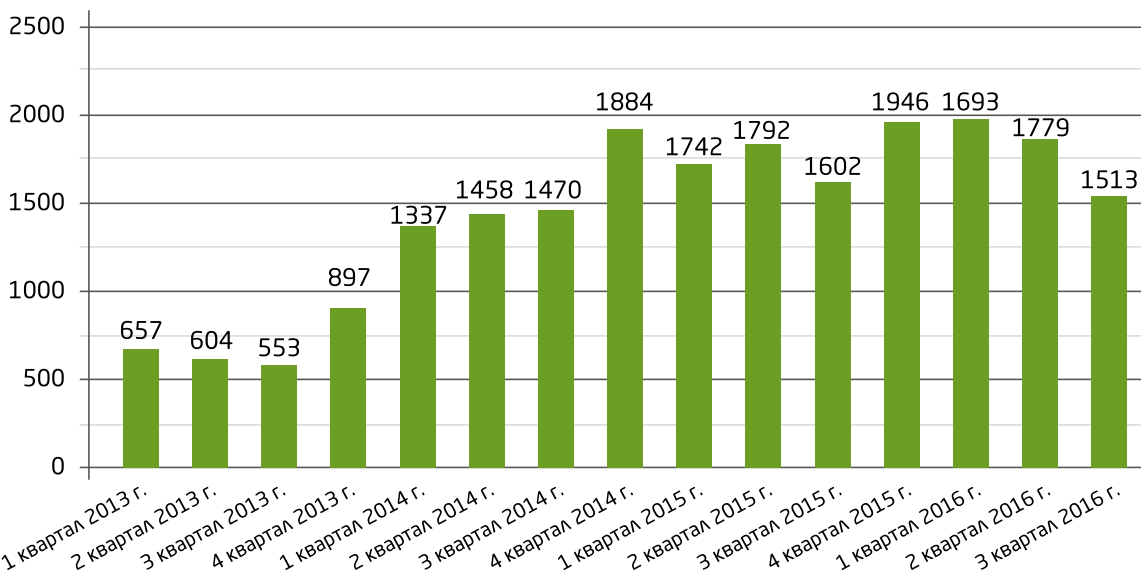
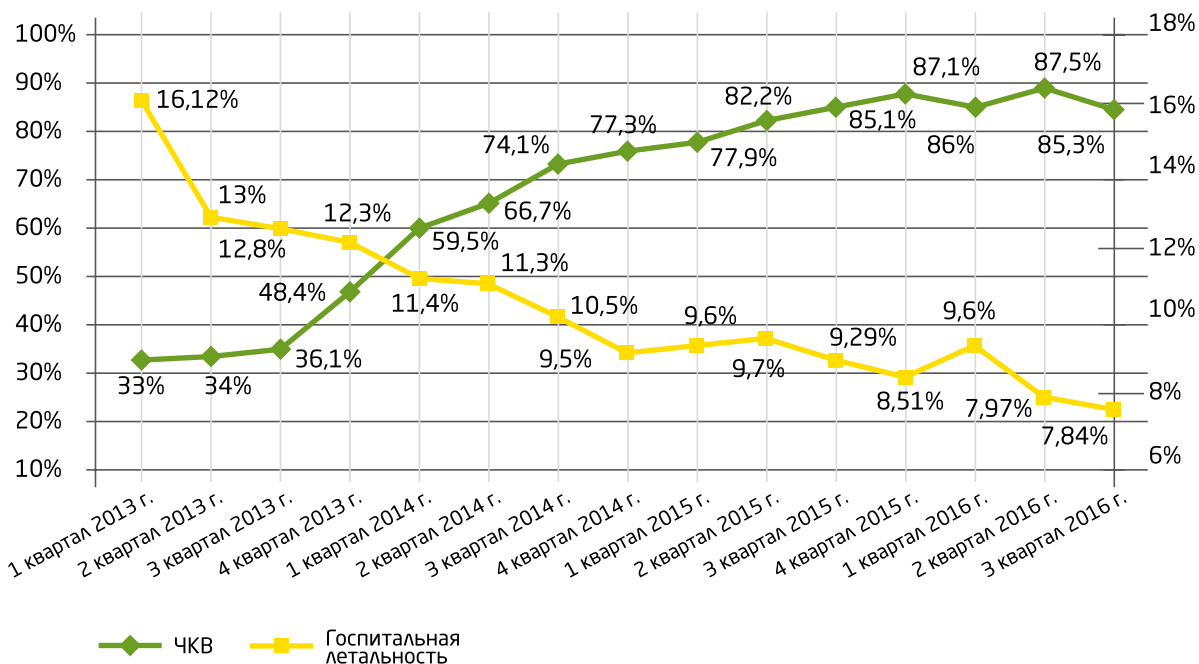


Рисунок 3. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в Москве в 2013-2016 гг.

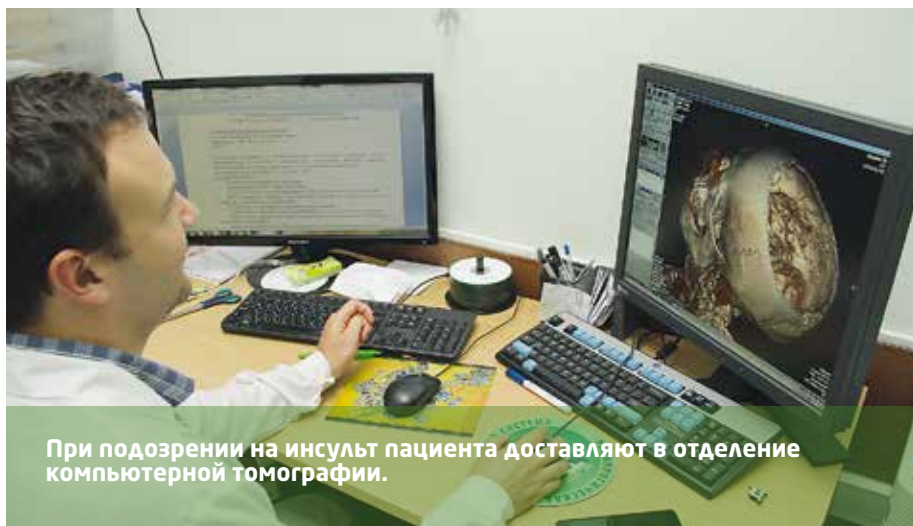


ЦЕНТРЫ БЫСТРОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Сегодня эндоваскулярные рентгенохирургические вмешательства отнесены к основным методам лечения инсульта, улучшающим выживаемость и качество жизни пациента. Создание в городе сети сосудистых центров с отработанной логистикой доставки пациентов позволяет в кратчайшие сроки провести необходимое эндоваскулярное лечение вне зависимости от первоначального местонахождения пациента.



Пациент с инфарктом миокарда доставляется бригадой скорой помощи непосредственно в операционную, минуя приемный покой.



При подозрении на инсульт пациента доставляют в отделение компьютерной томографии.



В программу помощи пациентам с инсультом вошли стационары, имеющие две рентгеноперационные, чтобы иметь возможность разделить потоки пациентов с инфарктом и инсультом.

Созданная в Москве система лечения инфаркта миокарда соответствует мировым стандартам: среднее время от вызова бригады скорой помощи до открытия сосуда и восстановления кровотока в среднем составляет 35–40 минут. В «инфарктную сеть» в настоящее время входят 23 сосудистых центра. В восьми стационарах из 23, имеющих эти центры, функционируют и центры «инсультной сети».

Время восстановления кровотока в артерии от момента вызова бригады СМП в среднем составляет 35–40 минут

В программу помощи пациентам с инсультом вошли наиболее оснащенные и подготовленные стационары, имеющие две рентгеноперационные, чтобы иметь возможность разделить потоки пациентов с инфарктом и инсультом.

При неосложненном течении процесса пациент проводит в отделении реанимации до 48 часов.



В послеоперационный период пациентов ждут комфортабельные палаты с профессиональным медперсоналом.



Структура сосудистых центров Москвы:

- Отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения с 2-мя операционными
- Отделение неотложной кардиологии
- Отделение кардиореанимации
- Отделение нейрореанимации
- Отделение неврологии

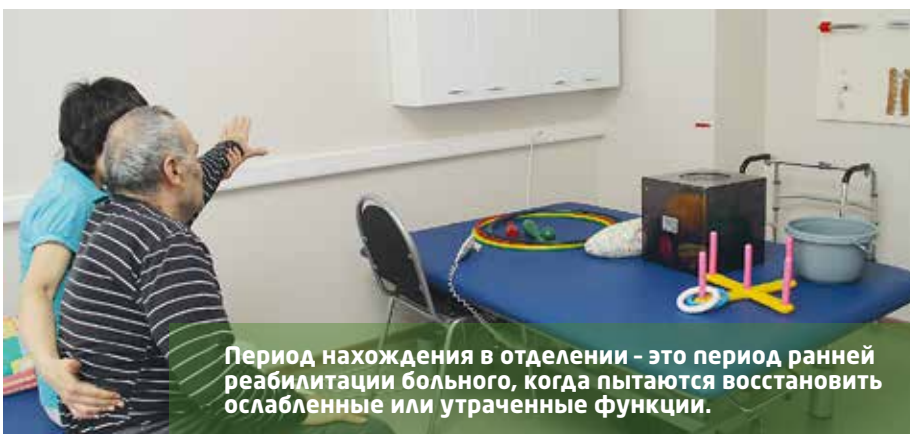
Организация процесса в сосудистых центрах предельно проста.

Пациент с инфарктом миокарда доставляется бригадой скорой помощи непосредственно в операционную, минуя приемный покой. Подготовка операционной начинается сразу после поступления в интерактивном режиме информации о транспортировке пациента. Подготовительные мероприятия, включая сбор анамнеза, обязательные исследования и подготовку операционного поля проводят непосредственно в операционной. При подозрении на инсульт больного доставляют в отделение компьютерной томографии. При подтверждении диагноза «ишемический инсульт» больному проводят тромболизис.

Палаты инсультного отделения оснащены специальными креслами для передвижения пациентов по этажу.



Период нахождения в отделении - это период ранней реабилитации больного, когда пытаются восстановить ослабленные или утраченные функции.



По действующим рекомендациям, тромболитическую терапию проводят в первые 4,5 часа от начала заболевания, далее выполняют внутрисосудистую тромбэктомия. Если прошло более 4,5 часов, тромболитическая терапия не проводится, больной сразу поступает в операционную.

Из операционной больного направляют в реанимационное отделение. По существующим порядкам, в структуре сосудистого центра их должно быть два: отделение кардиореанимации и нейрореанимации. Отделения организованы по единому принципу. В штат отделения реанимации для кардиологических больных, помимо анестезиологов-реаниматологов, входят кардиологи, в штат отделения реанимации для неврологических больных – неврологи.

Как правило, при неосложненном течении процесса пациент проводит в отделении реанимации до 48 часов. После чего переводится в профильное отделение, где срок пребывания пациента тоже невелик.

Период нахождения в отделении – это период ранней реабилитации больного, когда пытаются восстановить ослабленные или утраченные функции. В случае, когда острый период протекает с осложнениями или длительно, необходима вертикализация пациента, перенесшего инсульт. Для этих целей в отделениях есть специальные вертикализаторы, с помощью которых пациенту можно придать вертикальное положение тела даже в условиях реанимации. Помимо этого палаты инсультного отделения оснащены специальными креслами для передвижения пациентов по этажу. По действующим правилам, в отделении неврологии создана безбарьерная среда для облегчения передвижения пациентов.

НИКОЛАЙ ПЛАВУНОВ: ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ВЫБОРА БРИГАДЫ – МАКСИМАЛЬНО БЫСТРЫЙ ДОЕЗД ДО ПАЦИЕНТА

«Порядка четверти выездов бригад скорой медицинской помощи в Москве осуществляется к пациентам с болезнями системы кровообращения. Эффективная помощь этой категории пациентов без участия специалистов службы скорой медицинской помощи сегодня невозможна». О том, как работает служба с пациентами с сердечно-сосудистыми патологиями, рассказывает главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф Департамента здравоохранения города Москвы Николай ПЛАВУНОВ.



Николай ПЛАВУНОВ, главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, главный внештатный специалист по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф

– Каковы сегодня функции службы скорой медицинской помощи в оказании помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

– Болезни системы кровообращения (БСК) являются основной причиной инвалидизации и смертности населения. Согласно статистическим данным Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, к пациентам с БСК ежегодно выполняется более одного миллиона вызовов (около 25% от общего количества). Доступность и качество – главные критерии соответствия медицинской помощи требованиям, потребностям и ожиданиям пациента. Пациенты с БСК с первых минут от начала заболевания должны получать высококачественную помощь. Решающее значение для жизни пациента с БСК имеют своевременная диагностика, адекватная, проведенная в полном объеме терапия и максимально быстрая медицинская эвакуация в профильную медицинскую организацию. В настоящее время эти задачи одновременно являются основными функциями службы скорой медицинской помощи.

– Есть какие-то особенности работы с этой категорией пациентов на уровне логистики, на уровне работы непосредственно с пациентом?

– Радикально снизить смертность от инфарктов и инсультов в г. Москве удалось в том числе и благодаря созданию эффективной маршрутизации при оказании скорой медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и инсультом.

Все обращения от населения по каналу «103» или «112» поступают в Единый городской диспетчерский центр оперативного отдела Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова по телефонной связи через единую автоматизированную систему приема вызовов с обязательной аудиозаписью всех телефонных разговоров. При обращении абонента по телефону происходит автоматическое определение входящего телефонного номера, что позволяет осуществить обратную связь в случае прерывания телефонного звонка по каким-либо причинам.

При наличии жалоб у пациента на боли в грудной клетке, нарушение речи, слабость в руке, ноге (если позволяет состояние пациента) диспетчер, имеющий среднее медицинское образование, проводит опрос вызывающего в соответствии с алгоритмами приема вызовов и в дальнейшем направляет этот вызов для исполнения бригаде скорой медицинской помощи (СМП).



РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С БСК ИМЕЮТ СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, АДЕКВАТНАЯ, ПРОВЕДЕННАЯ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ ТЕРАПИЯ И МАКСИМАЛЬНО БЫСТРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ В ПРОФИЛЬНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ.

На Станции работает автоматизированная навигационно-диспетчерская система, позволяющая проводить постоянный мониторинг перемещения по территории города бригад СМП, определения их местонахождения и статусного состояния. Все



ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ВЫБОРА БРИГАДЫ

– МАКСИМАЛЬНО БЫСТРЫЙ ДОЕЗД ДО ПАЦИЕНТА. К ПАЦИЕНТУ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) И ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) НАПРАВЛЯЮТСЯ БЛИЖАЙШИЕ ОБЩЕПРОФИЛЬНЫЕ БРИГАДЫ, А В СЛУЧАЯХ РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЙ – СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ БРИГАДЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ.

выездные бригады оснащены мобильными абонентскими комплектами нового поколения на базе планшетной технологии и платформе Android.

Основной принцип выбора бригады – максимально быстрый доезд до пациента. К пациенту с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) направляются ближайшие общепрофильные бригады, а в случаях развития угрожающих жизни состояний – специализированные бригады анестезиологии-реанимации. При диагностике ОКС или инсульта выездной медицинский персонал бригад СМП информирует отдел медицинской эвакуации Станции о необходимости проведения эвакуации пациента. Выбор стационара проводится сотрудниками отдела медицинской эвакуации Станции, основываясь на профильности стационара и загруженности его коечного фонда, онлайн-информации о транспортной доступности, работе диагностических служб (КТ, МРТ, ангиографической установки и др.). На Станции работает автоматизированная система учета, распределения и анализа коечного фонда всех медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы – АС «Стационар», которая позволяет формировать и вести структуру коечного фонда медицинских организаций с учетом его загруженности, осуществлять выбор оптимального стационара для экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС и инсультом. Одновременно с выдачей места для госпитализации отдел медицинской эвакуации



**В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, С УЧЕТОМ СРЕДНЕГО
ВРЕМЕНИ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫЗОВА
К ПАЦИЕНТАМ С ОКС – 56,4 МИНУТЫ
(ОТ МОМЕНТА ВЫЗОВА ДО МОМЕНТА
ДОСТАВКИ В СТАЦИОНАР), НЕОБХОДИМОСТИ
В ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА НЕТ,
ПОСКОЛЬКУ ЭТОТ ВРЕМЕННОЙ ПЕРИОД
ПОЗВОЛЯЕТ КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ ПРОВЕСТИ
КОРОНАРОАНГИОГРАФИЮ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ.**

по автоматизированной информационной системе АС «Стационар» передает информацию в данный стационар о направлении пациента с ОКС или ОНМК с указанием диагноза, времени от начала заболевания, Ф.И.О., возраста пациента.

Указанная программа позволяет немедленно информировать врачей первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров о пациенте с ОКС или ОНМК, направляемом в этот момент на госпитализацию в данный стационар. Это дает возможность на ранних этапах еще до прибытия пациента в стационар обеспечить готовность медицинской бригады, КТ, МРТ и ангиорентгеноперационной, т.е. стационар ожидает прибытия каждого пациента.

– На каких принципах выстроена работа с пациентами, доставляемыми в сосудистые центры инфарктной и создаваемой сегодня инсультной городской сети?

– Существует два метода быстрой реперфузии миокарда: тромболитическая терапия (ТЛТ) и ангиопластика с последующим стентированием коронарных артерий. Отдельную позицию занимает такой метод, как аортокоронарное шунтирование.

Наиболее простой способ восстановления кровотока при остром инфаркте миокарда – проведение ТЛТ, которую можно проводить на догоспитальном этапе. Еще в 2006 г. Станцией скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова была организована работа по подготовке бригад СМП к проведению

догоспитального тромболизиса. В начале тромболизис проводили только специализированные бригады СМП и подготовленные для ТЛТ выездные врачебные бригады СМП, а к 2011 г. уже каждая бригада СМП, включая и фельдшерские, осуществляла ТЛТ при отсутствии медицинских противопоказаний.

В дальнейшем, начиная с 2011 г., по мере открытия ангиохирургических операционных в городских больницах с возможностью проведения в максимально короткие сроки чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с ангиопластикой или стентированием инфарктзависимой коронарной артерии, количество процедур тромболизиса на этапе скорой медицинской помощи начало постепенно снижаться и сейчас применяется крайне редко.

В Москве функционируют 23 сосудистых центра, составляющие «инфарктную городскую сеть», где оказывается медицинская помощь пациентам с ОКС на современном уровне. Станцией скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова проведена большая работа по маршрутизации пациентов с ОКС в центры с возможностью проведения ЧКВ, что позволило своевременно осуществлять медицинскую



**С УЧЕТОМ ТОГО, ЧТО СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ
ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫЗОВА К ПАЦИЕНТАМ
С ИНСУЛЬТОМ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ
2017 ГОДА В ГОРОДЕ МОСКВЕ СОСТАВИЛО
68,2 МИНУТЫ (ОТ МОМЕНТА ВЫЗОВА
ДО МОМЕНТА ДОСТАВКИ В СТАЦИОНАР),
ПРИ СВОЕВРЕМЕННОМ ОБРАЩЕНИИ ВСЕ
ПАЦИЕНТЫ ИМЕЮТ ШАНС РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ.**

эвакуацию пациентов с инфарктом миокарда в больницы «инфарктной городской сети».

В настоящее время, с учетом среднего времени выполнения вызова к пациентам с ОКС – 56,4 минуты (от момента вызова до момента доставки в стационар), необходимости в проведении тромболизиса

нет, поскольку этот временной период позволяет каждому пациенту провести коронароангиографию и интервенционное вмешательство на коронарных сосудах.

Инсульт – одно из самых коварных неврологических заболеваний. В Москве ежегодно регистрируется более 55 тысяч вызовов к пациентам с нарушениями мозгового кровообращения. В последние годы были сделаны серьезные шаги в решении проблемы цереброваскулярных заболеваний – в Москве организовано 27 региональных и первичных сосудистых отделений по лечению инсульта на базе многопрофильных больниц, где оказывается медицинская помощь пациентам с инсультом и инфарктом миокарда на современном, высокотехнологическом уровне.



НЕОБХОДИМО РАЗВИВАТЬ ПРОГРАММЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БСК, ПОВЫШЕНИЕ ИХ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОВОДИМОМУ ЛЕЧЕНИЮ.

В феврале 2017 г. в Москве организована специализированная «инсультная сеть» из восьми стационаров, аналогичная инфарктной, которая уже показала свою эффективность. В стационарах «инсультной сети» пациентам с ишемическим инсультом, кроме внутривенного системного тромболитизиса, проводят, по показаниям, механическое удаление тромба под контролем ангиографа – тромбозэкстракцию. Такие операции раньше проводили только при инфаркте миокарда. Это прорыв в лечении ишемического инсульта. Но для проведения столь высокотехнологических операций есть временное ограничение. На спасение пациента с инсультом отведено 4,5 ч от начала развития заболевания. Именно за этот период времени, который называется «терапевтическим окном», можно оказать пациенту своевременную, эффективную медицинскую помощь. К сожалению, своевременно за медицинской помощью на Станцию скорой медицинской помощи обращаются только порядка 30–35% пациентов с симптомами



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ
ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА, К.Ф.Н.:

“ Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая в том числе и предотвращение различных рисков в отрасли

Обеспечивает аналитической и экспертной информацией по вопросам развития здравоохранения органы исполнительной власти города Москвы и руководителей медицинских организаций различных форм собственности.

- Развитие профессиональных компетенций руководителей медицинских организаций и персонала
- Объединение фундаментальных и прикладных научных исследований с практикой московского здравоохранения
- Комплексный подход к информационному сопровождению деятельности учреждений здравоохранения

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

(признаками) инсульта. С учетом того, что среднее время выполнения вызова к пациентам с инсультом за первое полугодие 2017 г. в г. Москве составило 68,2 минуты (от момента вызова до момента доставки в стационар), при своевременном обращении все пациенты имеют шанс реваскуляризации.

С учетом протяженности и особенностей территорий Троицкого и Новомосковского административных округов имеющийся риск увеличения сроков медицинской эвакуации пациентов с инфарктом и инсультом компенсируется привлечением авиамедицинских бригад Научно-практического центра экстренной медицинской помощи, благодаря чему не нарушаются сроки доставки пациентов в пределах «терапевтического окна».

- Каковы параметры работы бригад скорой помощи с этими пациентами? Время доезда, время доставки в стационар?

– Безусловно, при оказании медицинской помощи пациентам с БСК огромное значение придается фактору времени. Среднее время прибытия на место вызова к пациентам с ОКС и инсультом за первое полугодие 2017 г. в г. Москве составило 10,4 минуты, а среднее время медицинской эвакуации пациента с ОКС – 25,7 минуты, с инсультом – 27,1 минуты. Это очень достойные показатели.

- Есть какие-то особые требования к комплектации бригад СМП в данном случае? Требования к набору специалистов в эти бригады? Или это общепрофильные выездные бригады, и никакой дифференцировки тут нет?

– В условиях оказания скорой медицинской помощи пациентам с ОКС и инсультом врачи и фельдшеры выездных бригад СМП руководствуются едиными требованиями, изложенными в «Алгоритмах оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы», утверждаемых приказом Департамента здравоохранения города Москвы. Имеющееся оснащение медицинской аппаратурой и лекарственными средствами выездных бригад СМП позволяет оказывать скорую медицинскую помощь пациентам в полном объеме и полностью соответствует действующим федеральным нормативам.

- На чем Вам хотелось бы заострить внимание коллег, специалистов бригад СМП применительно к оказанию помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

– Дальнейшее совершенствование службы скорой медицинской помощи требует поиска новых механизмов повышения качества, доступности и своевременности оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с ОКС и инсультом.

Длительное время в изучении проблемы цереброваскулярных заболеваний акцент был смещен на исследование причин инсульта у взрослых, а у детей инсульт считался крайне редким заболеванием. Сегодня проблема цереброваскулярной патологии у детей особенно актуальна, поскольку частота инсультов у детей в 2 раза выше, чем считалось ранее, а последствия крайне тяжелы как для ребенка, так и для его родителей.

Широкий спектр острых состояний со схожей симптоматикой и вместе с тем неспецифическая картина дебюта инсульта у детей являются наиболее важными причинами задержки постановки диагноза и начала лечения. Поэтому остаются актуальными вопросы повышения настороженности бригад СМП в плане диагностики инсульта у детей на догоспитальном этапе.

Хотелось бы обратить внимание врачей общей практики на проблему профилактики и вопросы ранней диагностики БСК. Позднее обращение пациентов и их родственников на Станцию скорой и неотложной медицинской помощи ухудшает прогноз заболевания. Раннее обращение к специалистам, установление правильного диагноза и оказание своевременной высокотехнологичной медицинской помощи снижают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых и цереброваскулярных исходов. Необходимо развивать программы, направленные на выявление лиц с начальными проявлениями БСК, повышение их информированности о сосудистой патологии и обеспечение долгосрочной приверженности к проводимому лечению.

Независимым фактором риска развития острого инфаркта миокарда и церебрального инсульта является артериальная гипертензия – наиболее широко распространенное заболевание БСК.

Очень важной является необходимость разъяснять пациентам, что основой эффективного лечения гипертонической болезни является не вызов скорой медицинской помощи, а четкое выполнение ранее назначенных лечащим врачом поликлиники рекомендаций по применению лекарственных средств постоянно, в назначенных дозах и мероприятиях по снижению факторов сердечно-сосудистого риска.

Приложение 1

Памятка по оказанию помощи пациентам с гипертонической болезнью



Важно знать!

Гипертоническая болезнь – это хроническое заболевание. Повышенное артериальное давление (АД) у больных гипертонической болезнью самостоятельно не возвращается к норме и без лечения высокое АД может привести к тяжелым осложнениям, таким как инсульт, инфаркт миокарда. В настоящее время контроль АД удается осуществлять с помощью немедикаментозных и медикаментозных средств. Надо понять, что успех лечения зависит не только от лечащего врача и лекарств, но и от **Вашего собственного отношения к заболеванию и четкого выполнения рекомендаций**. Повышению артериального давления способствует ряд факторов: неправильное питание, курение, злоупотребление алкоголем, недостаток физической активности, самостоятельное решение больного приостановить лечение или изменить дозировку назначенных лекарств.

Что нужно знать при измерении артериального давления?

Артериальное давление (АД) – давление, которое кровь оказывает на стенку артерий.

Систолическое артериальное давление – это максимальное давление крови на стенку артерий в период сокращения сердца.

Диастолическое артериальное давление – это минимальное давление крови на стенку артерий в период расслабления сердца.

Стандартная манжета тонометра рассчитана на окружность плеча не более 30 см. У тучных людей используется более широкая манжета.

Этапы коррекции артериального давления:

Немедикаментозные методы.

1. Отказ от курения.
2. Уменьшение потребления поваренной соли до 5 граммов в сутки и менее.
3. Снижение избыточной массы тела.
4. Увеличение физической активности.
5. Уменьшение или прекращение потребления алкоголя.
6. Модификация диеты – с увеличением потребления овощей, фруктов, включением рыбы, морепродуктов, ограничением животных жиров.

Медикаментозные методы.

С помощью лечащего врача Вам необходимо подобрать лекарственные препараты для нормализации АД (не допуская его резкого снижения) и принимать их **постоянно** в **рекомендуемых дозах**.



Помните,

что гипертония не излечивается, поэтому принимать лекарства нужно постоянно, нельзя изменять установленный интервал в приеме антигипертензивных препаратов, а тем более их отменять, это может привести к развитию гипертонического криза!!!

Правила измерения артериального давления

- Быстро накачать воздух в манжету до уровня давления, превышающего систолическое давление на 20 мм рт. ст. (оценивается по исчезновению пульса).
- Давление в манжете снижают медленно со скоростью примерно 2 мм рт. ст. в 1 секунду.
- Уровень артериального давления, при котором появляется 1-й тон, соответствует систолическому артериальному давлению, уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов соответствует диастолическому артериальному давлению.
- Самостоятельное измерение артериального давления необходимо проводить не менее 2 раз с интервалом не менее 1 минуты на каждой руке.
- При разнице более 5 мм рт. ст. проводит дополнительное измерение.
- Через две минуты проводится повторное измерение.
- За конечное значение артериального давления принимают среднее из 2-3 измерений.



Внимание:

- Измерение необходимо производить в строгом соответствии с инструкцией к аппарату.
- Артериальное давление рекомендуется измерять не реже двух раз в день (утром и вечером).

Частые ошибки при измерении артериального давления:

- Не верно подобранный размер манжеты (резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80 % окружности плеча).
- Необходимо исключить употребление кофе и крепкого чая в течение 1 часа перед исследованием и курить менее чем за 30 минут до исследования.
- Разговор во время измерения артериального давления приводит к завышению показателей, полученных при исследовании.
- Измерение артериального давления необходимо проводить в покое после 5-минутного отдыха (если измерению артериального давления предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха продлевают до 15-30 минут).
- К неверным показаниям при измерении артериального давления приводит чрезмерно быстрое стравливание воздуха из манжеты.
- При расположении манжеты или аппарата выше или ниже уровня сердца так же возможны погрешности в измерении артериального давления.

Помните:

При подъеме артериального давления, с которым Вы не можете справиться самостоятельно, необходимо обратиться к специалисту: в поликлинику, к врачу отделения неотложной медицинской помощи или на скорую помощь.

НАНА ПОГОСОВА: ИНФАРКТ И ИНСУЛЬТ – НЕ ПРИГОВОР, ИХ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ

Сегодня никто не сомневается в важности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Первичная профилактика позволяет предупредить эти заболевания или возможные осложнения от них, вторичная – означает проведение профилактических мероприятий у уже заболевших пациентов. По сути, это две грани одного процесса, они взаимодополняют и усиливают друг друга – одно без другого, конечно, может существовать, но это будет менее эффективный подход. О том, какая работа проводится в столице по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, рассказывает главный внештатный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы, руководитель Федерального центра здоровья и отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, кардиолог, д.м.н., профессор Нана ПОГОСОВА.



Нана ПОГОСОВА,
главный внештатный
специалист по профи-
лактической медицине
Департамента здра-
воохранения города
Москвы

– Нана Вачиковна, что имеет в профилактической работе решающее значение?

– В первую очередь, огромное значение в решении проблемы сердечно-сосудистых заболеваний играет информирование людей. И здесь главное – донести до людей, что инфаркт миокарда или мозговой инсульт – не приговор, их можно предотвратить и прожить долгую и здоровую жизнь.

Природа сердечно-сосудистых заболеваний мультифакторна, и это создает сложности. В случае с инфекционными заболеваниями все гораздо более однозначно, каждое из заболеваний вызывается определенным возбудителем, например, туберкулез вызывают палочки Коха, и, зная это, мы проводим целенаправленную вакцинопрофилактику. В случае с сердечно-сосудистыми заболеваниями такой однозначной причины не установлено, но существует ряд факторов, которые многократно повышают риск развития этих заболеваний, мы их называем факторами риска. Многие факторы риска являются поведенческими привычками, и изменить их могут только сами люди, если будут проинформированы и поймут их значимость

в развитии инфарктов миокарда, мозговых инсультов, других грозных осложнений.

- А какие факторы риска наиболее значимы?

– Были проведены межконтинентальные крупномасштабные исследования, которые показали, что существует несколько основных, так называемых ядерных, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Поскольку у нас люди умирают в основном от двух сердечно-сосудистых патологий – ишемической болезни сердца и мозговых инсультов, я остановлюсь на их факторах риска подробнее.

На сегодня доказано, что определяющую роль в развитии ишемической болезни сердца, в частности инфаркта миокарда, причем во всем мире, независимо от страны проживания, играют повышенный уровень холестерина, курение, стресс и депрессия, сахарный диабет, артериальная гипертония и ожирение (я их перечислила в порядке значимости для развития инфаркта миокарда). В то же время существуют факторы антириска, защищающие нас от грозных сердечно-сосудистых осложнений. Это регулярная физическая активность и употребление большого количества овощей и фруктов. Обладает протективным эффектом и употребление очень малых доз алкоголя, однако чрезмерное употребление алкоголя крайне вредно и многократно увеличивает сердечно-сосудистый риск.

Факторы риска инфаркта миокарда и мозговых инсультов во многом схожи. Вместе с тем существует определенная специфика в отношении вклада этих факторов риска. Самый важный фактор риска мозговых инсультов, причем независимо от вида инсульта, – это артериальная гипертония. Существенную роль играет также ожирение, которое в последние годы стало актуальной проблемой. Мы наблюдаем рост распространенности ожирения в России, особенно среди мужского населения. Еще один очень значимый фактор риска, особенно для развития ишемических инсультов, – это сердечная аритмия, так называемая фибрилляция предсердий. Играют роль и те факторы, которые я уже упоминала, – курение, стресс и депрессия, повышенный уровень холестерина.

- В чем заключается задача специалистов по профилактической медицине?

– Спектр задач, стоящих перед специалистами по профилактической медицине, большой. Основная цель – предотвратить развитие сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений за счет проведения популяционной и персонализированной профилактики.

Я уже упоминала важность информирования людей, в том числе о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Если население о них не знает, оно не связывает в своем сознании эти факторы с заболеваниями и их осложнениями. Наша задача – не просто проинформировать, а, образно говоря, замкнуть круг в сознании людей, убедить их в том, что повышенное артериальное давление – это не возрастная особенность, а фактор, который в 3 раза увеличивает риск мозговых инсультов. Можно, конечно, считать избыточную массу тела или ожирение просто косметическим дефектом, а можно побудить человека осознать, что ожирение в 2 раза повышает риск инфаркта миокарда и мозговых инсультов.

Надо сказать, что в последние годы информированию населения стало уделяться большее внимание. Телевидение часто поднимает тему здорового питания и образа жизни, проблему избыточной массы тела и ожирения, способы ее решения. В Москве создаются условия для ведения более здорового образа жизни: прокладываются велосипедные дорожки, оборудуются спортивные площадки во дворах и парках, организуются велопробеги, проходят многочисленные оздоровительные мероприятия. Большую работу проводит служба медицинской профилактики. Мы используем любую возможность, чтобы проинформировать граждан о факторах риска, в том числе в рамках различных Всемирных дней, проводимых Всемирной организацией здравоохранения и Всемирной федерацией сердца. Я имею в виду Всемирный день здоровья, Всемирный день сердца, Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией, Всемирный день борьбы с курением, Всемирный день отказа от курения, Всемирный день борьбы с инсультом и другие. Это большая планомерная просветительская работа. В рамках этих Всемирных дней мы задействуем возможности всей службы медицинской профилактики, проводим Дни открытых дверей в городских поликлиниках Москвы, приглашаем москвичей пройти экспресс-обследования и поговорить на самые актуальные для здоровья темы на базе центров здоровья, отделений и кабинетов медицинской профилактики. Надо сказать, наибольшим вниманием и интересом пользуется тема здорового питания, тема профилактики и лечения артериальной гипертонии, сахарного диабета, вопросы снижения избыточной массы тела. Мы регулярно проводим выездные акции. Так, прошлым летом в 11 парках Москвы каждую субботу проходили мероприятия по информированию москвичей о факторах риска мозговых инсультов с акцентом на артериальную гипертонию. Специалисты столичных центров здоровья измеряли всем желающим

артериальное давление, проводили мастер-классы и беседы прямо в парках.

- Насколько эффективен такой подход?

– Эффективность и экономическая целесообразность профилактических обследований хорошо известны. Если говорить конкретно о профилактической работе, проведенной в парках столицы, то о ее результатах свидетельствует тот факт, что у части посетителей парков была впервые диагностирована артериальная гипертония, были выявлены случаи перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения в течение ближайших от момента обследования дней – то есть люди не осознавали, что они на ногах перенесли транзиторную ишемическую атаку. Были случаи госпитализации прямо из парка по поводу нестабильной стенокардии:



В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ИНФОРМИРОВАНИЮ НАСЕЛЕНИЯ СТАЛО УДЕЛЯТЬСЯ БОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ. ТЕЛЕВИДЕНИЕ ЧАСТО ПОДНИМАЕТ ТЕМУ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОБЛЕМУ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ, СПОСОБЫ ЕЕ РЕШЕНИЯ.

наши специалисты вызывали скорую помощь и транспортировали пациентов в профильные медицинские учреждения. Люди, жалующая на какие-то боли и неприятные ощущения в грудной клетке, не представляли, что они могут быть связаны с сердцем, и, когда приезжала скорая, подтверждала диагноз, соглашались поехать в стационар. Информирование граждан о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, об основных симптомах инфаркта миокарда, мозговых инсультов, жизнеугрожающих аритмий и последующее своевременное обращение за медицинской помощью могут спасти много жизней.

- Информирование, безусловно, необходимо, но многие ли после этого проходят профилактические обследования?

– Да, многие, тем более, что сегодня доступны различные виды профилактических обследований. Первый – это диспансеризация – мощная скрининговая программа, направленная на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых. Доступны населению еще две опции:

профилактический медицинский осмотр и комплексное обследование в центрах здоровья. Все перечисленные профилактические обследования проводятся бесплатно для москвичей, имеющих паспорт и полис ОМС.

В последние годы интерес населения к профилактическим обследованиям вырос, вместе с тем нам бы хотелось, чтобы все большее число молодых трудоспособных москвичей приходило на профилактические обследования, не дожидаясь серьезных проблем со здоровьем.

- Понятно, что все эти профилактические скрининговые обследования направлены на выявление лиц с факторами риска и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, но каковы результаты этой работы?

– В рамках диспансеризации, а ее прошли в 2016 г. 1,5 млн москвичей, мы установили, что 35% всех впервые выявленных болезней – это сердечно-сосудистые заболевания. Из них львиная доля приходится на артериальную гипертонию, 16% – на впервые выявленную ишемическую болезнь сердца, а 15% – на впервые выявленные различные цереброваскулярные заболевания. Кроме того, по результатам диспансеризации у 16,5% москвичей была установлена II группа здоровья. У них пока нет сердечно-сосудистого заболевания, но выявлен высокий сердечно-сосудистый риск, это промежуточное положение между здоровьем и болезнью. Такие лица берутся под диспансерное наблюдение в отделении медицинской профилактики или центре здоровья.

- Влияет ли проводимая профилактическая работа в части сердечно-сосудистых заболеваний на показатели смертности?

– Безусловно. Представьте, человек жил и не знал, что у него артериальная гипертония, соответственно, он не лечился. И таких людей очень много. К сожалению, первым проявлением заболевания у них нередко является мозговой инсульт, инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть, которые развиваются на фоне «полного здоровья». Мы проводим диспансеризацию с 2013 г., и каждый год выявляем людей, ранее не знавших о своем сердечно-сосудистом заболевании.

- А есть ли какие-то московские ноу-хау в этой работе?

– Разумеется, в каждом субъекте России программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний имеет свои особенности. Сам масштаб столицы придает городским профилактическим мероприятиям особую значимость и весомость. Так, в рамках Всемирного дня здоровья мы проводим выездные акции

на предприятия, в организации, учебные заведения одновременно во всех 11 округах столицы силами 60 центров здоровья городских поликлиник. Это очень масштабная профилактическая акция. Кроме того, к профилактическим акциям у нас, помимо городских поликлиник, часто присоединяются клинические центры и городские многопрофильные стационары со своими диагностическими мощностями. Они проводят дни открытых дверей с целью ранней диагностики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, в частности, рака молочной железы и женского здоровья, рака простаты, колоректального рака, бронхо-легочных заболеваний, сахарного диабета, депрессии. Я хотела бы подчеркнуть принятый у нас мультидисциплинарный подход при организации профилактической работы. Мы активно сотрудничаем с главным кардиологом, главным онкологом, главным наркологом, главным психиатром и другими главными специалистами Департамента здравоохранения города Москвы и соответственными службами, поскольку совместными усилиями можно добиться большей эффективности в вопросах ранней



**В НЕСКОЛЬКИХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ
МОСКВЫ В НАЧАЛЕ 2017 Г. ПРОХОДИЛ
ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ – «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ
ЗА 90 МИНУТ». ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО ПРОВЕСТИ
ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЗА ПОЛТОРА
ЧАСА ВПОЛНЕ РЕАЛЬНО, ЕСЛИ ПРАВИЛЬНО
ОРГАНИЗОВАТЬ ПРОЦЕСС**

диагностики и последующего диспансерного наблюдения за пациентами.

- На чем вы бы посоветовали сконцентрировать внимание врачам первичного звена в работе по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний?

– Я бы посоветовала уделять большое внимание агитации пациентов к прохождению профилактических обследований, направленных на выявление сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, в том числе среди людей, которые пришли в поликлинику по поводу ОРЗ или обострения бронхита. Особенно это касается людей молодого трудоспособного возраста, у



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**



СЕРГЕЙ БУДАРИН

**НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ
АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:**

“ Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

Осуществляет комплексные научные исследования в области создания стандартов качества управления ресурсами в системе здравоохранения и в деятельности медицинских организаций

- Разработка научных и методических подходов к проведению аудитов эффективности деятельности медицинских организаций
- Оценка уровня и доступности качества медицинской помощи, рациональности использования материальных и административных ресурсов
- Создание внутренних систем управления качеством и ресурсами на уровне медицинской организации и ее отдельных подразделений

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

которых традиционно уделяют мало внимания своему здоровью.

Второй совет – обращать особое внимание на образ жизни пациента и добиваться коррекции тех факторов риска, о которых я уже говорила. Это особенно важно у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и, конечно, у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Третий аспект. Как правило, врачи первичного звена фокусируются на лечении пациентов, выписке необходимых лекарственных препаратов в соответствии со стандартами, но зачастую упускают немедикаментозные методы лечения, хотя они крайне важны. Нужно по-



**В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ,
МЫ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ГОДА ПРОВОДИМ
ОБУЧАЮЩИЕ СЕМИНАРЫ ДЛЯ ВРАЧЕЙ В
ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ И СТАЦИОНАРАХ,
ПОСВЯЩЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИКЕ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СОВМЕСТНО РЕШАЕМ
СЛОЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ С
ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.**

нимать, как пациент питается, насколько он физически активен, в каких количествах употребляет алкоголь и соль – все это влияет на прогноз заболевания и конечный успех лечения. Если пациент правильно выполняет немедикаментозные рекомендации, возможно, ему удастся снизить дозу лекарств, а в некоторых случаях даже отказаться от некоторых из них.

Четвертый момент – важно, чтобы при назначении лекарственных препаратов врачи первичного звена учитывали их влияние на прогноз, имели в виду профилактику повторных сердечно-сосудистых событий.

– Каковы ближайшие приоритеты в совершенствовании системы профилактической работы с пациентами с болезнями кровеносной системы?

– Один из наших ближайших приоритетов – добиться того, чтобы процесс прохождения профилактических обследований был унифицированным и удобным для пациентов во всех городских поликлиниках Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В нескольких городских поликлиниках Москвы в начале 2017 г. проходил пилотный проект – «Диспансеризация за 90 минут». Оказалось, что провести первый этап диспансеризации за полтора часа вполне реально, если правильно организовать процесс: сконцентрировать необходимые кабинеты в одном профилактическом блоке, правильно продумать логистику прохождения обследований. Человеку должно быть удобно и комфортно проходить профилактические обследования. Ведь когда человек болеет, то готов посидеть в очереди и потерпеть, лишь бы получить необходимую помощь и улучшить свое состояние. А когда человек считает себя здоровым, он гораздо менее терпелив, поэтому важно, чтобы профилактические обследования проходили в комфортной обстановке и не занимали слишком много времени.

Второй приоритет – это повышение квалификации врачей по медицинской профилактике. В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы, мы в течение всего года проводим обучающие семинары для врачей в городских поликлиниках и стационарах, посвященные профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, совместно решаем сложные клинические задачи с целью повышения качества оказания профилактической помощи. Очень важно опираться и на лучший международный опыт по нашему направлению. 15–16 июня 2017 года в Москве состоялось значимое событие – X Юбилейная международная конференция «Профилактическая кардиология 2017», на которую приехали мировые лидеры кардиологии, в том числе Президент Всемирной федерации сердца, профессор Дэвид Вуд (David Wood), Президент Европейского общества профилактической кардиологии, профессор Диедерик Гробби (Diederick Grobbee), один из самых знаменитых из ныне живущих кардиологов мира – профессор Салим Юсуф (Salim Yusuf), которые поделились мировыми новшествами в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. В этом мероприятии участвовали 14 главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы по коморбидным направлениям и семь главных специалистов Минздрава России. Наша ключевая задача – сделать все возможное, чтобы профилактическая помощь по направлению сердечно-сосудистых заболеваний в городе Москве полностью соответствовала мировым стандартам.

В МОСКВЕ ПОЛНЫМ ХОДОМ ИДЕТ КОМПЛЕКСНЫЙ ПРОЕКТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Московское правительство второй год реализует комплексный проект по профилактике неинфекционных заболеваний. Этот проект был инициирован Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы совместно с Мосгордумой и Комиссией по здравоохранению и общественному здоровью под председательством Людмилы Стебенковой.

Идеальная модель

Проект очень масштабный и многогранный. Когда работа по нему началась, основной акцент был сделан на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, формирование у населения культуры ответственного отношения к собственному здоровью и повышение мотивации ведения здорового образа жизни.

Почему первоначально акцент был сделан на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний? В Москве, несмотря на активную работу властей в этом направлении, строительство сердечно-сосудистых центров, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний все еще остается на первом месте среди всех групп заболеваний, и находится на высоком уровне.

Конечно, Москва – это не единственный город, в котором так велика заболеваемость населения сердечно-сосудистыми заболеваниями. Только представьте, что ежегодно во всей России за год полностью вымирает целый город с населением порядка 1,4 млн человек. И причина только одна – заболевания системы кровообращения, отсутствие полноценной системы их профилактики, лечения и последующей реабилитации. Но именно Москва – как основной деловой и финансовый центр, имея самое лучшее оборудование и кадры, способна создать идеальную модель профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, их лечения. А в последующем осуществить трансляцию в другие регионы Москвы.



Елена АКСЕНОВА,
доктор экономических наук, кандидат педагогических наук, доцент, научный сотрудник Института организации здравоохранения и медицинского менеджмента департамента здравоохранения города Москвы



Для этого была разработана модель профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у широких слоев населения и информирования о рисках возникновения инфарктов и инсультов. Она предполагает применение активных форм взаимодействия с населением, организацию неформального контакта между врачом и пациентом, обучение человека и формирование у него устойчивых навыков контроля артериального давления, определение зоны рисков развития инфарктов и инсультов, ответственного отношения к сохранению здоровья личности.

Как это работает?

Разработанная модель профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди населения города Москвы при поддержке Московской городской думы была успешно апробирована Институтом в 2016 г. Для этого была спроектирована и проведена информационная кампания в четырех округах города Москвы.

Кампания по профилактике инсультов и инфарктов включала:

1. проведение информационной акции «Контролируй свое давление» (в парках города Москвы медицинские специалисты измеряли давление желающим, и опытные врачи-кардиологи оказывали консультации);
2. распространение профессиональной медицинской информации о рисках развития инфарктов и инсультов и простых правил их минимизации на доступном для широких слоев населения уровне (информационные буклеты, памятки, рекомендации);
3. лекции и расширенные консультации с главными внештатными специалистами Департамента здравоохранения города Москвы для всех желающих (главный кардиолог, главный терапевт, главный специалист по профилактике Департамента здравоохранения города Москвы);
4. доверительный разговор с доктором через ТВ и радиоканалы информирования (серия теле- и радиопередач о профилактике инсультов и инфарктов, ответы

в прямом эфире на вопросы горожан об услугах медицинских организаций);

5. размещение на плакатах и афишах города Москвы важной информации о необходимости контроля артериального давления как наиболее значимого фактора при развитии инфарктов и инсультов, симптомах инсультов и инфарктов, действиях при повышенном артериальном давлении.

По результатам апробации модели профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди населения города Москвы доказано приоритетное значение правильного выбора методов и средств донесения информации до различных категорий населения. Преимущество при выборе механизмов профилактики должно быть отдано информальному общению врача и пациента. Именно такой подход обеспечивает максимально полное восприятие человеком информации о медицинских проблемах, их предупреждении при оценке собственного здоровья, формирует доверительное отношение к деятельности врачей.

Как это работает? В условиях мегаполиса любому его жителю сложно отвлечься от постоянной «гонки», активной трудовой деятельности и уделить время на самообследование, профилактику заболеваемости. Несмотря на увлечение здоровым образом жизни, профессиональной и в то же время доступной информации о рисках развития тех или иных заболеваний явно недостаточно. И поэтому многие трактуют имеющиеся у них данные о собственном здоровье и выстраивают траекторию лечения, не прибегая к помощи специалистов. У большинства работающего населения Москвы сложились мифы о городских поликлиниках – что там всегда большие очереди, нет профессиональных специалистов, недостаточна приборная база для проведения обследования. Даже не пытаясь дойти до поликлиники, наши жители самостоятельно формируют видение о здоровом образе жизни, прибегая лишь к помощи интернета и приятелей. Что только усугубляет общую статистику по заболеваемости в Москве, особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями. В рамках проекта была предпринята попытка обеспечить доступ москвичей к профессиональной информации о правильном образе жизни, рисках развития сердечно-сосудистых заболеваний и механизмах их профилактики в местах, где нет необходимости записываться к врачу, стоять в очередях и наблюдать, как специалист вынужден вести запись всего, что говорит о себе человек. Мы создали условия «развенчания мифов» о недоступности медицинской помощи и отдельных узких специалистов. Для этого организовали площадки во всех парках Москвы. В выходные, когда москвичи проводят время с семьей, посвящая его себе и своим близким, врачи стали проводить публичные лекции, измерять артериальное давление и давать практические рекомендации для каждого желающего. При выявлении патологий или высокого риска развития заболевания врачи приглашали в поликлинику для проведения медицинского обследования. Заинтересованность населения Москвы была колоссальная. В парках Москвы такие мобильные медицинские площадки работали все лето, каждые выходные, и к врачам выростали целые очереди. И это были далеко не пенсионеры, а активное население – родители с детьми, молодежь. Через такие мобильные точки за месяц проходили более 30 000 человек. Москвичи могли задать любые вопросы о своем здоровье врачам, а врачи в этот момент могли выступить в роли консультантов здоровья, объяснить взаимосвязи между привычками человека и заболеваниями.

Следующий шаг

Подводя итоги этой программы и в интересах масштабирования модели профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Институтом разработаны инструкции

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



для медицинских работников по организации и проведению информационной акции «Контролируй свое давление»; методические рекомендации для врачей по проведению консультаций и методам взаимодействия с населением, способствующему привлечению внимания к собственному здоровью, а не болезням (например, в парковых зонах города Москвы); примерный план и сценарий проведения лекций и организации неформального общения с населением; информационные и методические материалы по теме. Также проведено установочное совещание с центрами здоровья и профилактическими отделениями городских поликлиник по проведению лекций и информационных акций в парках Москвы и других местах общественного досуга. В этом году, в продолжение проекта, были значительно расширены нозологии, по которым разрабатываются модели профилактики. Сейчас к сердечно-сосудистым заболеваниям добавлены заболевания пищеварительной системы, органов дыхания, сахарный диабет, онкология. По каждой группе заболеваний на основе международной шкалы рисков разрабатываются программы профилактики. Представляются модель правильного и здорового образа жизни. Сейчас мы готовим



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



АЛЕКСАНДР ЦИБИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача.

Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача

- Подготовка к внедрению систем менеджмента качества в различных сферах деятельности медицинских организаций
- Проведение обучающих семинаров и тренингов по работе с СМК для врачей и руководителей медицинских организаций
- Методическая и организационная поддержка при внедрении СМК

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТОВ И ИНСУЛЬТОВ

Факторами риска для развития инфарктов и инсультов являются:



Во-первых, неконтролируемое артериальное давление. Многие люди не измеряют давление, полагаясь на свои внутренние ощущения. Или не относятся с должным вниманием к показателям тонометра. Но игнорировать высокое давление никогда, ни при каких обстоятельствах нельзя.



Второй фактор риска - это повышенный уровень холестерина. С ним тоже все очень сложно. Холестерин не болит, его рост человек не ощущает, а чтобы измерить его уровень, нужно идти в лабораторию. Люди не задумываются над тем, какой у них уровень холестерина и упускают шанс предотвратить образование атеросклеротических бляшек.



Третий фактор риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, который оказывает влияние на качество жизни человека - это ожирение и малоподвижный образ жизни.

просветительский фильм, и уже осенью будет проведена серия информационных акций в организациях социальной сферы, направленных на популяризацию здорового и активного образа жизни, а также профилактику неинфекционных заболеваний. Как уже стало традиционным, акции будут проведены профессиональными врачами, сотрудниками поликлиник и центров здоровья, профилактических отделений.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ СТАТИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТЬ
СКОРАЯ ПОМОЩЬ РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕМИНАРЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
МЕДСЕСТРА ТЕОРИЯ ПОДГОТОВКА ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ
ОЦЕНКА КВАЛИФИКАЦИЯ НАУЧНАЯ КОНКУРЕНЦИЯ ПОМОЩЬ
МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ПОЛИКЛИНИК НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕШЕНИЕ
ТОМОГРАФИЯ МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ВРАЧА МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ МОСКОВСКИЙ СТАНДАРТ ВРАЧА
ПАЦИЕНТЫ BIG DATA МОДЕЛИРОВАНИЕ МОДЕРНИЗАЦИЯ МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА УСЛУГИ
КОНЦЕНТРАЦИЯ РЕСУРСОВ МЕДИКАМЕНТЫ МЕТОДОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКА
КОМПЕТЕНЦИИ КОНФЕРЕНЦИИ КОММУНИКАЦИИ КРИТЕРИИ ПРОГРАММА
СТРУКТУРА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАСЧЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
СИМПОЗИУМ ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ МЕДСЕСТРА ПОЛИКЛИНИКА
ОБОСНОВАННЫЙ ВЫБОР ДОКУМЕНТАЦИЯ КОНТРОЛЬ МЕГАПОЛИС СИСТЕМА ЗНАНИЙ
РЕЗУЛЬТАТ ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВО НОВЫЕ ЗНАНИЯ
РЕСУРСЫ ОЦЕНКА НАУКА ЛЕЧЕНИЕ ВЕБИНАРЫ ВРАЧ ИНТЕГРАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ТЕХНОЛОГИИ ПАЦИЕНТЫ ГАСТРОСКОПИЯ БИОМЕДИЦИНА ОБОСНОВАНИЕ
ПОЗНАНИЕ МИРА ЗНАНИЯ АНАЛИЗ ДИАЛОГ МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ЛЕКАРСТВА РЕШЕНИЕ МАРШРУТЫ АМБУЛАТОРИЯ ИЗУЧЕНИЕ ПОИСК МЫШЛЕНИЕ ЗОЖ
СИСТЕМНОСТЬ ЗАДАЧИ АЛГОРИТМ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗВИТИЕ ПАЦИЕНТЫ
УСЛУГИ КОНСУЛЬТАЦИИ АНКЕТИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПАЛЛИАТИВ
КАЧЕСТВО ЭКОНОМИКА ОБРАЗОВАНИЕ ГЛОБАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНИЦА КАДРЫ ПРАКТИКА ФОНДЫ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ИНФОРМАТИЗАЦИЯ БЮДЖЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИКАЗЫ НОВОСТИ
ДОСТУПНОСТЬ ОТКРЫТИЕ МНЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ МОДЕЛЬ ТРУДОВАЯ ФУНКЦИЯ
СТАЖИРОВКИ ПАРТНЕРСТВО ИННОВАЦИИ ГОРОДСКАЯ СРЕДА СИСТЕМА
ТРЕНИНГИ ПРОЦЕСС ОПЫТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПАРТНЕРСТВО
СОТРУДНИЧЕСТВО МЕТОДИКИ ИНТЕЛЛЕКТ ИННОВАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС ПСИХИАТРИЯ КОНГРЕССЫ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КВАЛИФИКАЦИЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭКСПЕРТЫ
СТАЦИОНАР КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПРОС КОММЕНТАРИИ КОНСАЛТИНГ
ЭКСПЕРТИЗА НАДЕЖНОСТЬ МЕДТЕХНИКА РЕФОРМЫ МЕДИЦИНСКИЕ
РИСК ОПТИМИЗАЦИЯ МИРОВОЙ УРОВЕНЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ
РЕКОМЕНДАЦИИ МОТИВАЦИЯ ПРОЕКТ ОПИСАНИЕ НАУЧНОЙ ПЛАТФОРМЫ
РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЯ НАУЧНОЕ ПОЗНАНИЕ ЦИФРЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
НОВОСТИ ОБУЧЕНИЕ ОБОБЩЕНИЕ ЗНАНИЙ ПАТЕНТЫ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ
СТАНДАРТЫ ПРОГРЕСС НАУЧНЫЕ РАБОТЫ ПРИОРИТЕТНОЕ
СИСТЕМА КООРДИНАТ ПСИХИАТРИЯ ПРОЕКТЫ ТВОРЧЕСКИЙ ПОИСК РЕ
ПРЕПАРАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТ УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ
ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

НЕОБХОДИМ КОНСЕНСУС

Согласно данным статистики, в России доля болезней системы кровообращения (БСК) в числе причин смерти отличается, а по некоторым нозологиям, в частности ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркту миокарда (ИМ), – значительно, от стран Европы и США. Вызвано это целым рядом взаимосвязанных причин, в том числе организационного характера. Сегодня пути решения проблемы находятся в фокусе внимания специалистов.



Олег ОРЕХОВ,
главный внештатный
специалист по патологической анатомии
Департамента здравоохранения города
Москвы

Один из показателей качества медицинской помощи населению – смертность от определенных классов заболеваний. Этот показатель позволяет рассчитать потребность в медицинской помощи, скорректировать тактику ведения пациентов, подходы к организации оказания медицинской помощи тем или иным категориям пациентов. По данным патологоанатомической службы, в настоящее время как в России, так и в Москве основные причины смерти – болезни системы кровообращения (БСК), онкологические заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения. Но более 50% смертей по данным, полученным в ходе вскрытий тел умерших в стационарах (см. Приложение 1, табл. 1), приходится все-таки на БСК. Еще больший процент БСК диагностируется у умерших на дому (см. Приложение 1, табл. 2). Такое положение дел, очевидно, диктует необходимость уделять пристальное внимание больным этой группой заболеваний и прилагать усилия, направленные на выстраивание этим пациентам максимально эффективной системы медицинской помощи.

Очевидно также и то, что для четкого понимания и оценки уровня смертности от болезней системы кровообращения необходим строгий и четко выстроенный статистический учет. В настоящее время в этой области есть определенные сложности, на которые хотелось бы обратить особое внимание.

В первую очередь, для правильного ведения статистического учета необходима качественная и правильная диагностика заболеваний как при жизни, так и во время вскрытия.

В своей работе патологоанатомы часто сталкиваются с патологическими изменениями в органах, которые оцениваются стереотипно. Очевидно, что некроз миокарда – общепатологический процесс, который имеет место и при инфаркте миокарда

(ИМ). Однако причины у таких изменений сердечной мышцы могут быть разными: как коронарогенными – обусловленными атеросклеротическим поражением коронарных артерий сердца, так и некоронарогенными – обусловленными васкулитами, различной природы эмболиями коронарных артерий и т.д. Последние не могут быть отнесены к ишемической болезни сердца. Патологоанатому важно не просто зафиксировать посмертные изменения в организме, но и понять причину этих изменений, проследить, с чем эти зафиксированные при вскрытии изменения связаны, определить роль коморбидных состояний.

Второй шаг – систематизировать полученные данные, вписать их в некую универсальную и понятную всем классификацию. Один из основоположников патологической анатомии Карл Рокитанский (Carl von Rokitansky, 1804–1878) указывал, что работа патологоанатома состоит из трех действий: вижу, описываю, классифицирую. Сложность такой классификации сегодня заключается в стремительном развитии клинической медицины. В ходе исследований и практики постоянно уточняются данные о причинах развития тех или иных нарушений в работе организма, систем органов и отдельных органов. Все эти данные должны быть учтены при классификации патологического процесса, что сделать очень сложно даже чисто технически.

Финальная стадия анализа такого рода данных – формулировка патологоанатомического диагноза и, собственно, с целью учета кодировка заболевания, которой во всем мире занимаются не столько клиницисты или патологоанатомы, сколько медицинские статистики.

Действующая система кодификации, прописанная в МКБ-10, существует уже очень давно, почти 20 лет. К ней постоянно издаются уточнения, но до нас в виде официальных документов они доходят далеко не всегда. А МКБ-10 – рабочий инструмент патологоанатома. Именно он позволяет специалисту правильно оформить медицинское свидетельство о смерти, на основе которого и строится статистический учет причин смерти населения.

Все эти нюансы должны учитываться в работе патологоанатома для того, чтобы уходить от стереотипных представлений и ставить диагноз максимально точно. Последние пять лет несколько групп специалистов, взаимодействуя между собой, пытались сопоставить различные виды классификаций: клинические, патологоанатомические и статистические, т.е. МКБ-10, для того чтобы выработать общие подходы к диагностике причин смерти. В том числе и случаев смерти от БСК. В этом вопросе необходимо достигнуть консенсуса.

Статистическая неопределенность

Больше года назад – 11 мая 2016 г. в Москве в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» состоялся круглый стол «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности (БСК): вопросы и проблемы». Его участники говорили о том, что неправильное заполнение медицинских свидетельств о смерти, несовершенная практика кодирования заболеваний, несоблюдение правил «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10) по выбору первоначальной причины смерти, внесение изменений в определения заболеваний и отдельных состояний, в клинические классификации, непонимание и отторжение клиницистами отдельных формулировок, используемых в МКБ-10, приводят к значительному искажению показателей смертности от ИБС в Российской Федерации (РФ). Что, в свою очередь, усложняет статистическую оценку динамики и нозологической структуры смертности населения, препятствует сопоставлению показателей смертности с другими странами, мониторингу, планированию и оценке эффективности программ профилактики и организации медицинской помощи.

Дискуссия легла в основу публикации в Российском кардиологическом журнале «Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца – есть ли возможность объединения?» [1], в которой авторы подчеркивали, что в настоящее время между различными профессиональными медицинскими обществами и научными школами существуют трудности в согласовании отдельных понятий, терминов, а также критериев диагностики отдельных БСК.

Сложилась ситуация, при которой по различным причинам (административным, с учетом профильности лечебного подразделения и стремления избежать расхождений диагнозов) при формулировании диагноза упускается клиническая сущность патологического процесса. Это приводит к неверному статистическому учету, затрудняет процесс обучения студентов и ординаторов. Многие специалисты не знакомы или пренебрегают подходами, изложенными в МКБ-10, и настаивают на использовании формулировок диагнозов в соответствии с представлениями различных отечественных клинических и научных школ. Клиницисты не всегда согласны с предлагаемой МКБ-10 оценкой взаимосвязей между первоначальной причиной смерти и осложнениями, основным заболеванием и коморбидными состояниями. Одна из главных причин непонимания многих положений МКБ-10 в том, что изложенные в ней инструкции написаны для специалистов по статистике

(для кодировщиков), наличие медицинского образования у которых не является обязательным в некоторых странах. Так, в США кодирование случаев смерти проводится специалистами по статистике, в то время как в бланках медицинских свидетельств о смерти, заполняемых врачами, графа «код по МКБ-10» вообще отсутствует. В РФ Приказом Минздрава России №398 от 4 декабря 1996 г. «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» обязанность кодирования первоначальных причин смерти при заполнении медицинских свидетельств по МКБ возложена на руководителей медицинских организаций, в последующем она «переадресована» практикующим врачам – клиницистам, патологоанатомам, судебно-медицинским экспертам. Этот Приказ относился к МКБ-9, но в последующем не пересматривался.

Кроме того, МКБ предусмотрена для стран с разным уровнем ресурсного обеспечения системы здравоохранения. Такие формулировки, как «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (I25.0) и «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1), возможно, были предусмотрены только для тех мест, где медицинская помощь оказывается без наличия современного оборудования. Но, несмотря на то, что у кардиологов вызывает сомнение целесообразность использования в клинической практике терминов/кодов МКБ-10, которые не имеют ясных дефиниций и критериев диагностики, не «диагностируются» прижизненно и/или на вскрытии, доля смертей от причин, обозначенных такими кодами, в медицинских свидетельствах о смерти (особенно среди пожилого населения) в России значительна. Согласно данным Росстата (2015 г.), доля смертей от таких причин, как «Атеросклеротическая болезнь сердца», «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная», «Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная», «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца», «Другие формы острой ишемической болезни сердца», составляет 88% числа умерших от ИБС в возрасте старше 60 лет.

Кроме того, авторы статьи обратили внимание на то, что в настоящее время в российской клинической практике используются классификации острого коронарного синдрома (2006 г., 2007 г., 2015 г.), стабильной стенокардии (2008 г.), но нет классификации, отражающей хронические формы ИБС (по классификации МКБ). Никто не отменял классификацию ИБС, разработанную ВОЗ (1979 г.), модифицированную ВКНЦ и принятую АМН СССР в 1984 г., но ею невозможно пользоваться, так как такие клинические диагнозы не соответствуют терминам и кодам МКБ-10, в которую, к тому же, ежегодно вносятся уточнения и дополнения. Вносимые в МКБ изменения суммируются и утверждаются комитетом экспертов ВОЗ (WHO ICD-10 Update Reference

Committee), основанным в 1999 г., для применения всеми странами – членами ВОЗ. Поэтому МКБ-10 от 2016 г. уже значительно отличается от принятой 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1989 г. и переведенной на русский язык в 1995 г. В то же время официальной публикации ВОЗ русскоязычной версии МКБ-10 от 2016 г. не существует. В настоящее время Сотрудничающим центром ВОЗ в России по семейству международных классификаций планируется перевод новой версии МКБ-10 2016 г., ее утверждение в ВОЗ и в Минздраве России [2]. В данной статье мы использовали свой (неофициальный) перевод. Следует отметить, что пока нет оснований рассчитывать на то, что разрабатываемая ВОЗ для использования в электронной среде МКБ-11 и представленная 12–14 октября 2016 г. на конференции в Токио в ближайшие несколько лет будет внедрена в практику.

Следует отметить, что проблемы статистической «интерпретации» клинических диагнозов (и наоборот) имеются, вероятно, во всех странах мира. Так, в США в практической работе врачи используют отличающиеся от МКБ-10 формулировки диагнозов. Для учета случаев обращения за медицинской помощью и компенсации затрат медицинскими организациями используется клиническая модификация МКБ-10 (ICD-10-CM), созданная в США и не являющаяся документом ВОЗ. Для ведения регистров пациентов с определенным заболеванием/состоянием используются особые формулировки и созданное для этих целей программное обеспечение.

В сравнении с другими

Ведущие специалисты ГНЦ профилактической медицины МЗ РФ, Центра демографических исследований Российской экономической школы провели сравнительный анализ стандартизованных показателей смертности от БСК среди мужчин и женщин старше 50 лет в России и США [3]. Источник данных по смертности в США – WHO mortality database (WHO MD); о населении США по пятилетним возрастным группам – Human Mortality Database (HMD); в России – данные Росстата. Рассчитаны возрастные и стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) от БСК. Для стандартизации коэффициентов смертности использовали данные о Европейском стандартном населении на 2013 г. (2013 European Standard Population; ECH-2013). СКС получены для возрастов 50 лет и старше. *Результаты.* По 23 трехзначным кодам показатели мужской смертности в США были выше, чем в России (в структуре женской смертности таких кодов было 28). Доля таких смертей в России от числа смертей от БСК составила 6,5% (и для мужчин, и для женщин), в США – 36,8 и 40% соответственно. Почти 99% различий в превышении СКС от БСК между странами

определяют 8 групп причин у мужчин и 6 у женщин. Анализ по 4-значным кодам МКБ показал, что почти 40% случаев смерти из класса БСК и в России, и в США имеют четвертую цифру кода МКБ-10 «8» или «9» и сопровождаются расшифровками «другие» и «неуточненные» или формулировками заболеваний, которые не используются в клинической практике – их нет в российских или американских клинических рекомендациях профессиональных сообществ. Несмотря на существующие правила МКБ, на основании проведенного анализа можно утверждать, что эти правила трактуются по-разному в разных странах, в результате чего мы получаем несопоставимые данные. Авторы пришли к выводам, что сравнение показателей смертности, основанных на существующих сегодня правилах кодирования МКБ, не позволяет проводить корректное сравнение и оценивать роль финансирования и организации медицинской помощи в различии в показателях смертности двух стран. В дальнейшей работе «Сравнение показателей смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин старше 50 лет в России и США» (Бойцов С.А., Зайратьянц О.В., Андреев Е.М., Самородская И.В. Российский кардиологический журнал 2017;6(146):100–107) авторы сравнивают ситуацию в двух странах.

Проведенный анализ выявил разнонаправленное соотношение показателей смертности в РФ и США от ИБС в целом и ее острых форм (в том числе ИМ) в частности. С одной стороны, в РФ наблюдается существенное превышение зарегистрированного уровня смертности от ИБС по сравнению с США и более высокая доля хронических форм ИБС в структуре смертности. С другой – более низкая частота зарегистрированного ИМ в качестве причины смерти, но при этом более высокая частота «других острых форм ИБС» (внезапной коронарной смерти/острой коронарной недостаточности). Также выявлены существенные различия в структуре регистрируемого ИМ как причины смертности населения.

Этот комплекс различий между странами можно объяснить несколькими причинами.

1. Объективными факторами, обуславливающими в РФ высокие показатели смертности от ИБС в целом и отдельных ее форм в частности, такими как более высокая распространенность факторов риска (ФР) ССЗ, более высокая и ранняя заболеваемость ИБС, особенности организации оказания медицинской помощи населению.

2. Субъективными факторами, такими как необоснованное во многих случаях вынесение хронических форм ИБС в качестве причины смерти (в РФ) в случае их подтверждения у пациента еще при жизни и недостаточная диагностическая активность других причин смерти, в том числе острых форм ИБС, у пациентов, имеющих какое-либо хроническое



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



АРТЕМ ЭМАНУЭЛЬ

К.Т.Н.

“ Нам мало быть успешными.
Нам важно быть лидерами!

Научные исследования по менеджменту качества в сфере здравоохранения и лабораторной медицины

- Разработка методологии внедрения систем менеджмента качества
- Адаптация и разработка инструментов менеджмента качества для здравоохранения и лабораторной медицины
- Организация и проведение тренингов и семинаров
- Бережливое производство в сфере лабораторной медицины
- Управление рисками
- Анализ экономической эффективности систем менеджмента качества

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

заболевание при жизни (низкий процент выполнения аутопсий при том, что в РФ большая часть смертей наступает вне медицинских организаций, в отсутствие медицинского работника, до забора крови на биомаркеры некроза миокарда (БНМ).

3. Различием в подходах к оценке одного и того же явления. Так, совершенно очевидно, что в России и США по-разному подходят к кодированию случаев повторного ИМ. Если в США он включается в рубрики I21.-, то в РФ он учитывается в рубриках I22.- на основании буквального понимания неточного перевода этих рубрик на русский язык. Кроме того, в РФ в случае смерти от ИМ в большинстве случаев дается характеристика ИМ по глубине поражения и локализации, тогда как в США эти характеристики не выносятся и/или не учитываются при статистической разработке.

4. Влиянием факторов политического или экономического характера на принципы статистической разработки заболеваний в том или ином государстве, которые могут приводить к неправильным выводам в оценке состояния общественного здоровья населения, в том числе смертности от ИБС и ее отдельных форм.

Авторы отмечают, что СКС от всех форм ИБС среди мужчин в возрасте 50 лет и старше в России составил 2153,1, в США – 712,6, а среди женщин соответственно – 1288,3 и 421,2. Таким образом, СКС от ИБС среди мужчин, и среди женщин данной возрастной группы в России в 3 раза выше, чем в США. Однако и в России, и в США доля ИБС среди умерших от БСК составляет около 50%.

В Приложении 1, табл. 5 сгруппированы показатели СКС от различных форм ИБС, представленных 3-значными кодами МКБ-10, и их удельный вес в процентах от общего числа умерших от БСК, а в Приложении 1, табл. 6 – СКС от ИБС, представленных 4-значными кодами МКБ-10.

Выявляется парадоксальный факт: доля смертей от «острых форм» ИБС от общего числа умерших от ИБС в России в 1,8 (среди мужчин) и 2,3 (среди женщин) раза ниже, чем в США. Доля летальных исходов от «острых форм» ИБС (коды МКБ-10: I20.0, I21, I22, I23, I24) от общего числа умерших от ИБС составляет соответственно 19,5% и 34,2% (мужская смертность Россия, США), 14,9% и 34,7% (женская смертность Россия, США).

Смертность от острого ИМ (код МКБ-10: I21) в России среди мужчин и женщин в 1,6 раза ниже, чем в США (Приложение 1. табл. 3, 4). Представляет интерес то, что доля кода I21.9 (МКБ-10: «Острый ИМ неуточненный», см. Приложение 1) в США среди мужской смертности от острого ИМ составляет 99,87% (то есть на все остальные коды для острого ИМ приходится только 0,13%). В то время как в России доля смертей от острого ИМ неуточненной локализации

(с кодом I21.9) в структуре смертности от острого ИМ составляет только 29,7% среди мужчин и 26% среди женщин; доля смертей от острого трансмурального ИМ передней стенки (код I21.0) – 32,6% и 35,6%; нижней стенки (код I21.1) – 11,4% и 12,2%; других уточненных локализаций (код I21.2) – 20,4% и 20,6%. Следовательно, точность верификации вида и локализации ИМ в РФ примерно в 3 раза выше, чем в США.

Следует отметить, что в соответствии с обновленными в последние годы правилами МКБ-10, пока не опубликованными на русском языке, рубрика I22. – «Повторный ИМ» не рекомендуется для использования в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности, хотя она традиционно, в соответствии с изданием МКБ-10 от 1995 г. (т. 1, часть 1, с. 489) и по действующим рекомендациям, в том числе общества патологоанатомов, применяется в России [3].

Обращает внимание, что в США (как и на аутопсиях в России) не регистрируются причины, которые, согласно правилам МКБ, не могут рассматриваться как «первоначальная причина смерти». Это рубрики «осложнения острого ИМ» (коды I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8). Однако доля таких случаев в РФ, по данным Росстата, от общего числа смертей от БСК составила 1,15%.

Значительное превышение смертности в возрастах старше 50 лет отмечается в России по рубрике «Другие формы острой ИБС» (код I24) среди женщин (в 22 раза) и среди мужчин (в 35 раз) (см. Приложение 1, табл. 3). В целом смертность от «острых форм» ИБС по 3-значным кодам I21–I24 в России выше, чем в США: среди женщин (в 1,3 раза) и среди мужчин (в 1,7 раза) старше 50 лет.

Всего на долю хронических форм ИБС приходится в России 42,86% смертей мужчин, умерших от БСК, в США – 36,86%; среди женской смертности – 40,17% и 30,79%. Доля хронических форм ИБС в смертности от всех форм ИБС составляет в России 80,5% среди мужчин и 85,1% среди женщин; в США – 65,8% и 65,3% соответственно.

Среди хронических форм ИБС показатели смертности в России ниже от «Атеросклеротической сердечно-сосудистой болезни, так описанной» (код I25.0; среди мужчин в 1,3 раза; среди женщин в 1,3 раза). Доля смертей от этой причины в общем числе смертей от БСК в России среди мужчин – 1,9%, в США – 7,7%, среди женщин – 1,7% и 6,3%. Этот код значительно реже используют в РФ (на аутопсиях не применяют в соответствии с рекомендациями Российского общества патологоанатомов) [4]. На вскрытиях в РФ традиционно вместо этой причины обычно указывается атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз (код МКБ-10 I25.1 «Атеросклеротическая болезнь сердца»). Несмотря на значительно более высокие СКС от

«Атеросклеротической болезни сердца» (I25.1) в России по сравнению с США (среди мужчин показатели смерти выше в 3 раза, среди женщин – в 3,5 раза), доли смертей от этой причины в общем числе смертей от БСК в России и США сопоставимы (в России среди мужчин – 24,5%, в США – 25,4%, среди женщин – 25,5% и 22% соответственно).

Наиболее значительное превышение показателей смертности в России отмечается по коду I25.2 (Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда), СКС в России выше, чем в США по этому коду в 867 раз среди мужчин и 674 раза среди женщин. Такие различия, вероятно, можно объяснить исключительно особенностями кодирования причин смерти в РФ. Данный код, согласно правилам МКБ-10 от 2009 г., не должен использоваться в качестве «первоначальной причины смерти», но в РФ это правило внедрено письмом Минздрава России (№14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10») только в 2011 г. Следует, однако, отметить, что те же правила предписывают, что если в медицинском свидетельстве о смерти указана только одна причина смерти (заполнена только одна строка части I свидетельства, что нарушает требования МКБ и отечественные рекомендации), то она и выбирается в качестве первоначальной причины смерти.

Почти идентичные показатели смертности среди мужчин регистрируются при «Ишемической кардиомиопатии» (I25.5), но среди российских женщин смертность от данной причины в 1,7 раза выше, чем среди женщин в США. Доля смертей от этой причины (от числа всех смертей от БСК) в США выше, чем в России.

Несмотря на то что более 15 лет назад, в 2001 г., был опубликован аналитический обзор ВОЗ, в котором рассматривался вопрос различий в СКС, обусловленный подходами и принципами кодирования причин смерти, проблема является до сих пор чрезвычайно актуальной [5]. Это подтверждалось в ряде других последующих исследований. По данным I. Saito и соавт., показатели смертности от ИБС в США и Японии, основанные на государственной статистике, в возрасте 30–69 лет различались почти в 6 раз. Но при использовании единых критериев оценки причин смерти показатели смертности от ИБС среди мужчин в США были выше, чем в Японии, в 4,7 раза, среди женщин – в 3,9 раза [6]. По данным С. Grey и соавт., результаты исследования, проведенного в Новой Зеландии (на основании национального персонифицированного регистра, включающего все случаи госпитализации и смерти от ИБС), свидетельствуют, что использование разных подходов к оценке первоначальной причины смерти приводило к вариабельности доли смертей от ИБС от 24–25% до 37–39% [7].

В том же докладе ВОЗ (2001) R. Lozano и Ch.J.L. Murray указывали, что в России используются нестандартные (другие, чем предписывает МКБ) подходы к классификации причин смерти [5]. На это указывали и результаты российских исследований, выполненных как в тот же период, так и значительно позже указанной публикации [8, 9]. Обращая особое внимание на более низкие показатели смертности от ИМ в России по сравнению с США в нашем исследовании, хотелось бы отметить три наиболее вероятные причины.

1. Гиподиагностика острого ИМ в РФ, на что указывают «ножницы» в СКС от ИМ и от «Других форм острой ишемической болезни сердца» (код I24) в США и РФ. Этому в определенной мере способствует заполнение медицинских свидетельств о смерти без патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия. Фактически истинная частота ИМ у умерших вне стационаров остается неуточненной. Важно также учитывать и определенные трудности морфологической диагностики острых форм ИБС на вскрытиях у умерших вне стационаров из-за скудной клинической информации и отсутствия макроскопических изменений миокарда в течение первых часов от развития его ишемии. Макроскопические пробы на ишемию миокарда (с теллуридом калия или нитросиним тетразолием) в настоящее время практически не используются, а последующее гистологическое исследование нередко малоинформативно. Поэтому удельный вес острых форм ИБС среди умерших вне стационара на аутопсиях также может быть ниже истинных значений. Но эта причина не может полностью объяснить различия в СКС между РФ и США: в США процент вскрытий в 3 раза ниже, чем в России (около 9%) [10].

2. Различия в подходах к оценке одного и того же явления. Так, совершенно очевидно, что в России и в США по-разному подходят к кодированию случаев повторного ИМ. Рецидивирующим (или повторным – согласно МКБ-10 от 1995 г.) принято называть ИМ, развившийся в срок менее чем через 28 сут от момента первого ИМ (от начала предыдущего инфаркта). Однако традиционно в отечественной медицине, и как было в МКБ-9, все новые события до 3 сут считают «распространением зоны ИМ», «затяжным течением ИМ»; рецидивом считается ИМ, возникший после 3 сут от начала предшествующего («острого») ИМ, а повторным – если он развился через 28 сут и позже от предыдущего. Поэтому в РФ до настоящего времени принято применять код I22 для ИМ, который, согласно правилам МКБ-10, должен кодироваться как I21. В определенной мере различия в диагностике (и указании причины смерти) могут быть связаны с внедрением в практику новых международных консенсусов по ИМ

(«Второе универсальное определение инфаркта миокарда» в 2007 г. и «Третье универсальное определение инфаркта миокарда» в 2012 г.), рекомендованных для формулировки причин смерти в РФ только в 2014–2015 гг. [11, 12] и поразному трактуемыми отечественными специалистами

Примеры:

I25.1 Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии.

I25.10 Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии без стенокардии.

I25.11 Атеросклеротическое поражение нативной коронарной артерии с наличием стенокардии и т.д.

по статистике и врачами (клиницистами и патологоанатомами) рекомендациями МКБ по регистрации ИМ в качестве основного заболевания или осложнения у больных онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом и бронхиальной астмой.

3. Факторами, не связанными с клиническим диагнозом и правилами МКБ. Так, например, согласно данным N.C. Sacks и соавт. (2015), в США значительные изменения в практике кодирования ИМ произошли в 2006–2008 гг., когда были приняты политические решения, касающиеся компенсации затрат на лечение. Авторы считают, что такие изменения способствуют неправильным выводам по оценке состояния общественного здоровья.

Обращает внимание, что значительная доля смертей от ИБС приходится на причины, которые не используются в клинической практике в качестве диагнозов при обращении за медицинской помощью или при выписке из стационара. Так, например, такие причины смерти, как «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1) и «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (I25.0) для врачей в Российской Федерации не имеют клинических критериев для постановки данных диагнозов, логических объяснений и обоснований, клиницисты не могут интерпретировать такие формулировки как причины летальных исходов. С точки зрения патологоанатомов, основанной на отечественных и зарубежных традициях, термин «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1) соответствует понятию «атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз», которое более понятно клиницистам, и по старым классификациям ИБС в России и рекомендациям зарубежных морфологов является морфологическим субстратом клинических форм – стенокардии или хронических форм ИБС без постинфарктного кардиосклероза. Патологоанатомы до

сих пор придерживаются именно такого подхода, хотя в клинической практике эти термины не используются [13]. Тем не менее эти коды, судя по данным статистики при заполнении свидетельств о смерти, используются в России достаточно часто, особенно I25.1. Кроме того, ошибочно используется код I25.0, несмотря на запрет его использования. Вероятно, эти коды активно используются участковыми врачами, фельдшерами в сельской местности, в случаях смерти пожилых лиц, без заболеваний с четко очерченной симптоматикой, не получавших лечение и не обращавшихся за медицинской помощью в медицинские организации [14]. В США в клинической модификации МКБ вместо термина «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1) присутствуют определения, которые фактически идентичны пониманию этого кода российскими патологоанатомами.

Следует отметить, что клиническая модификация МКБ (ICD-10-CM) не является документом ВОЗ и используется в службе национальной статистики США для анализа ситуации с заболеваемостью, оказанием медицинской помощи, формирования клинически связанных групп с целью последующей компенсации затрат на оказание медицинской помощи. В то же время, несмотря на тот факт, что в клинической модификации МКБ (США <http://icdlist.com/icd-10/I25>) нет кода I25.0, доля смертей с таким кодом в США составляет 7,6 среди мужчин и 6,3 среди женщин, что значительно выше, чем в России. Казалось бы, благодаря клинической модификации, которая все разъясняет, такой код не должен использоваться. Но в США врач не кодирует причины смерти, он только устанавливает диагноз в привычных для него терминах с использованием общепринятых клинических классификаций, а затем специалисты в области статистики «подбирают» код в соответствии с принципами кодирования, изложенными в МКБ и заложенными в программное обеспечение.

Таким образом, использование того или иного кода в статистике смертности в значительной степени зависит от принятой системы кодирования болезней. И, как видно из данного примера, подход, используемый в США, нельзя назвать более оптимальным с точки зрения понимания нозологической структуры смертности.

Учитывая, что суммарно доля таких причин, как «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1) и «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (код I25.0) в России и в США очень близка среди женщин (27,2% и 28,3%) (несколько более значительное различие среди мужской смертности – 26,4% и 33,1%), можно предположить, что это случаи смерти пожилых людей на дому, без сердечно-сосудистых катастроф, требующих госпитализации, и без жизнеугрожающих коморбидных состояний.

Следует отметить, что результаты аутопсий мало влияют на нозологическую структуру смертности от ИБС, оцениваемую на основании базы данных Росстата. Причина в том, что патологоанатомические вскрытия охватывают только 1/3 от общего числа умерших (в Москве в 2016 г. патологоанатомическая служба вскрыла 37,6% всех умерших), и их результаты нельзя признать репрезентативными для всей выборки. Так, например, наиболее высокие показатели патологоанатомических вскрытий за последние годы в России (в 2014–2015 гг.) составили в 2014 г. 20,1% и в 2015 г. 21,6%. Еще до 10% умерших ежегодно вскрывают в системе бюро судебно-медицинской экспертизы. В итоге показатель вскрытий в целом к 2014–2015 гг. впервые немного превысил значение в 30%, однако обобщения их результатов не производилось [15]. Процент вскрытий умерших на дому по данным ОМО по патологической анатомии ДЗМ значительно выше в Москве (в 2016 г. 53,4%) и некоторых других субъектах РФ (https://www.medvestnik.ru/content/news/Vrachi-priznalis-v-manipulyaciyah-s-realnymi-prichinami-smertnosti-pacientov.html?utm_campaign=letternews_2017.04.24&utm_medium=letter&utm_source=letternews (Дата обращения 24.04.2017)).

В отличие от внебольничной летальности, процент вскрытий умерших в стационарах значительно выше (в Москве выше 60%) (https://www.medvestnik.ru/content/news/Vrachi-priznalis-v-manipulyaciyah-s-realnymi-prichinami-smertnosti-pacientov.html?utm_campaign=letternews_2017.04.24&utm_medium=letter&utm_source=letternews (Дата обращения 24.04.2017); Centers for Disease Control and Prevention. Stroke statistics. URL: <https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm> (Дата обращения 10.05.2017)).

В то же время, если сравнить даже такие ограниченные данные, очевидны их значительные отличия от данных Росстата (см. Приложение 1, табл. 4), что сближает структуру смертности от ИБС для умерших вне стационаров с ее показателями в США.

Таким образом, показатели и их вклад в структуру смертности от ИБС, основанные на результатах патологоанатомических вскрытий, особенно умерших в стационарах, кардинально отличаются от данных Росстата, но близки к статистике США.

Чрезвычайно высокие СКС от «Других форм острой ИБС» (коды I24) в России связаны, с нашей точки зрения, с отсутствием общепринятых и описанных в МКБ-10 критериев диагностики таких причин смерти, как «Другие формы острой ишемической болезни сердца» и «Острая ИБС неуточненная» и с ошибочным использованием этих кодов для случаев «внезапной смерти», в частности на фоне злоупотребления



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ВАДИМ АНДРУСОВ

ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛА ИССЛЕДОВАНИЙ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ:

“ Наш институт способен стать ответственной организацией – разработчиком профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

Проводит экспертную оценку разрабатываемых нормативных актов в системе здравоохранения

- Экспертная оценка нормативных правовых актов и их проектов по организации и проведению медицинских осмотров работников
- Проведение обучающих семинаров по разработке и применению профессиональных стандартов в сфере здравоохранения

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

алкоголем [16]. Однако до сих пор нет однозначного мнения среди специалистов о том, насколько значимо алкоголь влияет на показатели смертности, особенно «острой» кардиальной смертности [17]. Считают, что утверждение о подмене смертей, ассоциированных с приемом алкоголя, диагнозом «Другие формы острой ИБС» не вполне обосновано, как и отрицание связи между уровнем потребления алкоголя и смертностью от БСК/ИБС. С нашей точки зрения, значительно более высокие в России показатели смертности от «Других форм острой ИБС» (кода I24), возможно, связаны с тем, что на практике нередко используют данный код не только для доказанной внезапной коронарной смерти (недостаточности), как этого требуют рекомендации, в частности общества патологоанатомов, но и для неуточненной внезапной смерти, в том числе при подозрении на ИМ, т.е. фактически это групповое понятие используется для случаев преимущественно с неуточненным диагнозом. Следует отметить, что проблема адекватной оценки и учета «алкоголь-ассоциированных смертей» существует не только в России – в метаанализе было показано, что далеко не все случаи смерти, связанные с алкоголем, указываются как таковые [18]. Можно предполагать, что смертность от ИБС в России значительно выше, чем в США, по тем же причинам, по каким смертность от всех причин в России значительно выше, чем в США (социально-экономические факторы и организация медицинской помощи).

Разные критерии диагностики того или иного состояния и подходы к кодированию препятствуют корректному сравнению показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в разных странах и регионах, разработке программ, направленных на снижение смертности в целевых группах. Имеющаяся информация подтверждает наличие в РФ и США близких по характеру проблем: ■ существуют правила МКБ, но они трактуются по-разному и, соответственно, получаются несопоставимые данные;

■ большая часть смертей от ИБС регистрируется вне стационара и без вскрытия, среди лиц старшего возраста, без клинических проявлений ИБС в предшествующий период жизни, и вклад доли ИБС в нозологическую структуру общей смертности зависит от принятых в стране (регионах) подходов к заполнению свидетельств о смерти. Для того чтобы корректно сравнить показатели смертности, а также учесть вклад различий в подходах к кодированию в различия показателей смертности от ИБС в целом и отдельных причин, необходимо проводить исследования, в которых причины смерти врачами и лицами, в

последующем кодирующими эти причины, будут устанавливаться по единому протоколу.

Показатели снижаются

Для Москвы все перечисленные выше проблемы также актуальны. Но именно столица – центр, где эти проблемы выявляются, анализируются, и на основе этого анализа специалисты предлагают пути их решения.

Следует сказать, что диагностика заболеваний системы кровообращения начинается при жизни. Если пациент умирает, то на основании данных вскрытия формулируется *патологоанатомический диагноз*, который является *клинико-морфологическим*. Зачастую, а скорее всего, всегда, без клинических данных (Эхо-ЭГ, уровень специфических ферментов, наличие коморбидных состояний и др.) невозможно решить, к какой нозологии из класса БСК относится первоначальная причина смерти, и вообще относится ли она к этому классу.

А дальше, после вскрытия, надо следовать принципам, определенным МКБ-10, материалам указанных выше клинических рекомендаций, которые являются результатом консенсуса клиницистов и патологов. В настоящее время в Москве действует целая система мероприятий, направленных на совершенствование учета и регистрации причин смерти населения.

1. В 2015 г. Российским обществом патологоанатомов и Профильной комиссией по патологической анатомии Минздрава России были утверждены клинические рекомендации «Правила формулировки патологоанатомического диагноза» и «Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10)», которые привели в соответствие оформление медицинской документации патологоанатомами с требованиями МКБ-10 и рекомендациями Минздрава России. Эти клинические рекомендации разрабатывались в первую очередь Московским отделением Российского общества патологоанатомов (РОП) совместно с кардиологами и неврологами, опять же, в большинстве московскими специалистами.

Принятые в этих клинических рекомендациях Правила были результатом консенсуса между кардиологами, неврологами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и решили ряд проблем, связанных с медицинскими, юридическими и экономическими аспектами формулирования заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов. В то же время при создании рекомендаций не удалось по ряду позиций достичь компромисса со специалистами по статистике, вследствие чего некоторые вопросы остаются открытыми.

В частности, периодически из Департамента статистики Минздрава исходят рекомендательные письма по выбору первоначальной причины смерти. Этот процесс закономерно переходит на оформление медицинских свидетельств о смерти, но ни одного конкретного примера, как эта МСС должна быть оформлена в соответствии с этими рекомендациями, не предлагается. Что делать патологоанатому? Как ему под конкретную рекомендацию оформить МСС? Он из этих рекомендаций может только использовать запреты на определенные нозологии и коды. Не говоря о том, что во всем мире кодировкой занимаются статистики, ни в Европе, ни в США МСС не содержат кодов, в том числе МСС с кодами нет и во 2-м томе к МКБ-10, где изложены правила выбора первоначальной причины смерти.

2. В настоящее время сотрудниками ДЗМ и ДИТ г. Москвы активно разрабатывается программа по электронному оформлению МСС, что должно значительно улучшить как оформление МСС, так и формирование базы данных для более корректного анализа причин смерти.

3. Образовательные мероприятия являются одной из основ, если не главной, коррекции сложившейся ситуации. Третий год организационно-методический отдел по патологической анатомии совместно с правлением Московского отделения Российского общества патологоанатомов активно включились в систему непрерывного медицинского образования. Если в 2016 г. лекционные мероприятия проводились совместно с заседаниями общества на базе НИИ морфологии человека, то с 2017 г. они проводятся на трех базах: 1. НИИ морфологии человека – основные; 2. Институт им. А.В. Вишневского – для молодых специалистов; 3. МКНЦ – для специалистов-онкоморфологов.

Ежегодно одно из заседаний Московского отделения РОП посвящено отчету главного специалиста по патологической анатомии ДЗМ – члена правления МО РОП о результатах работы патологоанатомической службы г. Москвы за прошедший год с разбором, в том числе, дефектов по оформлению медицинских свидетельств о смерти.

В 2015 г. главные патологоанатомы округов, заведующие патологоанатомическими отделениями и большая часть врачей-патологоанатомов были проучены на кафедре медицинской статистики и информатики РМАНПО. А может быть, для лучшего взаимопонимания статистиков выучить на кафедре патологической анатомии?

4. Департаментом здравоохранения г. Москвы введен институт ежемесячных городских клинко-анатомических конференций под председательством заместителя мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам

социального развития, проф. Л.М. Печатникова. С июня 2017 г. эти конференции приобрели статус мероприятий НМО.

Таким образом, активная позиция профессиональных ассоциаций – РОП и в первую очередь Московского отделения РОП, кардиологов, неврологов и Департамента здравоохранения города, инфраструктурные преобразования приводят к тому, что показатели смертности от ИМ и инсультов в Москве стремительно снижаются (см. Приложение 1, табл. 6).

Безусловно, в своей работе как российские, так и московские патологоанатомы стремятся как можно регулярнее отслеживать ситуацию у коллег из Европы и США. У них, как я уже указывал, те же проблемы, но они гораздо пластичнее и в своей работе используют зачастую то, что им удобнее и даже иногда могут игнорировать или дополнять классификации ВОЗ. Не надо думать, что там умнее контингент. Если умнее, то только тем, что там кодировкой занимаются статистики, и используется в отдельных странах электронная форма МСС, которой, опять же, занимается специалист, а не патологоанатом. Отсюда, как частное мнение, не имеет ли смысл модернизировать и реорганизовать службу медицинской статистики?

В Москве существуют Бюро медицинской статистики в структуре НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ и суверенные фактически отделы медицинской статистики в структуре медицинских организаций. Причем последние для своей отчетности, в том числе для определения показателей летальности в стационаре, используют не МСС, а статистическую карту выбывшего из стационара.

В отношении ВОЗ – у нас как был издан вариант МКБ-10 в 1998 г., так он и остался. Никаких новых вариантов с изменениями на 2016 г. официально не издано и приказом в работу не введено. На сайтах ВОЗ и Минздрава они есть. В то же время МЗ РФ регулярно рассылаются методические и рекомендательные письма о наиболее значимых изменениях, которые немедленно доводятся до практикующих патологоанатомов.

В качестве ответа на вопрос «Каковы нюансы постановки патологоанатомического диагноза БКС, ИБС, ИМ? Что принципиально нового в действующих сегодня рекомендациях по кодированию по МКБ-10 заболеваний класса IX «Болезни системы кровообращения»? хотелось бы привлечь внимание коллег к материалам презентации на V съезде Российского общества патологоанатомов (1–4 июня 2017 г., Челябинск) председателя Московского отделения РОП, проф. О.В. Зайратьянца с соавторами.

Список литературы

1. Бойцов С.А., Самородская И.В., Галявич А.С., Белялов Ф.И., Вайсман Д.Ш., Явелов И.С., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Зайратьянц О.В., Какорина Е.П. Российский кардиологический журнал. 2017;(3):63–71. doi:10.15829/1560-4071-2017-3-63-71
2. Statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision. Instruction manual. 5th edition. WHO 2016:252 p.
3. Бойцов С.А., Самородская И.В., Андреев Е.М. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и США. Кардиология. 2017. Т. 57. № 1. С. 5–16.
4. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA. The prevalence, impact and economic implications of atrial fibrillation in stroke: what progress has been made? *Neuroepidemiology*. 2013;40(4):227–39. doi: 10.1159/000343667.
5. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA. The prevalence, impact and economic implications of atrial fibrillation in stroke: what progress has been made? *Neuroepidemiology*. 2013;40(4):227–39. doi: 10.1159/000343667
6. Kritikou P, Spengos K, Zakopoulos N, Tountas Y, Yfantopoulos J, Vemmos K. Resource utilization and costs for treatment of stroke patients in an acute stroke unit in Greece. *Clin Neurol Neurosurg*. 2016;142:8–14. doi: 10.1016/j.clineuro.2015.12.013.
7. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. спец. Выпуск. с. 25–28.
8. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 352 с.
9. Lee WC, Joshi AV, Wang Q, Pashos CL, Christensen MC. Morbidity and mortality among elderly Americans with different stroke subtypes. *Adv Ther*. 2007;24(2):258–68.
10. Marsh EB, Llinas RH, Schneider AL, Hillis AE, Lawrence E, Dziedzic P, Gottesman RF. Predicting Hemorrhagic Transformation of Acute Ischemic Stroke: Prospective Validation of the HeRS Score. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(2):e2430. doi: 10.1097/MD.0000000000002430.
11. Eurostat: Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat’s Task Force: available on the Eurostat website. Office for national Statistics (ONS): Implementing the 2013 European Standard Population: the impact of selected upper age limits on mortality statistics: available on the ONS website ec.europa.eu/eurostat/.../e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09
12. Самородская И.В. Острые формы ИБС: необходимость решения проблемы сопоставимости данных о распространенности и летальности. Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. 2009;(1):25–29.
13. Российские национальные клинические рекомендации по патологоанатомическим исследованиям. Формулировка патологоанатомического диагноза / Под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г. Малькова, Л.В. Катурского. М.: «Практическая медицина». 2016. 18 с.
14. Sacks NC, Ash AS, Ghosh K. et al. Trends in acute myocardial infarction hospitalizations: Are we seeing the whole picture? *Am Heart J*. 2015;170(6):1211–19. doi: 10.1016/j.ahj.2015.09.009.
15. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA. The prevalence, impact and economic implications of atrial fibrillation in stroke: what progress has been made? *Neuroepidemiology*. 2013;40(4):227–39. doi: 10.1159/000343667
16. Bacigalupe A, Escolar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health*. 2014;13:52. doi: 10.1186/1475-9276-13-52. doi: 10.1186/1475-9276-13-52.
17. Eurostat: Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat’s Task Force: available on the Eurostat website. Office for national Statistics (ONS): Implementing the 2013 European Standard Population: the impact of selected upper age limits on mortality statistics: available on the ONS website ec.europa.eu/eurostat/.../e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09
18. Stroke Association. State of the Nation. Stroke statistics. January 2016. URL: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke_statistics_2015.pdf. (Дата обращения 10.05.2017)
19. Leon D. et al. Janet K Sluggett, Gillian E Caughey, Michael B Ward, Elizabeth E Roughead, and Andrew L Gilbert. Transient ischaemic attack and ischaemic stroke: constructing episodes of care using hospital claims data. *BMC Res Notes*. 2013; 6: 128. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620927/> (Дата обращения 10.05.2017). doi: 10.1186/1756-0500-6-128.
20. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на смертность населения. Вестник Рос. акад. наук. 2016. Т. 86. №12. С. 1089–1097.

Таблица 2. Частота (%) классов заболеваний по МКБ-10 – первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших дома за 2013–2016 гг.

Класс	Классы болезней по МКБ-10	Частота, %	Частота, %	Частота, %	Частота, %
		2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,2	0,14	0,12	0,14
II	Новообразования	24,2	23,7	23,5	23,2
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм				
0,01	0,01	–	–		
IV	Болезни эндокринной системы	0,3	0,3	0,3	0,16
V	Психические расстройства	0,2	0,06	0,05	0,6
VI	Болезни нервной системы	0,5	0,8	0,9	0,7
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	–	–	–	–
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	–	0,01	0,01	0,01
IX	Болезни системы кровообращения	67,5	67,8	69,1	68,6
X	Болезни органов дыхания	2,2	2,1	2,4	2,1
XI	Болезни органов пищеварения	3,0	2,5	2,2	2,8
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,03	0,03	0,03	0,02
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,17	0,13	0,15	0,11
XIV	Болезни мочеполовой системы	1,4	1,1	1,1	1,2
XV	Беременность, роды и послеродовый период	–	–	–	–
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,08	0,09	0,09	0,05
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	0,18	1,2	0,14	0,14
	ВСЕГО	100	100	100	100

Таблица 3. Смертность от острых форм ИБС (стандартизованные коэффициенты и доля в структуре смертности от ИБС) мужчин разных возрастных групп в РФ и США

Причина смертности	Код в МКБ-10	Возрастная группа: 30+ лет		Возрастная группа: 30-49 лет		Возрастная группа: 50+ лет	
		РФ	США	РФ	США	РФ	США
Смертность от ИБС, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы	I20-I25	1511,92	579,51	236,92	42,51	2410,96	958,16
Смертность от острых форм ИБС (уточненных), на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21-I22, I24.8	253,18 16,7	146,20 25,2	69,38 29,3	11,79 27,7	382,78 15,9	240,98 25,2
Смертность от всех случаев ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21-I22	139,25 9,2	144,48 24,9	19,77 8,3	11,57 27,2	223,50 9,3	238,2 24,9
Смертность от острого ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21.0- I21.9	93,58 6,2	144,44 24,9	15,31 6,5	11,57 27,2	148,79 6,2	238,13 24,9
Смертность от повторного ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I22.0- I22.9	45,66 3,0	0,04 0,0	4,46 1,9	0,00 0,0	74,71 3,1	0,07 0,0
Смертность от других острых форм ИБС, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I24.8	113,93 7,5	1,72 0,3	49,61 20,9	0,22 0,5	159,28 6,6	2,78 0,3

Таблица 4. Смертность от острых форм ИБС (стандартизованные коэффициенты и доля в структуре смертности от ИБС) женщин разных возрастных групп в РФ и США

Причина смертности	Код в МКБ-10	Возрастная группа: 30+ лет		Возрастная группа: 30-49 лет		Возрастная группа: 50+ лет	
		РФ	США	РФ	США	РФ	США
Смертность от ИБС, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы	I20-I25	765,96	355,17	25,25	15,93	1288,25	594,38
Смертность от острых форм ИБС (уточненных), на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21-I22, I24.8	107,37 14,0	86,19 24,3	12,84 50,9	3,87 24,3	174,01 13,5	144,26 24,3
Смертность от всех случаев ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21-I22	66,20 8,6	85,07 24,0	2,57 10,2	3,79 23,9	111,05 8,6	142,41 24,0
Смертность от острого ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I21.0- I21.9	50,16 6,5	85,05 24,0	2,18 8,7	3,79 23,9	83,98 6,5	142,37 24,0
Смертность от повторного ИМ, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I22.0- I22.9	16,04 2,1	0,02 0,0	0,39 1,5	0,00 0,0	27,07 2,1	0,04 0,0
Смертность от других острых форм ИБС, на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы доля в структуре смертности от ИБС, %	I24.8	41,17 5,4	1,12 0,3	10,27 40,7	0,08 0,5	62,96 4,9	1,85 0,3

Таблица 5. Стандартизованные коэффициенты смертности (на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы) от разных типов ИМ в РФ и США

Причина смертности	Код в МКБ-10	Возрастная группа: 30+ лет		Возрастная группа: 30-49 лет		Возрастная группа: 50+ лет	
		РФ	США	РФ	США	РФ	США
Мужчины							
Все типы ИМ	I21-I22	139,24	144,48	19,77	11,57	223,50	238,20
Острый ИМ, в т.ч.	I21.0-I21.9	93,58	144,44	15,31	11,57	148,79	238,13
острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	I21.0	30,35	0,01	4,55	0,00	48,55	0,01
острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда	I21.1	10,54	0,01	1,35	0,00	17,03	0,01
острый трансмуральный ИМ др. уточненных локализаций	I21.2	19,11	0,00	3,10	0,00	30,40	0,01
острый трансмуральный ИМ неуточненной локализации	I21.3	2,45	0,02	0,42	0,00	3,88	0,03
острый субэндокардиальный ИМ	I21.4	3,00	0,17	0,50	0,01	4,77	0,29
острый ИМ неуточненный	I21.9	28,13	144,23	5,39	11,56	44,16	237,78
Повторный ИМ, в т.ч.	I22.0-I22.9	45,66	0,04	4,46	0,00	74,71	0,07
повторный инфаркт передней стенки миокарда	I22.0	14,90	0,00	1,35	0,00	24,46	0,00
повторный инфаркт нижней стенки миокарда	I22.1	6,40	0,00	0,50	0,00	10,55	0,00
повторный ИМ др. уточненной локализации	I22.8	14,18	0	1,31	0	23,25	0
повторный ИМ неуточненной локализации	I22.9	10,18	0,04	1,30	0,00	16,45	0,07
Женщины							
Все типы ИМ	I21-I22	66,20	85,07	2,57	3,79	111,05	142,41
Острый ИМ, в т.ч.	I21.0-I21.9	50,16	85,05	2,18	3,79	83,98	142,37
острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	I21.0	17,80	0,00	0,65	0,00	29,88	0,01
острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда	I21.1	6,11	0,00	0,20	0,00	10,29	0,01
острый трансмуральный ИМ др. уточненных локализаций	I21.2	10,33	0,00	0,43	0,00	17,31	0,00
острый трансмуральный ИМ неуточненной локализации	I21.3	1,29	0,01	0,05	0,00	2,16	0,02
острый субэндокардиальный ИМ	I21.4	1,50	0,12	0,08	0,00	2,50	0,21
острый ИМ неуточненный	I21.9	13,13	84,92	0,77	3,79	21,84	142,12
Повторный ИМ, в т.ч. -	I22.0-I21.9	16,04	0,02	0,39	0,00	27,07	0,04
повторный инфаркт передней стенки миокарда	I22.0	5,40	0,00	0,11	0,00	9,13	0,00
повторный инфаркт нижней стенки миокарда	I22.1	2,45	0,00	0,05	0,00	4,14	0,00
повторный ИМ др. уточненной локализации	I22.8	4,94	0,00	0,13	0,00	8,33	0,00
повторный ИМ неуточненной локализации	I22.9	3,25	0,02	0,10	0,00	5,47	0,04

Таблица. 6. Динамика снижения числа смертей от инфарктов миокарда и инсультов по данным вскрытий в 2015–2016 г.г.

	Инфаркты миокарда		Инсульты	
	2015 г.	2016 г.	2015 г.	2016 г.
Месяцы	% от числа вскрытых в стационаре / дома	% от числа вскрытых в стационаре / дома	% от числа вскрытых в стационаре / дома	% от числа вскрытых в стационаре / дома
Январь	6,1 / 5,6	5,2 / 3,8	21,2 / 5,1	16,0 / 4,7
Февраль	6,7 / 6,2	4,1 / 4,4	20,1 / 5,7	16,8 / 5,3
Март	7,9 / 5,6	4,5 / 4,7	19,5 / 5,5	17,1 / 4,3
Апрель	5,6 / 5,5	3,8 / 4,4	18,2 / 4,3	16,3 / 3,6
Май	6,0 / 4,5	4,4 / 5,1	20,1 / 5,5	17,3 / 5,2
Июнь	4,7 / 3,4	4,0 / 5,5	18,8 / 4,7	15,1 / 3,8
Июль	5,3 / 4,7	3,1 / 4,8	17,6 / 4,9	15,4 / 3,4
Август	5,5 / 4,0	3,7 / 4,2	17,9 / 5,6	15,7 / 3,5
Сентябрь	4,5 / 3,0	4,3 / 4,1	17,0 / 5,5	17,0 / 3,5
Октябрь	4,5 / 6,5	4,6 / 4,9	16,8 / 8,3	16,0 / 3,8
Ноябрь	4,9 / 3,8	4,0 / 3,4	15,8 / 4,8	16,1 / 3,4
Декабрь	3,9 / 4,6	3,9 / 5,2	17,3 / 4,0	15,3 / 3,3

Приложение 2 Дефекты статистического учета причин смерти

В МИРЕ

- Во многих странах не организован статистический учет причин смерти по МКБ-10, существуют разночтения по ее применению.
- Выросло влияние на выбор первоначальных причин смерти экономических и политических факторов.
- Показатели смертности от ИБС и ЦВБ различаются в разных странах во много раз; характерно завышение по хроническим формам ИБС и ЦВБ.
- Требования МКБ противоречат клиническим рекомендациям (guidelines) профессиональных обществ, обновления МКБ следуют с опозданием.
- Клинические рекомендации разных стран и разных профессиональных сообществ содержат разногласия по отдельным позициям.
- Не организовано внедрение обновленных версий МКБ (МКБ-10 принята в 1989 г., с 1999 г. ежегодные изменения утверждаются комитетом экспертов ВОЗ – WHO ICD-10 Update Reference Committee, МКБ-11 представлена в Токио 12.10.2016 г.)

(Бойцов С.А. и соавт. Соц. и клин. псих. 2016; 26 (2):97-105; Бойцов С.А. и соавт. Росс. кардиол. журн. 2017;(3):63-71; Saito I. Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2004;51(11):909-16; Norström T. et all. Drug Alcohol Rev, 2005, 24(6):537-47; Wedegaertner F., et all. Addict Sci Clin Pract.2013;30(8):3; Zaridze D., et all. Lancet. 2014; 26(383):1465-73; Grey C., et all. Eur Heart J. 2015. pii: ehv524; Lloyd J., et all. Morb and Mort Weekly Report. 2017;66(1):19–22).

В РОССИИ

Статистику смертности в России формируют 3 ведомства:

- Росстат и его территориальные органы;
- Минздрав России;
- Органы регистрации актов гражданского состояния (ЗАГС).

Результат: работа не согласована, ошибки на всех этапах, данные не совпадают.

Кроме того:

- на врачей (а не специалистов по статистике) возложена функция выбора первоначальной причины смерти и ее кодирования по МКБ-10 (приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398);
- продолжается заполнение медицинских свидетельств о смерти ручным способом, не применяются автоматизированные системы;
- процент вскрытий – 56–60%(в США – 9%), 20–22% – патологоанатомические, 36–38% – судебно-медицинские (из них 65% – умершие от заболеваний);
- нормативно-распорядительные документы Минздрава России, Росздравнадзора, ФОМС и т.д. противоречат друг другу. Согласно опросу (2017 г.), 64% врачей ощущают на себе и/или коллегах давление руководства, направленное на минимизацию постановки некоторых диагнозов и причин смерти.

Вайсман Д.Ш., Леонов С.А., 2013; <https://www.medvestnik.ru/content/news/>; Hooper J., Williamson A., 2016.

Приложение 3 Классификации ИБС

Внезапная коронарная смерть и внезапная сердечная смерть

Клинические рекомендации ESC (2015)

Термин «Внезапная сердечная смерть» применяется в случаях (включая ИБС):

- если врожденное или приобретенное потенциально фатальное заболевание сердца было диагностировано при жизни или
- на аутопсии выявлена патология сердечно-сосудистой системы, способная потенциально быть причиной смерти,

или

■ если очевидные экстракардиальные причины смерти по данным аутопсии не выявлены, и нарушение ритма служит ее наиболее вероятной причиной.

МКБ-10

Код I46.1 (Внезапная сердечная смерть, так описанная) при ИБС не используется (и вообще не используется при смерти в стационарах).

Код I24.8 (Другие формы острой ишемической болезни сердца, коронарная: недостаточность, декомпенсация) в России принято использовать для диагноза «Внезапная коронарная смерть».

Но: требования МКБ-10: рубрики и состояния, в которых присутствует термин «смерть», являются неточно обозначенными и не используются как первоначальная причина смерти.

Инфаркт миокарда

Отечественные и некоторые зарубежные классификации:

- острый ИМ – давностью до 28 сут включительно;
- рецидивирующий ИМ – с 3-х до 28-х суток; (до 3-х суток – «распространение зоны ИМ», «затяжное течение ИМ»);
- повторный ИМ – после острого на 29-е сутки и более.

МКБ-10:

- острый ИМ (коды I21.-) – давностью до 28 сут включительно;
- рецидивирующий ИМ – с 0-х до 28-х сут;
- повторный ИМ – после острого на 29-е сутки и более.

Но: повторный ИМ следует расценивать как «Острый повторный»; и острый, и рецидивирующий, и повторный ИМ следует шифровать кодами I21.-, а не I22.- (инструкция МКБ-10 от 2016 г.).

В МКБ-10 нет группового понятия «Острый коронарный синдром», нет термина «ИМ с подъемом ST», типов ИМ и т.д.

ИМ без подъема сегмента ST можно шифровать кодом I21.4 (Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда, нетрансмуральный инфаркт миокарда БДУ).

Хронические формы ИБС

Отечественные классификации: атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз, постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз, хроническая аневризма сердца.

Зарубежные классификации и клинические рекомендации: «Подтвержденный (документированный) атеросклероз коронарной артерии (шунтов) с/без стенокардии»; «Диффузная или мелкоочаговая атрофия кардиомиоцитов с интерстициальным фиброзом миокарда», «Постинфарктный кардиосклероз», «Хроническая аневризма сердца».

МКБ-10:

«Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (код I25.0) и «Атеросклеротическая болезнь сердца» (код I25.1)

– предусмотрены только для тех мест, где медицинская помощь оказывается без наличия современного оборудования.

«Другие формы хронической ишемической болезни сердца» (код I25.8) – состояние из рубрик I21-I22, I24, уточненное как хроническое или давностью более 28 дней; атеросклероз коронарных шунтов, или коронарных артерий трансплантированного сердца, или у пациента со стентированием коронарных артерий в анамнезе.

Ишемический инфаркт головного мозга

Необходимо внедрение в патологоанатомическую практику современной клинической классификации инфарктов головного мозга с учетом требований МКБ-10 (пересмотр 2016 г.).

МКБ-10

Класс VI «Болезни нервной системы»

Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45.0 –G45.9). Не может быть первоначальной причиной смерти.

Класс IX «Болезни системы кровообращения»

Субарахноидальное (нетравматическое) кровоизлияние (I60.1–I60.9).

Внутричерепное (нетравматическое) кровоизлияние (I61.0 – I61.9).

Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62.0 – I62.9).

Инфаркт мозга, патогенетические виды (I63.0 – I63.9).

Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64).

Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приведший к инфаркту мозга (I65.0 – I65.9). Не может быть первоначальной причиной смерти.

Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66.0 – I66.9). Не может быть первоначальной причиной смерти.

Российская клиническая классификация острых форм ЦВБ (2007)

А. Транзиторная ишемическая атака (ТИА).

Б. Инсульты.

■ Ишемический инсульт (ишемический инфаркт мозга):

а) атеротромботический патогенетический вариант;

б) кардиоэмболический патогенетический вариант;

в) лакунарный патогенетический вариант;

г) другой известной этиологии;

д) неуточненный патогенетический вариант.

■ Геморрагический инсульт:

а) внутричерепное кровоизлияние;

б) субарахноидальное кровоизлияние;

в) внутримозговое кровоизлияние.

В. Острая гипертоническая энцефалопатия.

Г. Тромбоз синусов головного мозга.

Морфологическая классификация ишемических инфарктов

■ Ишемический.

■ Геморрагический.

■ Смешанный.

Клинический термин – «геморрагическая трансформация» (геморрагические инфаркты 1-го и 2-го типов, паренхиматозные гематомы 1-го и 2-го типов).

Хронические формы ЦВБ

Российская клиническая классификация хронических форм ЦВБ (2007)

Хроническая ишемия головного мозга

А. Начальные проявления недостаточности кровообращения.

Б. Дисциркуляторная энцефалопатия I, II, III стадии.

Сосудистая деменция, сосудистый синдром Паркинсона, сосудистая (поздняя) эпилепсия.

МКБ-10

Класс V «Психические расстройства и расстройства поведения»

Сосудистая (атеросклеротическая) деменция (F01.0–F01.9)

Класс VI «Болезни нервной системы»

Сосудистый (атеросклеротический) синдром Паркинсона (G21.4)

Класс IX «Болезни системы кровообращения»

Другие цереброваскулярные болезни (I67.0–I67.9), включая:

церебральный атеросклероз (I67.2);

гипертензивную энцефалопатию (I67.4);

другие уточненные поражения сосудов мозга – ишемию мозга (хроническую) (I67.8)

«Дисциркуляторная энцефалопатия» – российский аналог «Хронической ишемии головного мозга» (I67.8)

СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИИ И МОСКВЕ В СВЕТЕ МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Россия и страны бывшего СССР отчетливо выделяются на мировой карте как группа стран с самым высоким уровнем смертности от болезней системы кровообращения (БСК).

Елена ПАПАНОВА,

аналитик отдела демографии НИИОЗММ ДЗМ, м.н.с. Международной лаборатории исследований населения и здоровья НИУ «Высшая школа экономики»

Сергей ТИМОНИН,

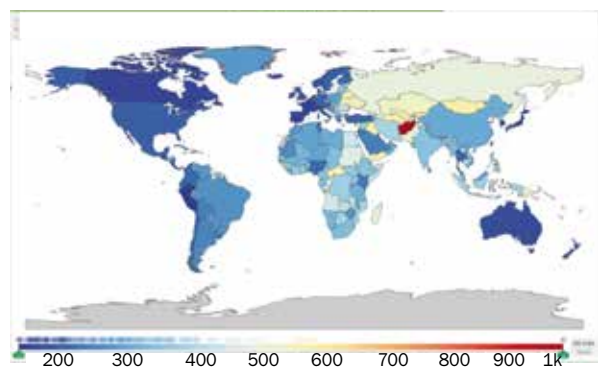
к.г.н., зам. заведующего Международной лабораторией исследований населения и здоровья НИУ «Высшая школа экономики», зав. отделом демографии НИИОЗММ ДЗМ

Россия на мировой карте смертности от болезней системы кровообращения

По данным Института измерения и оценки здоровья (рис. 1), Россия в 2015 г. занимала скромную 177-ю позицию из 194 стран мира, для которых были представлены оценки смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в России в 2015 г. был в 4,8 раза выше, чем, к примеру, в Японии – стране с минимальным уровнем сердечно-сосудистой смертности в настоящее время.

Наряду с высоким уровнем смертности от БСК, они занимают еще и очень высокую долю в общей структуре смертности, формируя, наряду с внешними причинами смертности (травмами и отравлениями), основное бремя преждевременной смертности в России. Так, в 2015 г. более половины всех смертей в России

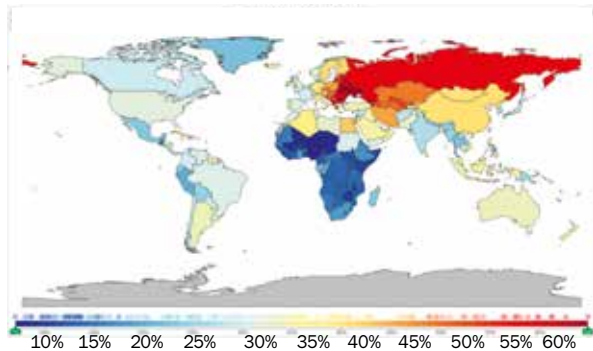
Рисунок 1. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в странах мира в 2015 г., оба пола, на 100 тыс. населения



Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

и некоторых других странах Восточной Европы и Центральной Азии были от БСК, в то время как в большинстве стран Запада с наиболее высокой продолжительностью жизни – около 30% (рис. 2).

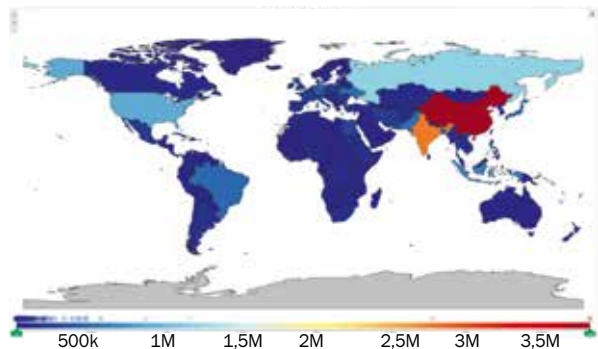
Рисунок 2. Доля умерших от болезней системы кровообращения от общего количества умерших в странах мира в 2015 г., оба пола, %



Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Если же отойти от относительных показателей и взглянуть на абсолютное бремя сердечно-сосудистой смертности, то по количеству смертей в 2015 г. Россия занимала 3-е место, пропустив вперед Китай и Индию, численность населения которых в 9 раз превышает численность населения России. Показательно сравнение России с США, численность населения которых в 2,2 раза выше, чем России, а число смертей от БСК на треть ниже (рис. 3).

Рисунок 3. Количество умерших от болезней системы кровообращения в странах мира в 2015 г., оба пола

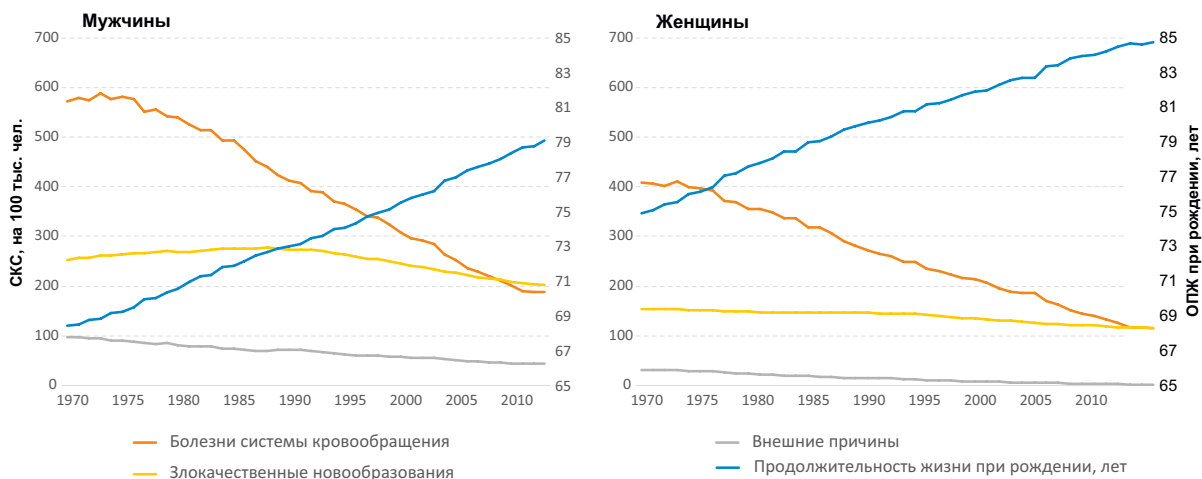


Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

«Кардиоваскулярная революция»

Начиная со второй половины 1960-х гг., в большинстве западных стран после небольшой стагнации начался устойчивый рост продолжительности жизни, обусловленный снижением смертности в трудоспособных, а затем главным образом – в старших возрастах. Наблюдаемый прямолинейный рост ожидаемой продолжительности жизни был практически полностью обусловлен снижением смертности от БСК. Уровень смертности от двух других основных классов причин смерти: злокачественных новообразований и внешних причин также медленно снижался, однако изначально был в несколько раз ниже уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (рис. 4).

Рисунок 4. Стандартизированные коэффициенты смертности от некоторых классов причин смерти и ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 15 странах Европейского Союза, 1970–2013 гг.



Источник: расчеты авторов по данным WHO Mortality Database, Human Mortality Database

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни и доля умерших от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в России и странах с высокой продолжительностью жизни, 2015 г.

Страны, ранжированные по убыванию ОПЖ в 2015 г.	ОПЖ при рождении, лет	Доля умерших от БСК, %	Доля умерших от ЗНО, %	Соотношение, раз
Япония	83,2	28,8	29,5	1,0
Швейцария	83,0	33,4	28,2	1,2
Испания	82,6	31,7	26,8	1,2
Австралия	82,3	34,2	29	1,2
Италия	82,2	37,6	27,5	1,4
Израиль	82,1	28,3	26,8	1,1
Швеция	82,1	40,8	25,8	1,6
Сингапур	82,0	30,9	26,5	1,2
Норвегия	82,0	33	27	1,2
Франция	81,8	30	29	1,0
Россия	71,0	57,5	15,7	3,7

Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Таким образом, «кардиоваскулярная революция» ознаменовала кардинально новый этап роста продолжительности жизни в странах Запада [Meslé, Vallin, 2006]. Однако в странах Центральной и Восточной Европы, в том числе и в России, подобных изменений долгое время не наблюдалось.

Устойчивое снижение смертности от БСК привело к тому, что она сравнялась со смертностью от злокачественных новообразований (ЗНО). Из таблицы 1, в которой представлены данные по 10 странам с наиболее высокой продолжительностью жизни в 2015 г., следует, что в странах с наиболее низкой смертностью доли умирающих от БСК и ЗНО практически сравнялись, а в России число умерших от БСК превышает число умерших от ЗНО практически в 4 раза.

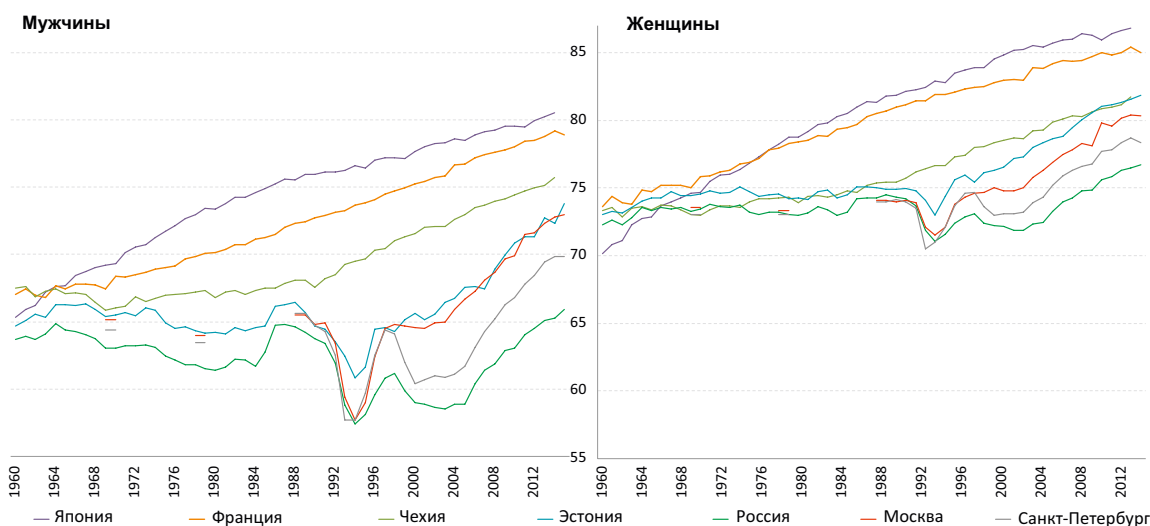
Колебательный характер изменения смертности в России

Прежде чем перейти к рассмотрению динамики смертности от БСК, напомним об основных тенденциях ожидаемой продолжительности жизни в России. На фоне практически линейного роста показателя в западных странах, в России долгое время наблюдался колебательный характер изменения продолжительности жизни. В 1960-х – первой половине 1980-х гг. продолжительность жизни изменялась мало – среди женщин существенных изменений не наблюдалось, а среди мужчин имело место небольшое снижение. В период проведения антиалкогольной кампании периодическая продолжительность жизни существенно выросла, однако кратковременный рост сменился еще большим снижением в начале 1990-х гг.

За «провалом» начала 1990-х гг. последовала еще одна волна роста и снижения продолжительности жизни, и, лишь начиная с 2003 г., отмечается достаточно устойчивый, в известной степени восстановительный рост продолжительности жизни в России. Таким образом, продолжительность жизни мужчин в России только в 2013 г. достигла уровня, наблюдаемого в 1964 г. (рис. 5).

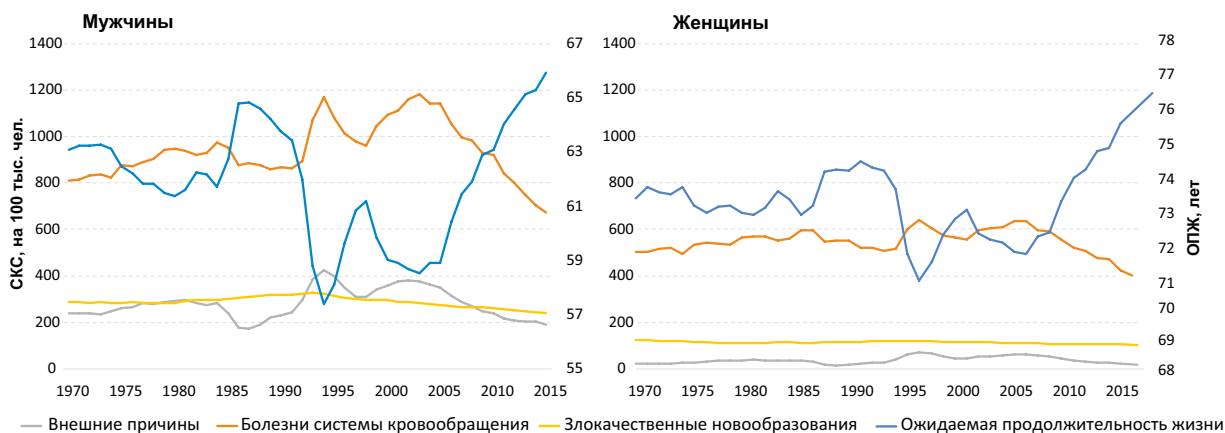
Колебательное изменение продолжительности жизни в России во второй половине XX – начале XXI вв. определялось главным образом негативными тенденциями в смертности от БСК и внешних причин смерти, особенно в трудоспособных возрастах (рис. 6). Наблюдаемый с 2003 г. рост продолжительности жизни в России происходит на фоне и главным образом в результате снижения смертности от болезней системы кровообращения. Характер снижения смертности от БСК, в частности вклад старших возрастов, дает основания говорить о том, что начавшийся в середине 2000 х гг. в России процесс снижения смертности имеет общую природу с наблюдаемыми с 1970-х гг. процессами в западных странах [Grigoriev et al., 2014]. Однако вопрос о начале «кардиоваскулярной революции» и о применимости данной концепции к российским реалиям все же остается открытым. Следует принимать во внимание высокую «российскую» смертность от внешних причин смерти, а также практики кодирования причины смерти в России: отсутствие единообразия практик в регионах России [Данилова, 2015; Danilova et. al., 2016], гипердиагностика болезней системы кровообращения [Какорина, 2013], а также стремление к достижению целевых показателей смертности,

Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность жизни в России и некоторых странах, 1969–2015 гг., лет



Источник: Human Mortality Database, Statistics Japan, Statistics Estonia, Czech Statistical Office, National Institute of Statistics and Economic Studies, Российская база данных по рождаемости и смертности.

Рисунок 6. Стандартизированные коэффициенты смертности от некоторых классов причин смерти и ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 1970–2013 гг.



Источник: рассчитано по данным Российской базы данных по рождаемости и смертности

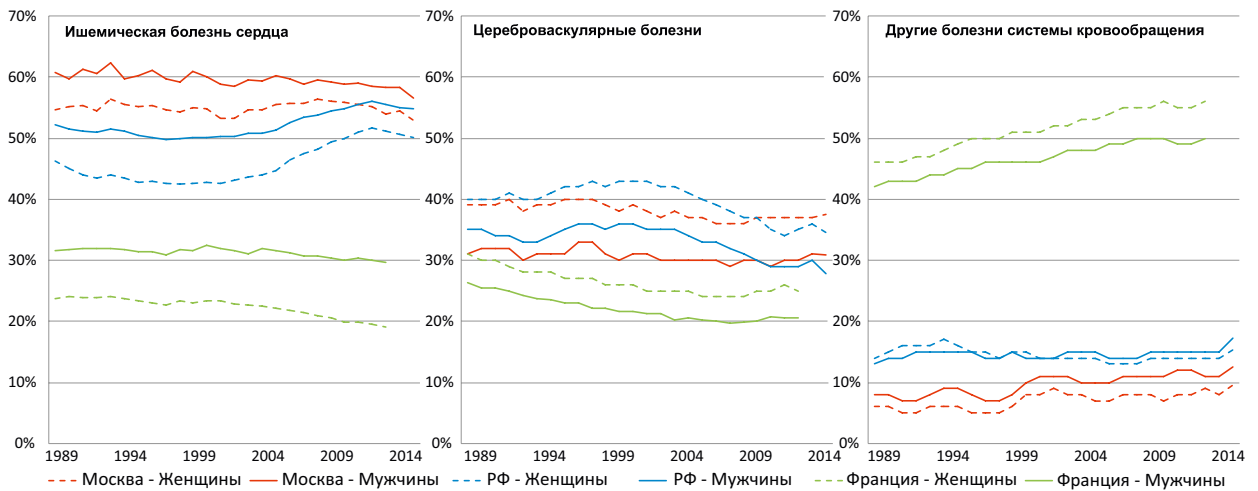
которое может приводить к искусственному занижению одних и завышению других показателей [Вишнеvский, Андреев, Тимонин, 2015].

Структура смертности от болезней системы кровообращения

Помимо существенных различий в уровне сердечно-сосудистой смертности в России и странах Запада, Россия отличается по структуре смертности внутри класса БСК [Вишнеvский, Андреев, Тимонин, 2016]. Это главным

образом проявляется в крайне высокой доле ишемической болезни сердца (ИБС). При этом наряду с ростом продолжительности жизни доля смертей от ИБС в России даже увеличивается, и на данный момент составляет более 50% всех смертей от БСК (рис. 7). В западных же странах, напротив, наблюдается ее снижение при непрерывном росте доли смертей от прочих болезней сердечно-сосудистой системы (кроме ИБС и цереброваскулярных заболеваний). Подобные различия, вероятнее всего, являются следствием не только реальных особенностей российской

Рисунок 7. Изменение структуры смертности от болезней системы кровообращения в Москве, России и Франции в 1989–2015 гг. (% стандартизованного коэффициента)

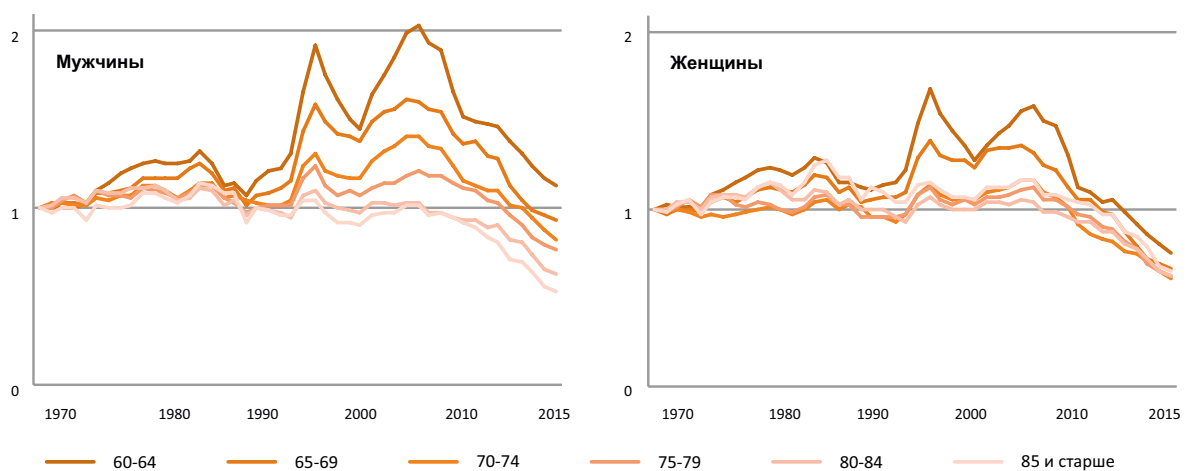


Источник: рассчитано по данным Российской базы данных по рождаемости и смертности, WHO mortality database, Eurostat

структуры смертности по причинам, но и результатом устоявшихся подходов к кодированию причин смерти в России. Несравнимо высокая смертность от хронической ИБС, в особенности от атеросклеротического кардиосклероза, может свидетельствовать о привычном использовании данной причины смерти в качестве основной при недостаточной диагностике других заболеваний.

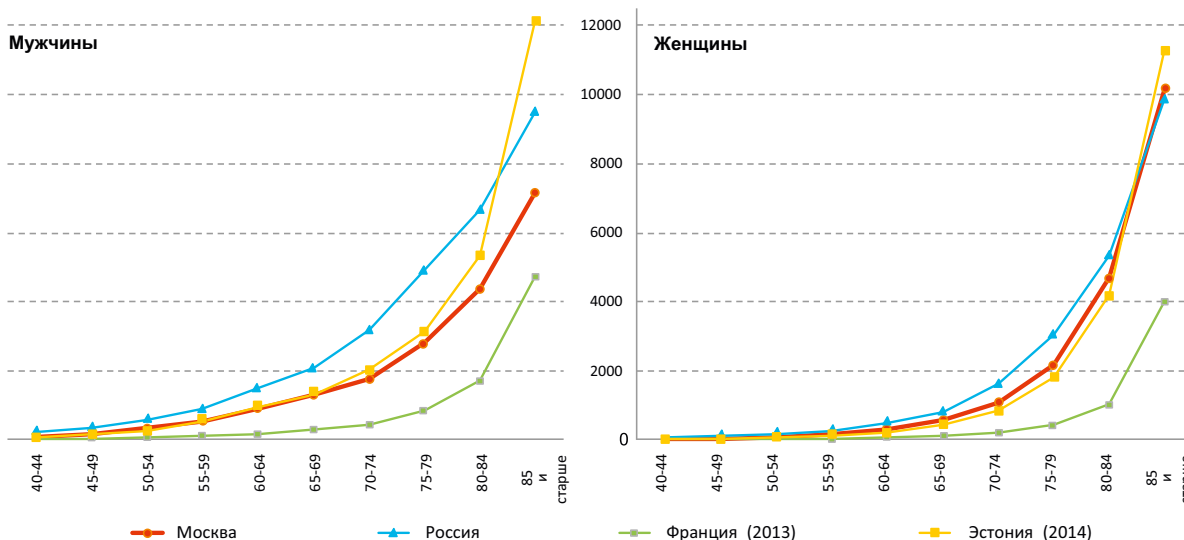
Сравнение возрастных коэффициентов смертности от БСК с 1970-м г. показывает, что мужчины наиболее старших возрастов (старше 80 лет) и женщины всех возрастов успешно преодолели уровень 1970-го г. еще в самом начале последнего периода роста продолжительности жизни, начавшегося в 2003 г. (рис. 8). Вместе с тем смертность мужчин в более младших возрастах

Рисунок 8. Динамика возрастных коэффициентов смертности в возрастах старше 60 лет от болезней системы кровообращения в России, 1970 г. = 1,0



Источник: рассчитано по данным Российской базы данных по рождаемости и смертности

Рисунок 9. Возрастной профиль смертности от болезней системы кровообращения в Москве и России в сравнении с Францией, 2015 г., на 100 тыс. чел.



Источник: рассчитано по данным Российской базы данных по рождаемости и смертности, Eurostat

(65–79 лет) снизилась по сравнению с 1970 г. только после 2010 г. Наконец, смертность мужчин в относительно молодой возрастной группе (60–64 года), а также в более младших возрастных группах [Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А., 2016], все еще остается выше, чем в 1970 г. Это может указывать на значительную роль поведенческих факторов (в частности, употребления алкоголя) на динамику смертности в этой возрастной группе и на приоритеты дальнейшего снижения смертности.

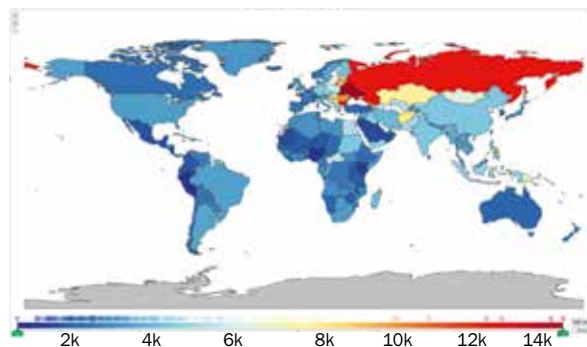
Возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения

Сравнение возрастных профилей смертности от БСК отчетливо выявляет более молодую модель смертности в России и Москве по сравнению с другими странами (рис. 9). К примеру, уровень смертности мужчин от болезней системы кровообращения во Франции в возрасте 75–79 лет ниже, чем в России в возрасте 55–59 лет (!), а значительный рост показателя наблюдается только после 80 лет. В возрасте 85 лет и старше уровень смертности мужчин во Франции от БСК соответствует уровню, наблюдаемому в России в возрасте 75–79 лет. Москва между тем занимает промежуточное положение между Россией и странами Запада (в большей степени близка к странам Прибалтики).

Оценка потерь в результате смертности от болезней системы кровообращения

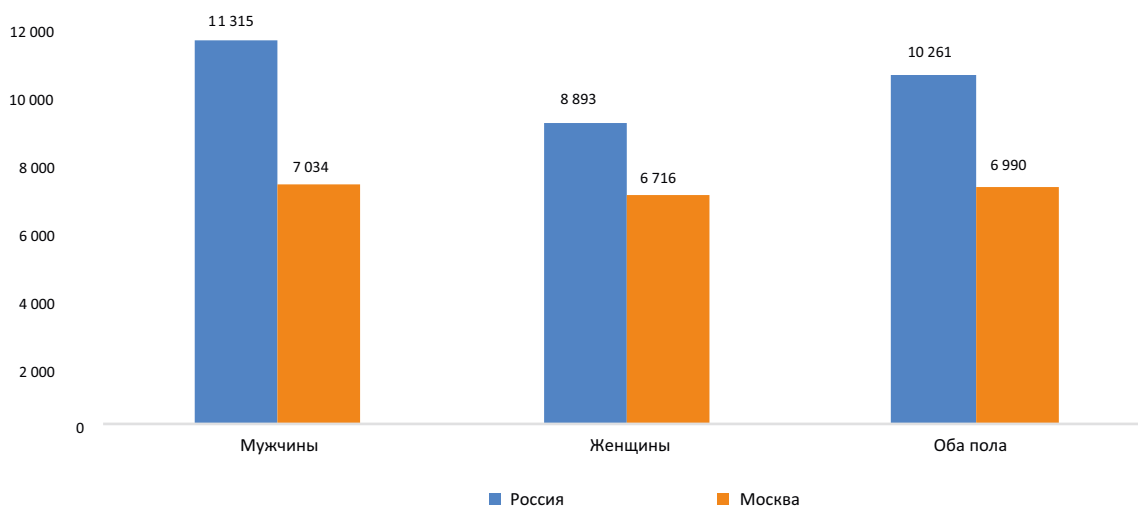
Высокая смертность от БСК в России продуцирует колоссальные потери в результате преждевременной смертности (рис. 10). По оценке Института измерения и оценки здоровья, в 2015 г. в России более 12 тыс. человеко-лет (в расчете на 100 тыс. человек) было потеряно в результате преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (для сравнения, во Франции этот показатель составил 2,8 тыс.), что

Рисунок 10. Потерянные годы жизни (years life lost – YLL) в странах мира, 2015 г., на 100 тыс. человек



Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Рисунок 11. Потерянные годы жизни (YLL), Россия и Москва, 2015 г., на 100 тыс. человек



Источник: рассчитано по данным Росстата, Human Mortality Database

в абсолютном выражении составило более 18 млн человеко-лет, или более 40% всех потерь от преждевременных смертей. К этому показателю также прибавляются и потери в результате инвалидности, что суммарно составляет 13,3 тыс. человеко-лет на 100 тыс. человек населения за 2015 г.

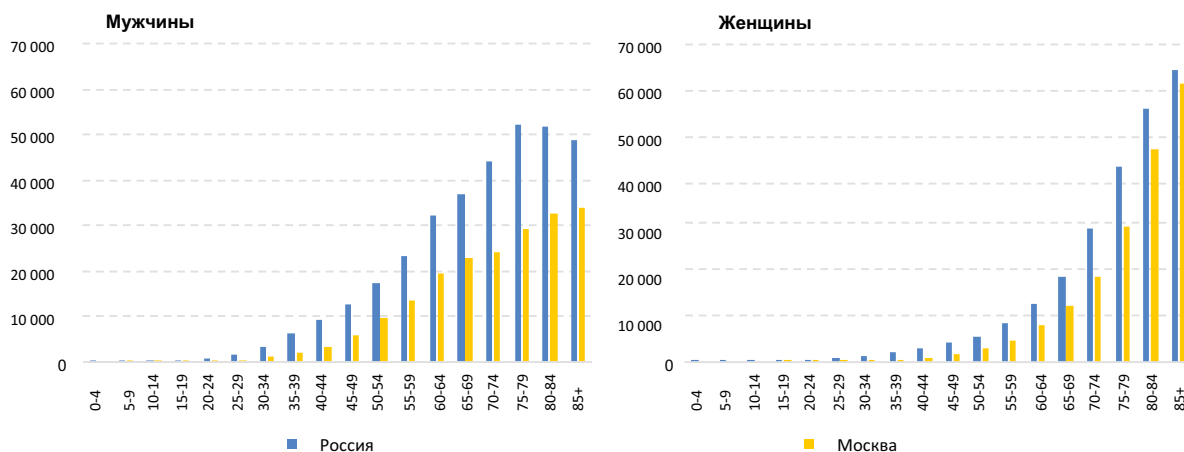
По нашей оценке, для которой в качестве стандарта продолжительности жизни была выбрана продолжительность жизни в Японии в 2014 г., потери в результате преждевременной смертности от БСК в Москве составляют порядка 7 тыс. человеко-лет на 100 тыс. населения среди мужчин и 6,7 тыс. среди женщин, что заметно ниже

среднероссийского показателя, однако по-прежнему выше уровня, наблюдаемого в странах Западной Европы (рис. 11). При этом среди мужчин как в России, так и в Москве быстрый рост количества потерянных лет жизни начинается уже с возрастов 30–34 года, а среди женщин потери особенно возрастают среди пожилых людей (рис. 12).

Вместо заключения

БСК являются ключевой причиной отставания России и Москвы по продолжительности жизни от наиболее развитых стран мира. И, несмотря на ощутимые успехи

Рисунок 12. Потерянные годы жизни (YLL) в России и Москве по возрастным группам, 2015 г., на 100 тыс. человек



Источник: рассчитано по данным Росстата, Human Mortality Database



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СЕРГЕЙ ТИМОНИН

ЭКСПЕРТ ОТДЕЛА ДЕМОГРАФИИ, К.Г.Н.:

“ Анализ и прогнозирование демографических процессов являются важными инструментами, позволяющими объективно оценивать состояние здоровья населения и в определенной степени эффективность деятельности системы здравоохранения.

- Анализ и прогнозирование демографических процессов в Москве
- Внедрение научно обоснованных методик оценки заболеваемости и смертности населения для принятия взвешенных управленческих решений
- Проведение статистических и аналитических исследований в области демографии и здоровья населения
- Оценка взаимного влияния демографических и социальных факторов на эффективность деятельности системы и организаций здравоохранения

www.niioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

последних 1,5 десятилетий в снижении сердечно-сосудистой смертности, Россия все еще остается страной с наиболее высокой смертностью от БСК в мире. Что конкретно стоит за этим? Традиционные или плохо изученные («российские») факторы риска, провалы в оказании медицинской помощи или же просто гипердиагностика смертности от БСК? Скорее всего, весь комплекс факторов, который требует тщательного изучения и проведения дополнительных эпидемиологических и демографических исследований, которые позволят таргетно сформулировать приоритетные направления в снижении смертности и увеличении и продолжительности жизни россиян.

Список литературы

1. Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России. Демографическое обозрение. 2015. Т. 3. №1. С. 6–34.
2. Данилова И.А. Проблемы качества российской статистики причин смерти в старческом возрасте. Успехи геронтологии. 2015. Т. 28. №3. С. 409–414.
3. Какорина Е.П. Старость не причина. Медицинский вестник. 2013. № 8 (621). URL: http://www.medvestnik.ru/articles/starost_ne_prichina (дата обращения: 16.01.2016).
4. РосБРС (2017) Российская база данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской Экономической Школы. URL: http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (дата обращения: 24.07.2017).
5. Danilova I., Shkolnikov V.M., Jdanov D.A., Meslé F., Vallin J. Identifying potential differences in cause-of-death coding practices across Russian regions. Population Health Metrics. 2016;14(8). URL: <http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-016-0078-0> (дата обращения: 22.03.2016).
6. Grigoriev P., Meslé F., Shkolnikov V. M., Andreev E., Fihel A., Pechholdova M., Vallin J. The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? Population and Development Review. 2014;40(1):107–129.
7. HMD. The Human Mortality Database. Department of Demography, University of California, Berkeley; Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany, 2017 URL: <http://mortality.org> (дата обращения: 24.07.2017).
8. Meslé F., Vallin J. The health transition: trends and prospects. G. Caselli, J. Vallin, G. Wunsch, eds. Demography: analysis and synthesis. A treatise in population studies. New York: Academic Press. 2006;II:247–259.
9. WHO MD. World Health Organization Mortality Database, 2016. WHO. URL: http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/ (дата обращения: 10.06.2016).

ЛЕГЧЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ, ЧЕМ ЗАПОДОЗРИТЬ

На общегородской клинико-анатомической конференции, прошедшей 28 марта 2017 года, был рассмотрен случай системного амилоидоза. Клиническое наблюдение пациента представили специалисты нескольких клиник и разных профилей.

Первая госпитализация в ГКБ №15 им. О.М. Филатова

Открыл выступление заместитель главного врача Городской клинической больницы №15 (ГКБ №15) Борислав Силаев:

– Разрешите представить вам клиническое наблюдение пациента, который в 2014 г. самостоятельно обратился в приемное отделение ГКБ №15 с жалобами на увеличение в объеме левой голени, боли, ощущение жжения, покраснение кожного покрова передней поверхности, недомогание, познабливание и повышение температуры тела до 38 °С. По словам пациента, заболел остро в 4 часа утра, когда появились вышеуказанные жалобы. Из анамнеза стало известно, что больной страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией, гепатиты отрицал. В приемном отделении пациент был осмотрен хирургом. В локальном статусе левая голень увеличена в объеме по сравнению с правой. Кожный покров левой голени горячий, с сине-багровыми пятнами. Отмечалась гиперпигментация кожного покрова обеих голеней, варикозное расширение вен нижних конечностей. Пульсация на периферических артериях сохранена, лимфатические узлы не пальпировались, на кожном покрове в паховых областях отмечена опрелость. На основании осмотра, сбора жалоб и анамнеза был выставлен диагноз: варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, ожирение 4-й степени, подозрение на рожистое воспаление левой голени.

Пациенту в приемном покое было выполнено электрокардиографическое исследование (ЭКГ), по данным которого была диагностирована фибрилляция предсердий с частотой сокращения (ЧСС) примерно 120 в 1 мин, блокада правой ножки пучка Гиса и снижение вольтажа. По данным проведенного лабораторно-инструментального обследования были отмечены тромбоцитопения, а также протеинурия 1 г/л и умеренно выраженная эритроцитурия, уровень глюкозы крови в пределах нормы.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 144 г/л
 Гематокрит – 0,43 л/л
 Эритроциты – 4,400,000/мл
 Тромбоциты – 126,000/мл
 Лейкоциты – 7,900/мл
 ■ гранулоциты – 76%
 ■ лимфоциты – 18,4%
 ■ моноциты – 5,50%

Глюкоза крови – 4,10 ммоль/л

Общий анализ мочи:

Прозрачность – полная
 Реакция (рН) – 5,5
 Плотность – 1,025 г/л
 Белок – 1,00 г/л
 Эпителий плоский – единично
 Лейкоциты – 3–5 в п/зр.
 Эритроциты – 10–12 в п/зр.
 Слизь +

УЗ-доплерография вен нижних конечностей:

Эхо-признаков тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. Имеются эхо-признаки увеличения лимфоузлов в паховой области слева.

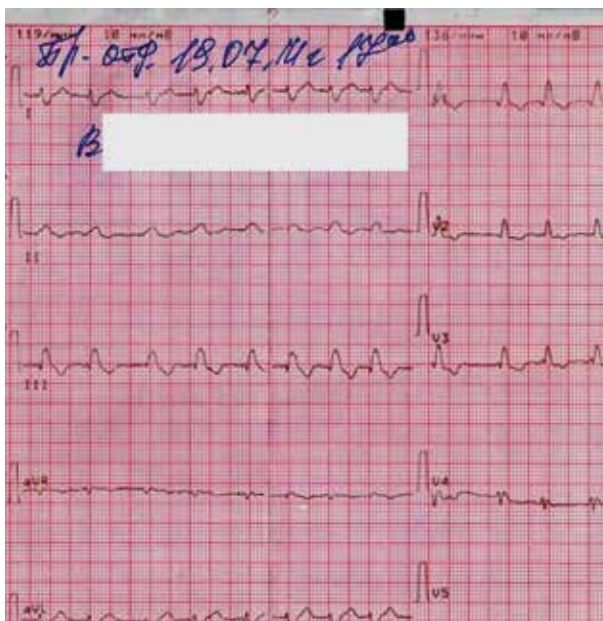
Пациенту была выполнена ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей. Признаков тромбоза вен нижних конечностей выявлено не было, имелись признаки увеличения лимфоузлов в паховой области.

Леонид Печатников попросил уточнить:

– Когда Вы в анализе мочи увидели протеинурию, Вы посмотрели биохимию крови? В каком состоянии там были белки? Борислав Силаев пояснил, что на момент поступления пациента был намечен план обследования в приемном покое, который не предусматривал проведения развернутого биохимического анализа крови. В 7 часов пациент был осмотрен терапевтом, на момент осмотра больной предъявлял жалобы на боль, отечность в области левой голени, повышение температуры тела до 38 °С, одышку при минимальной физической нагрузке. Из анамнеза заболевания стало известно, что пациент страдал длительной артериальной гипертензией (АГ) с максимальными подъемами давления до 200 и 100 мм рт. ст. Медикаментозную терапию принимал нерегулярно. Примерно год назад было отмечено нарастание степени одышки при физической нагрузке. Из перенесенных заболеваний пациент отмечал артроз, артрит коленных суставов. Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести, избыточного питания. Гиперемия, высыпания на коже левой голени, цианоза, акроцианоза нет. Движения в

коленных суставах ограничены. Отмечены отеки голени, стоп, выраженные больше слева. Дыхание жесткое, с частотой 22 в 1 мин, проводится во все отделы легких без хрипов. На ЭКГ: ЧСС 132 в 1 мин, фибрилляция предсердий, блокада правой ножки пучка Гиса. Тоны сердца приглушены, аритмичны, пульс около 120 в 1 мин. Артериальное давление (АД) 140 и 90 мм рт. ст. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги. На основании осмотра был поставлен диагноз: АГ 3-й стадии. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Недостаточность кровообращения (НК), 2Б стадия. Ожирение 4-й степени.

Электрокардиографическое исследование



Заключение: фибрилляция предсердий с ЧСС 120/мин. Блокада правой ножки пучка Гиса. Снижение вольтажа зубцов. Была рекомендована консультация врача-инфекциониста для исключения рожистого воспаления левой голени. После осмотра врача-инфекциониста пациент был переведен в Инфекционную клиническую больницу №2 для дальнейшего лечения.

Госпитализация в Инфекционную клиническую больницу №2

Доклад продолжила зам. главного врача Инфекционной клинической больницы №2 Светлана Сметанина.
 – Пациент находился в нашей больнице с 20 июля 2014 г. по 31 июля 2014 г. с основным диагнозом: первичная буллезная геморрагическая рожа левой нижней конечности 2-й степени. Сопутствующие диагнозы: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия, АГ 3-й степени,

НК 2Б, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность (ХПН), мочекаменная болезнь, ожирение 3-й степени, лимфовенозная недостаточность с трофическими нарушениями, микоз стоп.

В клиническом анализе мочи при поступлении и в динамике: гиперпротеинурия, белок 6 г/л при первом исследовании и 5,6 г/л в последующем исследовании. Лейкоцитурия и эритроцитурия. При биохимическом исследовании крови также на протяжении всего пребывания в стационаре: гипопротейнемия и повышение уровня шлаков крови, мочевины и креатинина. При проведении коагулограммы показатель был в пределах нормы, превышен фибриноген.

Динамика показателей общего анализа крови

	20.07.2014	25.07.2014
Гемоглобин	144	132
Эритроциты	4,06	
Тромбоциты	249	
Лейкоциты	7,9	6,8
■ палочкоядерные		1
■ сегментоядерные		60
Эозинофилы		4
Лимфоциты		23
Моноциты		12
СОЭ		79

Динамика показателей общего анализа мочи

	21.07.2014	
	25.07.2014	21.07.2014
рН	6,0	6,0
ОП	1023	1018
Белок	6,0 г/л	5,6 г/л
Глюкоза	Отриц.	Отриц.
Лейкоциты	8–12 в п/зр.	10–15 в п/зр.
Эритроциты	45–50 в п/зр.	20–25 в п/зр.
Эпителий плоский	немного	немного

Динамика показателей биохимического анализа крови

	21.07.2014	25.07.2014	28.07.2014
Общий белок	50,8	56,1	52,6
Мочевина	21,7	13,8	20,8
Креатинин	280	199,1	300,5
Билирубин общ.	13,3	8,4	6,9
АЛТ	9,3	10,7	11,4
АСТ	27,9	22,8	26,1
Холестерин	6,27	6,4	5,4
Глюкоза	5,9	–	–

Дополнительные методы исследования

Учитывая протеинурию (белок в моче 6,0 г/л) и азотемию в биохимическом анализе крови (мочевина – 21,7; креатинин – 280) было проведено УЗИ почек и мочеточников: почки расположены типично, правая почка: размеры 139x79 мм, левая почка: размеры 148x69 мм. Контур неровный, волнистый. Паренхима толщиной до 28–29 мм. Дифференциация на слои сохранена, рисунок смазан, эхогенность коркового слоя снижена. ЧЛС не расширена, конкременты, микролиты до 2–3 мм слева. Мочеточники не расширены. Мочевой пузырь полунаполнен, обычной формы, стенки не утолщены, содержимое жидкостное. Заключение: умеренные диффузные изменения в паренхиме почек с утолщением паренхимы и увеличением размеров почек. Микролиты в левой почке.

Учитывая поставленный диагноз, была назначена антибактериальная терапия: бензилпенициллина новокаиновая соль в суточной дозе по 1 200 000 ЕД внутримышечно, а также обработка очага, дезинтоксикационная терапия, гипотензивная терапия, симптоматическая терапия. На фоне проводимой терапии у пациента отмечалась положительная динамика. Температура тела снизилась, очаг рожки угасал.

Через 4 дня после госпитализации у больного появились одышка, учащенное сердцебиение. При осмотре отмечались цианоз губ, частота дыхания была 22 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, пульс 80 в 1 мин, АД 130/75 мм рт. ст. По данным ЭКГ: мерцательная аритмия, мерцание предсердий, ЧСС 80–150 в 1 мин, тахисистолическая форма. Блокада правой ножки пучка Гиса. Выраженные изменения миокарда. Заключение кардиолога: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия, АГ 3-й степени, НК 2Б, хронический пиелонефрит, ХПН. Пациенту была назначена терапия: атенолол, дигоксин под контролем ЧСС, фуросемид под контролем диуреза, аспирин и УЗИ почек. При исключении инфекционного заболевания – перевод в многопрофильный стационар для продолжения лечения сердечной недостаточности.

Заключение, полученное при УЗИ: умеренные диффузные изменения в паренхиме почек с утолщением паренхимы, увеличение размеров почек и микролиты в левой почке, по 3 мм слева.

Учитывая заключение кардиолога, сохраняющиеся явления аритмии, после завершения курса антибактериальной терапии пациент был переведен в Городскую клиническую больницу №70 с диагнозом: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия, АГ 2-й степени, НК 2Б, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, ХПН, ожирение 3-й степени, лимфовенозная недостаточность конечностей с трофическими нарушениями, микоз стоп.

Госпитализация в ГКБ им. Е.О. Мухина

Доклад продолжил зам. главного врача по хирургической помощи ГКБ им. Е.О. Мухина Михаил Зотин.

– После поступления в приемном отделении пациента осмотрел уролог. При осмотре состояние больного средней тяжести. Гипертермии нет. Вес 150 кг, рост 173 см. Индекс массы тела 43. Трофические нарушения кожи нижних конечностей. Подкожная клетчатка развита чрезмерно. Частота дыхательных движений 18 в 1 мин, тоны сердца глухие, аритмичные, АД 140 на 70 мм рт. ст., пульс 89 в 1 мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, пациент мочится самостоятельно, стул был. Область почек визуально не изменена. Пальпация в области почек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. В общем анализе мочи обращает на себя внимание протеинурия, 3 г/л. Общий анализ крови без особенностей. УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, гепатоспленомегалия, жировой гепатоз, дискинезия желчного пузыря. Рентген грудной клетки без особенностей. Заключение уролога: на основании жалоб, анамнеза, осмотра и проведенного обследования данных за острую урологическую патологию нет. Заключение хирурга: лимфовенозная недостаточность левой нижней конечности с трофическими нарушениями. Рекомендовано наблюдение хирурга по месту жительства. По заключению кардиолога и терапевта: ИБС, перманентная форма фибрилляции предсердий, НК 1–2-й степени, гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений 4, хроническая болезнь почек 3-й степени, ожирение 3-й степени, микоз стоп, лимфовенозная недостаточность нижних конечностей с трофическими нарушениями. По заключению кардиолога пациент не нуждался в экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и был выписан под наблюдение поликлинического врача.

В связи с отсутствием возможности амбулаторного контроля, показателя международного нормализованного отношения, пациенту не был назначен морфолин и был рекомендован прием дабигатрана либо ривароксабана в дозировке 20 мг/сут, а также карведилол и эналаприл.

2 года спустя: вызов скорой медицинской помощи

Следующий докладчик, зам. главного врача Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Георгий Введенский представил слушателям состояние пациента накануне госпитализации спустя 2 года:

– 13 апреля 2016 г. к пациенту была направлена бригада «скорой помощи» в связи с вызовом по поводу ИБС, мерцательной аритмии, гипотонии. На момент прибытия бригады пациент предъявлял жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, одышку при незначительной физической нагрузке. Пациент отмечал ухудшение состояния в течение последних 3 месяцев, в том числе – снижение АД до 80, 70 на 60 мм рт. ст. Состояние было расценено как средней тяжести. Сознание ясное. Контактен. Отмечалась пастозность голени. Дыхание жесткое. Частота дыхания 20 в 1 мин, ЧСС 98 в 1 мин. АД 80 на 50 мм рт. ст. Бригадой «скорой помощи» была проведена глюкометрия – 7,2 ммоль/л. Данные ЭКГ: фибрилляции предсердий с частотой 98 уд/мин, низкий вольтаж, электрическая ось сердца отклонена вправо, полная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого желудочка. Данных за острую коронарную патологию не было. Сатурация 93. Был установлен диагноз: постоянная форма мерцания предсердий. Хроническая сердечная недостаточность. Декомпенсация. Проведена инфузионная терапия раствором допамина, на физ. растворе, оксигенотерапия. На фоне проводимой терапии пациент был в стабильно тяжелом состоянии, госпитализирован в Городскую клиническую больницу №15.

Объективный осмотр. Органы пищеварения: живот мягкий, увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Данные исследований. Глюкометрия – 7,2 ммоль/л; ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧСС – 98 в 1 мин. Низкий вольтаж ЭКГ; ЭОС – вправо. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. QRS – 0,13 QT – 0,38. Гипертрофия правого желудочка. Данных за острую коронарную патологию нет; SpO₂ – 93%.

Диагноз. ИБС. Постоянная форма мерцания предсердий. Хроническая сердечная недостаточность 2А. Декомпенсация.

Терапия. ■ раствор допамина (200 мг)

■ раствор натрия хлорида (0,9% – 250,0 мл)

■ оксигенотерапия аппаратом АНnСП-01-TMT (FiO₂ – 0,5 6 л/мин).

На фоне терапии: ЧСС 100 в 1 мин, ЧДД – 20 в 1 мин, SpO₂ – 98%.

Терапия проведена в соответствии с «Алгоритмами оказания скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы», утвержденными приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 31.12.2016 г. № 1397.

Тактика. Определены показания к экстренной медицинской эвакуации. Больной доставлен в ГБУЗ «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова».

Повторная госпитализация в ГКБ №15 им. О.М. Филатова

Доклад продолжил Борислав Силаев:

– 13 апреля 2016 г. больной был госпитализирован в 9-е отделение анестезиологии и реанимации с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке. Объективный статус при поступлении: состояние больного тяжелое. Положение с приподнятым головным концом. Сознание ясное. Контактен, адекватен, ориентирован в пространстве, времени, собственной личности, вял, сонлив, адинамичен. Имеются трофические изменения голени и стоп с обеих сторон, пастозность голени и стоп. Дыхание частотой 20 в 1 мин, жесткое, проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, шумы не выслушиваются, частота около 99 в 1 мин. АД 85 на 52 мм рт. ст. Печень на 7 см выступает из-под реберной дуги. На основании представленной медицинской документации и данных осмотра был сформулирован предварительный диагноз: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, АГ 3-й стадии, постоянная форма фибрилляции предсердий, НК 2Б стадии, мочекаменная болезнь, ХПН, ожирение 3-й степени, микоз стоп. Была назначена инфузионная терапия допамином для стабилизации показателей гемодинамики. Внутривенно лазикс, дигоксин. От назначения антикоагулянтной терапии временно воздержались до получения

результатов биохимического анализа крови и оценки скорости клубочковой фильтрации.

По данным лабораторного инструментального метода обследования при поступлении, по данным рентгенографии грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений отмечено не было, отмечалось расширение границ сердца. По данным ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, блокада правой ножки пучка Гиса, фибрилляция предсердий с частотой около 120 в 1 мин. Выполнено Эхо-кардиографическое исследование. Зона нарушения сократимости не выявлена. Правые отделы сердца и левое предсердие расширено. Давление в легочной артерии 68 мм рт. ст. Систолическая функция миокарда левого желудочка сохранена. Имелось незначительное количество жидкости в полости перикарда. В лабораторных анализах обратила на себя внимание гиперазотемия. Мочевина 50 ммоль/л, креатинин 1844 мкмоль/л. Гиперкалиемия 7,5. В связи с полученными данными пациент для дальнейшего лечения был переведен в 6-е отделение реанимации для проведения гемодиализа.

Было выполнено УЗИ органов брюшной полости, на котором обращала на себя внимание увеличенная печень с ровными контурами, диффузно неоднородная Эхо-структура, повышенная эхогенность. Состояние почек: расположены в типичном месте, подвижные. Контуров неровные. Размеры почек нормальные. Имеется снижение толщины паренхимы почек

Эхо-КГ: зон нарушения сократимости не выявлено. Правые отделы сердца, ЛП расширены. Давление в ЛА – 68 мм рт.ст. ФВЛЖ – 67%. Незначительное количество жидкости в полости перикарда.

УЗАС вен нижних конечностей: Эхо-признаков тромбоза глубоких и поверхностных вен нижних конечностей на момент осмотра не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости: жидкости в брюшной полости не выявлено.

Печень увеличена, контуры ровные, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышенная; сосудистый рисунок прослеживается; внутривенные протоки не расширены; признаков портальной гипертензии нет; холедох не расширен.

Желчный пузырь лоцируется фрагментарно, форма обычная, 9х3,8 см, стенка не утолщена, обычной структуры, просвет однородный, анэхогенный, в просвете конкрементов не выявлено.

Поджелудочная железа не лоцируется.

Правая почка: топография обычная, в подвижности не ограничена, контуры неровные, размеры 11,7х5,5 см, толщина паренхимы 0,7 см, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повышенная, ЧЛС не расширена, корково-медуллярная дифференцировка резко снижена, пирамидки расширены.

Сеанс CVVHD

Показатель	Значение	Референсные значения
Мочевая кислота	539 мкмоль/л	208–428
Кальций общий	1,80 ммоль/л	2,15–2,57
Фосфор	2,76 ммоль/л	0,81–1,45
Железо	20,4 мкмоль/л	7,2–21,5
Ферритин	1099 мкг/л	30–300

до 0,7. Эхо-структура диффузно неоднородная. Эхогенность повышенная. Чаше-лоханочная система не расширена. Резко снижена кортико-медуллярная дифференцировка. Пирамидки расширены.

На следующий день после госпитализации были получены данные лабораторного обследования: повышение уровня мочевины, гипокальциемия, гиперфосфатемия при нормальном уровне железа, повышение ферритина крови. В тот же день пациента консультировал нефролог. Заключение нефролога: диагноз требует уточнения с учетом имеющихся анамнестических данных за 2014 г., когда отмечались протеинурия 6 г/л и гипопроteinемия, повышение креатинина до 300 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз: хронический гломерулонефрит с исходом в терминальную почечную недостаточность, ХБП, АГ 3-й стадии. Фосфорно-кальциевые нарушения. Вторичный гиперпаратиреоз, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий, ожирение 3-й степени.

Результаты Эхо-кардиографии: достоверных зон нарушений сократимости не выявлено. Толщина стенок миокарда не была измерена в связи с ограничением визуализации, уплотнения аорты, дилатации предсердий. Митральная недостаточность, аортальная и трикуспидальная недостаточность 1-й степени. Признаки легочной гипертензии. Глобальная систолическая функция удовлетворительная. Фракция выброса 60%. Отмечалось небольшое количество жидкости в перикарде.

В связи с клинической картиной, выраженной протеинурией проводилась дифференциальная диагностика между хроническим гломерулонефритом и амилоидозом почек. Однако, учитывая тяжесть состояния и нестабильность состояния больного, выполнение биопсии почки не представлялось

возможным, в связи с чем проведение биопсии почки было решено отсрочить до стабилизации состояния пациента. В этот же день пациент был осмотрен нефрологом повторно. Отмечена крайняя тяжесть состояния больного. В контрольных анализах мочи протеинурия от 6 до 10 г/л. С учетом нормальных размеров почек по данным УЗИ в круг диагностического поиска были включены сахарный диабет 2 типа и системный амилоидоз. Было рекомендовано продолжить проводимую терапию, провести анализ суточной мочи на белок и анализа крови на гликированный гемоглобин. После стабилизации состояния – выполнить колоноскопию и гастроскопию с биопсией слизистой оболочки на амилоид. В дальнейшем в отделении проводилась заместительная почечная терапия. Вазопрессорная анаэробная поддержка допамином, изотонном, оксигенотерапия, терапия препаратами железа, инфузионная, гастропротекторная терапия, антикоагулянтная терапия гепарином – 5000 4 р/сут подкожно. Антидиарейная терапия лоперамидом по 2 капсулы после каждого акта дефекации. За все время наблюдения состояние пациента оставалось тяжелым. В общем статусе нарастали явления энцефалопатии. На фоне проведения нескольких сеансов гемодиализа сохранялась олигурия. И, тем не менее, состояние пациента ухудшалось. Хотя на фоне проведения гемодиализа была отмечена отчетливая тенденция к снижению показателей как мочевины, так и креатинина, нормализации калия, тем не менее, в лабораторных показателях за время наблюдения сохранялись нормохромная макроцитарная анемия, тромбоцитопения, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, гиперазотемия, гипокальциемия. Сохранялись протеинурия максимально до 10 г/л, глюкозурия, умеренные лейкоциты, эритроцитурия. По данным кислотно-щелочного состояния сохранялись выраженные метаболические расстройства в

Динамика лабораторных показателей пациента

Общий анализ крови

Показатель	13.04	14.04	15.04	16.04	17.04	18.04
Гемоглобин	80	77	70	72	77	78
Тромбоциты	120	103	85	124	80	83
Лейкоциты	5,4	4,2	4,0	3,4	3,8	3,8

Коагулограмма

Показатель	13.04	14.04	15.04	16.04	17.04	18.04
АЧТВ	35,6	46,4	30,0	30,1	51,3	52,5
ПВ	12,1	13,2	14,2	16,0	15,5	14,9
МНО	1,04	1,14	1,22	1,38	1,34	1,28
ПТИ	87,1	75,3	67,0	55,9	58,6	62,2

КЩС

Показатель	13.04	14.04	15.04	16.04	17.04	18.04
pH	7,05	7,24	7,25	7,25	7,33	7,31
BE	-22,2	-11,4	-14,7	-8,8	-3,8	-5,1
Лактат	0,9	0,5	3,9	0,8	1,5	4,3

Динамика лабораторных показателей пациента

Биохимический анализ крови

Показатель	13.04	14.04	15.04	16.04	17.04	18.04
Общий белок	55,5	47,1	44,4	49,0	54,7	49,4
Альбумин		14,4	11,0	17,5	16,2	18,5
Мочевина	50,5	49,7	35,0	40,6	39,8	28,5
Креатинин	1844	1538	1312	1517	1322	1067
K ⁺	7,5	5,0	4,7	4,8	4,5	3,8
Na ⁺	132	139	139	136	137	137
Ca ²⁺	1,11	0,93	0,69	0,59	0,85	0,84

Общий анализ мочи

Показатель	14.04	15.04	16.04	17.04
pH мочи	6,0	7,0	6,5	7,0
Плотность	1012	1010	1016	1015
Белок	3,00	6,00	>10,00	2,8
Глюкоза	5,5	2,8	5,5	5,5
Лейкоциты	6–10	>100	10–12	6–8
Эритроциты	15–20	35–40	негусто	10–12

виде метаболического ацидоза. А также в последние дни, 17, 18 апреля отмечено нарастание лактата сыворотки. 19 апреля в 4.30 возникла асистолия. Проведенные в полном объеме реанимационные мероприятия остались без эффекта. В 5 часов констатирована биологическая смерть пациента. На секцию пациент был отправлен с диагнозом: основное заболевание: ИБС, атеросклероз коронарных артерий, фоновая АГ 3-й стадии, осложнение постоянной формы фибрилляции предсердий, НК 2Б, нефропатия смешанного генеза, острая почечная недостаточность на фоне хронической, состояние после сеансов гемодиализа. И сопутствующее заболевание: ожирение 3-й степени, микоз стоп.

Патологоанатомическая секция

Результаты патологоанатомического исследования доложил зав. патологоанатомическим отделением ГKB №15 Григорий Медников.

– В своем докладе, в первую очередь, хочу более подробно остановиться на тех органах умершего, которые будут важны для установки патологоанатомического диагноза. Почки не увеличены в размерах, обычной массы, плотные. Поверхность их бледно-серого цвета с небольшими рубцовыми западениями и единичными мелкими тонкостенными кистами. На разрезах почки с характерным салым блеском, с широким матовым корковым веществом и серо-розовыми пирамидами, границы слоев ступенчаты. Микроскопически: большая часть клубочков склерозирована. Депозиты амилоидов в стенках артерий приносящих и выносящих артериол, капиллярных петлях большинства клубочков с диффузным расширением мезангия. Просвет канальцев расширен, эпителий

проксимальных канальцев с признаками белковой дистрофии. Диффузный, умеренно выраженный склероз стромы с очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией. Склероз стенок артерий.

Леонид Печатников уточнил:

– Правильно ли я вас понял, что больших салых почек вы не видели, макроскопически. И только микроскопически, при окрашивании конго, вы увидели амилоид?

– Совершенно верно, – ответил Григорий Медников. - Печень умеренно увеличена, массой 1400 г с гладкой поверхностью. На разрезе серовато-коричневого цвета, умеренного кровенаполнения. Микроскопически: дольковое и балочное строение сохранено, портальные тракты не расширены. Незначительная инфильтрация лимфоцитами. Сосуды депортальных трактов умеренного кровенаполнения. Центральные вены запустевшие. Гепатоциты с признаками тяжелой белковой и очаговой умеренно выраженной жировой дистрофии. Отложения амилоида между эндотелиоцитами синусоидов и в стенках сосудов портальных трактов. Селезенка увеличена, размерами 14x10x5 см, массой 350 г, плотная. На разрезе коричнево-красная, без соскоба пульпы с характерным салым блеском. Микроскопически: атрофия белой пульпы. При окраске конго красным в стенках сосудов и в ретикулярной строме выявлены отложения амилоида. Сердце размером 13x12x6 см, масса 500 г. На разрезе миокард красно-коричневый, с салым блеском, толщина стенки левого желудочка 2 см, правого – 0,3 см, стеноз просвета коронарных артерий до 25%. Микроскопически: гипертрофия кардиомиоцитов, периартериальный кардиосклероз, отложения амилоида в

стенках сосудов. Надпочечники листовидной формы, размерами 4x2,5x0,3 см, с видимой стратификацией коркового и мозгового слоев. Микроскопически: субтотально замещены отложениями амилоида. Поджелудочная железа макроскопически без особенностей. Микроскопически: умеренно выраженный междольковый липоматоз, в стенках сосудов скопление амилоида. Желудок обычной формы и размеров. Микроскопически: в стенках сосудов слизистого и подслизистого слоя отложения амилоида. Костный мозг нормоклеточный, представлен всеми тремя ростками кроветворения. В легких – умеренно выраженный отек, мелкоочаговая пневмония. Головной мозг обычной формы и размеров. Микроскопически с неравномерно выраженным полнокровием сосудов, незначительным перивасальным отеком. После гистологического исследования патологоанатомический диагноз был сформулирован следующим образом. Основное заболевание: генерализованный амилоидоз с поражением почек, миокарда, надпочечников, селезенки, поджелудочной железы, печени, желудка. Осложнения: острая почечная недостаточность на фоне хронической. Прогрессирующая сердечная недостаточность. Явная форма фибрилляции предсердий. Дистрофические изменения внутренних органов, мелкоочаговая пневмония. По данному случаю была получена консультация у профессора Варшавского Владимира Анатольевича. Проведена реакция типирования щелочным гуанидином. Патологоанатомический диагноз был скорректирован: первичный системный старческий амилоидоз с поражением почек, миокарда, надпочечников, селезенки, поджелудочной

данном многих американских и европейских основных руководств, ИБС, это очень конкретное заболевание как в острой, так и в хронической форме. Здесь обязательно должно быть несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Очень коротко посмотрим статистику: в развитых странах диагноз ИБС достигает 12% и вместе с инсультами составляет 21%. Что мы имеем у нас в стране? Более 50%. Неужели разница столь велика, что мы настолько хуже лечим? Нет, это не так. Почему же не улучшается статистика? Согласно классическим руководствам, написанным в консенсусе между патологоанатомами и клиницистами, для ИБС характерны выраженные изменения ткани миокарда или тромбоз коронарной артерии. Если речь идет о стенозе более 50%, необходимо доказать, что в этом случае была ишемия. То есть должны быть достоверные очаги некроза. В данной ситуации, когда речь идет о стенозе меньше 50%, вообще не приходится говорить об ИБС, если нет инфаркта. То же самое касается атеросклеротического кардиосклероза, который представляет собой редчайший диагноз, и тоже морфологически должен быть абсолютно обоснован выраженным атеросклерозом, изменениями миокарда, четко определенным, имеющим свои патологоанатомические, в том числе и прижизненные понятные признаки.

Леонид Печатников попросил уточнить:

– Елена Юрьевна, как на Ваш взгляд, на первых эта-

Патологоанатомический диагноз после консультации и типирования препаратов профессором кафедры патологической анатомии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова д.м.н. Варшавским В.А.

Основное заболевание. Первичный системный старческий амилоидоз с поражением почек, миокарда, надпочечников, селезенки, поджелудочной железы, печени, желудка.

Осложнения основного заболевания. Острая почечная недостаточность на фоне хронической: анурия, мочевины крови до 50,5 ммоль/л, креатинин до 1844 мкмоль/л, калий до 7,5 ммоль/л. Гемодиализ 13, 14, 16, 18.04.16 г. Прогрессирующая сердечная недостаточность: отек легких. Постоянная форма фибрилляции предсердий (по клиническим данным). Дистрофические изменения внутренних органов. Мелкоочаговая пневмония (гистологически).

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты (1-я степень, IV стадия). Нестенозирующий атеросклероз венечных артерий сердца (1-я степень, IV стадия). Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 500 г, толщина миокарда левого желудочка до 2,0 см, правого – 0,3 см).

желудка, печени, желудка. Сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания остались теми же.

Выступления рецензентов

Главный внештатный кардиолог Департамента здравоохранения Москвы, Елена Васильева:

– Можно было ли поставить правильный диагноз? По данным Всемирной организации здравоохранения, по

пах, можно было думать если не об амилоидозе, то хотя бы о какой-то кардиомиопатии?

Елена Васильева пояснила, что у данного пациента была нормальная сократимость сердца. В данном случае не было причин думать о кардиомиопатии, связанной с дилатацией.

Главный внештатный нефролог Департамента здравоохранения Москвы, Олег Орехов:

– Я хотел бы напомнить о классификации хронической болезни почек, ее стадийности. У этого пациента скорость клубочковой фильтрации составляла 24 мл/мин, это 4-я стадия хронической болезни почек. Несколько лет назад у нас три четверти пациентов начинали лечение программным гемодиализом или перитонеальным диализом, проходя обязательно через реанимацию. Цифры недопустимые. Сейчас у нас 2017 г., но цифра по-прежнему остается достаточно высокой. Что касается конечной госпитализации пациента в больницу им. Филатова, то, надо признать, что пациент поступил уже в ургентной стадии. В настоящее время в Москве, в Московском регистре пациентов с нефрологическими заболеваниями на учете состоят 345 пациентов, страдающих различными типами амилоидоза. Из них в 5-й стадии хронической болезни почек 59. Причем, я хотел бы обратить внимание, что доля пациентов с амилоидозом, находящихся на программном гемодиализе, у нас приблизительно такая же, как и в Европе. Это в районе 1% пациентов от всех больных, которым проводится гемодиализ. При своевременной диагностике и, наверное, правильной маршрутизации пациентов, страдающих амилоидозом, даже с тяжелым лимфатическим синдромом, гемодиализ оставляет им шанс на увеличение продолжительности жизни. Имеющийся нефротический синдром, который так и не прозвучал ни в одной истории болезни, является очень патогномичным для амилоидоза. К моменту последнего поступления в ГКБ №15 пациент уже находился в терминальной стадии почечной недостаточности. Программа лечения гемодиализом таких пациентов в условиях гипертонии – это очень сложная задача. Гораздо проще было предотвратить это на более ранних этапах.

Главный внештатный ревматолог Департамента здравоохранения Москвы, Евгений Жилаев:

– Сначала, если позволите, представлю свои замечания по ведению этого пациента. Мало что можно сказать про первую госпитализацию. Все произошло очень быстро, был установлен правильный основной диагноз, пациент был перенаправлен в Инфекционную клиническую больницу №2, в которой был выявлен нефротический синдром – протеинурия, по-видимому, нефротического типа, снижение фильтрационной функции почек, выраженная гипоальбуминемия. Еще один интересный эпизод, который был зафиксирован в этой истории болезни. У пациента было описано падение

при походе ночью в туалет. Что с высокой вероятностью, на мой взгляд, свидетельствует о наличии ортостатической гипотонии. Это тоже достаточно характерный симптом данной болезни. Но, однако, здесь патогенез этой ортостатической гипотонии мог быть разный. Это могла быть и вегетативная полинейропатия, которая часто бывает у таких больных. Это могла быть и надпочечниковая недостаточность, которая, как мы знаем, у этого пациента ретроспективно была. Кроме того, и нефротический синдром сам по себе мог вызвать относительную гиповолемию и ортостатическую гипотонию. По истории болезни трудно сказать, была ли у больного сердечная недостаточность. Потому что симптомы задержки жидкости могли быть обусловлены нефротическим синдромом. В истории болезни были описаны остановки дыхания во сне. По всей видимости, у пациента имел место синдром апноэ, гипопноэ вместе с легочной гипертензией, то, что называется синдромом Пиквика. Для того чтобы поставить диагноз, нужно было сделать, наверное, иммунохимическое исследование крови и мочи для выявления моноклональных легких цепей. И проведение биопсии почки, которая тоже была показана пациенту с нефротическим синдромом неясного генеза. И завершающая госпитализация. На мой взгляд, здесь пациент уже поступает в инкурабельном состоянии. Совершенно точно можно сказать, что на момент поступления у больного была тяжелейшая сердечная недостаточность, о чем можно судить по очень высокому уровню P-терминального пептида, PH-терминального отрезка мозгового натуралистического пептида, он составлял более 18 тыс. пикоомоль/мл. Кроме того, у больного был резистентный объем к замещению, артериальная гипотензия, что тоже свидетельствует о наличии тяжелой сердечной недостаточности в этой ситуации. И терминальная почечная недостаточность. К тому моменту, по всем современным канонам, этот пациент лечению уже не подлежал. То есть в этот момент он уже был некурабельным. Фактически смерть наступила от прогрессирования сердечной недостаточности. Ставить пациенту ИБС, наверное, все-таки, не было оснований. У пациента не было указания на состояния, которые могли бы обусловить развитие AA-амилоидоза. Пожилой возраст пациента, дебют клинических проявлений, начавшихся с поражения почек и сердца, свидетельствуют против наследственных амилоидозов. Тяжелое вовлечение почек и относительно молодой возраст дают основания отвергнуть сенильный транстиретиновый амилоидоз. Несмотря на отсутствие данных о типировании амилоида, можно предположить, что больной страдал первичным AL-амилоидозом.

Типы амилоидоза и ассоциированные заболевания

Тип	Состав фибрилл	Ассоциированные заболевания
AL	Легкие цепи Ig или их фрагменты	Первичный амилоидоз, миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема, В-клеточные злокачественные лимфомы
AA	Острофазовый α -глобулин SAA	Вторичный амилоидоз при хронических воспалительных и ревматических заболеваниях, опухолях, а также при периодической болезни, синдроме Макла–Уэлса
A β 2	M β 2-микροглобулин	ХПН, хроническая заместительная терапия гемодиализом (непроницаемость диализных мембран для данного белка)
ATTR	Нормальный транстретин	Старческий амилоидоз
ATTR	Мутантный транстретин	Семейные наследственные формы амилоидоза (португальская, японская и др.)
ACys	Цистатин С	Исландская наследственная церебральная амилоидная ангиопатия
AApoA1	Аполипопротеин A-I	Наследственный системный амилоидоз с поражением печени, почек, сердца
AApoAII	Аполипопротеин A-II	Наследственный системный амилоидоз с поражением почек, сердца
AGel	Гельзолин	Финский наследственный амилоидоз

В данном случае, на мой взгляд, нет повода думать о наследственном амилоидозе. Слишком позднее начало и отсутствие превалирующего поражения периферической нервной системы. Тяжелое поражение почек и относительно для этого заболевания молодой возраст все-таки позволяют отвергнуть диагноз синильного амилоидоза. С учетом того, что никаких признаков миеломной болезни, миелинизации костного мозга обнаружено не было, вероятнее всего, это AL-тип амилоидоза. Необходимо отметить, что амилоидоз – это не одно заболевание, это группа состояний, которые характеризуются накоплением в тканях специфического волокнистого материала, который называется амилоидом. Он характеризуется прокрашиванием краской конго-рот и двойным луч-преломлением с характерным яблочно-зеленым свечением в поляризованном свете. Современное понимание патогенеза амилоида сводится к тому, что амилоид представляет собой специфические депозиты нормальных или почти нормальных белков, которые неправильно складываются. В норме есть некие нормальные конформации, которые довольно свободно могут переходить в частично развернутую изоформу белка и обратно. Эта частично развернутая изоформа может переходить в уже относительно патологическую форму, так называемую бета-слоистую, бета-складчатую конформацию. В свою очередь, эта бета-складчатая конформация может формировать определенные ядра агрегации, которые плохо растворяются обратно. Дальше эти ядра начинают

нарастать и превращаться в волокна, и процесс становится малообратимым или почти необратимым – формируются волокна амилоида.

Леонид Печатников дополнил:

– Что такое вторичный амилоидоз? Это амилоидоз, который развивается у людей, которые страдают какими-либо воспалительными заболеваниями. И считается, что источником этого амилоида является белок, близкий к С-реактивному протеину. Там, где есть С-реактивный протеин, а он бывает при опухолях, при целом ряде ревматических заболеваний, любом длительном гнойном процессе, где есть этот белок, он является источником этого так называемого AA-амилоидоза, то есть вторичного амилоидоза, который является осложнением этих заболеваний. В отличие от первичного, источником вторичного амилоидоза являются нормальные, но мутирующие белки-иммуноглобулины. Хотелось обратить внимание, что, по всей видимости, амилоидоз – не редкая болезнь. Она кажется редкой, потому что, похоже, мы просто сильно недодиагностируем. Многие подозревают, что в ряде случаев вскрытия есть недодиагностика амилоидоза. По данным Великобритании, амилоидоз является причиной смерти от 0,5% до 1% всех смертей. Можно спорить, но это, конечно, очень серьезная цифра. Похоже, действительно, в нашей реальной жизни есть очень сильная гиподиагностика.

Евгений Жилиев акцентировал внимание на характерных признаках для AL-амилоидоза:

– Так называемый «симптом енота» – геморрагические очки, которые возобновляются в одном и том же месте. Исключительно для AL-амилоидоза описаны «плечевые подушки» – это накопление амилоида в массивной суставной капсуле. Если рассматривать поражение амилоидом по органным системам, то для амилоидоза сердца наиболее характерно снижение вольтажа ЭКГ. На Эхо-кардиографии отображается картина рестриктивной кардиомиопатии, крапчатый вид миокарда. Необходимо отметить, что крапчатый вид - довольно поздний симптом. Характерно увеличение массы миокарда. Диагностически значимой считается средняя толщина стенки, то есть полусумма перегородки задней стенки и перегородки больше 1,2 см. Очень интересный признак – продольное систолическое укорочение базального переднесептального сегмента менее 7,5% является довольно специфичным указанием на амилоидоз сердца.

Лабораторно о взаимонезависимом показателе тяжести поражения сердца свидетельствуют два основных показателя: уровень NT-фрагмента мозгового натрийуретического пептида. И если недоступен – уровень полного мозгового натрийуретического пептида и уровень тропонина Т. Клинически амилоидоз выражается в застойной сердечной недостаточности с преобладанием застоя по большому кругу.

Поражение амилоидозом нервной системы обычно проявляется в виде полинейропатии, периферической полинейропатии с выраженным вовлечением вегетативной нервной системы, очень часто сопровождается азростатической гипотонией, нередко сопровождается клиникой нейрогенного мочевого пузыря, симптомами гастростаза. В желудочно-кишечном тракте нередко возможно поражение кишечника с развитием энтеропатии, диареи, мальабсорбции. На компьютерной томографии можно видеть утолщение стенки кишки. Очень характерны для амилоидоза поражение печени, гепатомегалия, спленомегалия, утолщение стенки пищевода, гипотензия пищевода. Клиническая дифференциальная диагностика амилоидозов между собой базируется в основном на преимущественно вовлекаемых органах. Разные типы амилоидозов имеют разное соотношение вовлекаемых органов. Поэтому очень важный вопрос – это распространенность амилоидозов в организме. Необходимо отметить, что хорошим инструментом в данном случае является скинтиграфия.

Если говорить об АА-амилоидозе, его причиной являются хронические воспалительные заболевания. Это и ревматические, аутовоспалительные заболевания,

которые очень часто осложняются вторичным амилоидозом, и хронические инфекционные процессы, которые сейчас уже встречаются относительно редко. Особенность этого амилоидоза – преимущественно поражение почек. Все остальные поражения встречаются существенно реже и в меньшей степени выражены. AL-амилоидоз связан с гиперпродукцией и высоким содержанием в крови свободных легких цепей амилоида. Это самая частая форма, на нее в цивилизованных странах приходится больше 2/3 всех случаев амилоидоза, причем где-то 85–90% случаев – это первичный амилоидоз. Оставшиеся 10–15% приходятся на миеломную болезнь, макроглобулинемию Вальденстрема, еще реже – неходжкинскую лимфому. Излюбленное поражение этой формы амилоидоза – сердце, почки, реже и в несколько меньшей степени – периферическая нервная система, кишечник, печень, селезенка. Ключевым для диагноза является обнаружение моноклональных легких цепей амилоида в крови. Для диагностики может быть использован либо иммуноэлектрофорез белков, биопсия костного мозга, либо биопсия подкожного жира. Неплохие результаты дает биопсия малой слюнной железы и, конечно, биопсия почки, где есть явные признаки поражения.

Характерные особенности семейных амилоидозов: они очень разные, самая частая форма семейного амилоидоза связана с накоплением, преципитацией мутированного транстиретина. Большинство семейных амилоидозов наследуются аутосомно-доминантно и проявляются наследственными амилоидными полинейропатиями. Проявляются обычно в возрасте 25–30 лет. Это медленно текущее заболевание. Продолжительность болезни с момента первых симптомов для большинства амилоидозов составляет около 8–15 лет. Достаточно важным инструментом диагностики семейного амилоидоза является генетическое тестирование.

Синильный амилоидоз, как правило, возникает после 80 лет. Надо сказать, что это скорее не качественное, а количественное состояние, потому что после 80 лет обнаружение бессимптомных депозитов амилоидов сердца достаточно часто наблюдается у значительной части людей. Это вызвано преципитацией нормального транстиретина. В большинстве случаев синильный амилоидоз протекает бессимптомно, но иногда сопровождается серьезной сердечной недостаточностью.

АА-амилоид лечится устранением первопричины, то есть лечением основного заболевания. Практически



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



НАТАЛЬЯ КАМЫНИНА

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА
ПО НАУКЕ, Д.М.Н

“ Управление научными исследованиями, развитие кадрового потенциала и соединение науки с практикой – главные составляющие успешного развития всей нашей отрасли.

Осуществляет комплексные научные исследования по оценке результативности деятельности медицинских организаций

- Разработка и реализация комплексных решений в области управления ресурсами здравоохранения
- Экспертная оценка научных и инвестиционных проектов в сфере медицины и здравоохранения
- Реализация модели непрерывного профессионального образования для медицинских работников

www.niioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

все заболевания, которые ведут к АА-амилоидозу, на сегодняшний день могут с той или иной степенью успеха контролироваться. Транстиретиновый амилоидоз и некоторые другие наследственные амилоидозы. Была предложена пересадка печени для их лечения, и используется до сих пор в значительной мере. Говоря о лечении AL-амилоидоза, то есть о нашем пациенте, надо сказать, что в этом вопросе тоже достигнут в последние годы очень хороший прогресс. На сегодняшний день проводится аутологичная трансплантация костного мозга, которая позволяет достичь 5-летней выживаемости у 73% пациентов.

Главный внештатный патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы Олег Орехов:

– Мне крайне понравилась фраза, изложенная в одной статье Светланы Ивановны Овчаренко, где она написала, что амилоидоз легче диагностировать, чем заподозрить. Для лечения амилоидоза крайне важно определить его тип. Первый патологоанатомический первичный диагноз был с кодом E85.9, то есть амилоидоз нетипированный, неизвестный, был выставлен согласно классификации амилоидоза, изложенной в МКБ-10. Однако, МКБ-10 была разработана в 1989 г., на сегодняшний день Ассоциация изучения амилоидоза рекомендует прекратить использование старой терминологии и обозначать типы амилоидоза только названиями белка. Поэтому, на мой взгляд, диагноз конечный выглядит таким образом: системный ATTR амилоидоз, транстиретиновый, дикий тип. Непосредственная причина смерти, по-видимому, – все-таки полиорганная недостаточность с ведущей в этой ситуации почечной недостаточностью с развитием уремии. Расхождение клинико-анатомического диагноза 2 категории, летальный исход был не предотвратим.

Леонид Печатников подвел итоги клинического разбора:

– Мы очень интересно разобрали амилоидоз. Последнее, на чем сегодня хочется остановиться, это то, что отсутствует в современной классификации амилоидоза. В начале XX века этот симптомокомплекс называли триадой Шварца – сочетание желтухи, сахарного диабета и слабоумия. На самом деле, это содружественное амилоидное поражение головного мозга и поджелудочной железы. Наиболее часто встречается у женщин. Я хочу обратить ваше внимание на эту триаду, чтобы вы тоже о ней помнили. Благодарю всех за участие.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ СИНДРОМ

3 апреля 2017 года в рамках общегородской клинико-анатомической конференции был рассмотрен случай генерализованной формы ветряной оспы у молодой пациентки с синдромом Шегрена.

Госпитализация в ДКБ

Клинико-анатомический разбор начался с доклада ведущего научного сотрудника отделения нефрологии НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава Марины Аксеновой.

– Представляю вашему вниманию историю болезни пациентки К., 14 лет, которая проходила лечение в клинике Института с основным диагнозом «вторичный тубулоинтерстициальный нефрит, синдром Шегрена».

Анамнез жизни (Anamnesis vitae):

Пациентка К., 14 лет:

- от 2-й беременности, 2-х самостоятельных родов на 39-й неделе гестации;
- масса тела при рождении – 3000 г, длина тела – 52 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов;
- физическое и психомоторное развитие по возрасту;
- профилактические прививки проведены в соответствии с национальным календарем;
- перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год, ветряная оспа, краснуха.

– Заболела в возрасте 14 лет, когда в июле 2015 г. впервые появились жалобы на боли в области поясницы. Болевой синдром сохранялся до августа, когда к описанной симптоматике присоединились снижение аппетита и слабость. В клиническом анализе крови по месту жительства было выявлено снижение гемоглобина до 107 г/л, в связи с чем больная получала препараты железа. В конце августа состояние ребенка ухудшилось, что потребовало 22.08.2015 г. срочной госпитализации в ДКБ по месту жительства.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Жалобы при поступлении: рвота, однократно жидкий стул, выраженная астения, потеря 6 кг массы тела за месяц, выраженная сухость кожи и слизистых, парестезия, снижение мышечного тонуса. При осмотре врача – выраженный ксероз и полиурия до 5 л в сутки, АД 92/70 мм рт. ст. При лабораторном обследовании у ребенка отмечались признаки воспалительной активности в виде повышения СОЭ и положительного С-реактивного белка.

Первая госпитализация в ДКБ 22.08.2015.

Кровь:

■ СОЭ – 39 мм/ч, креатинин – 106–109–127 мкмоль/л, рСКФ 60–52 мл/мин, рН – 7,14, HCO_3^- – 14 ммоль/л, ВЕ – 15, калий – 1,31–1 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, фосфор – 0,86 ммоль/л, Са – 1,39 ммоль/л; РФ >276 МЕ/мл.

Моча:

■ относительная плотность – 1010, рН – 8, белок – 1,5 г/л, эритроциты – 0–1 в поле зрения, лейкоциты – 0–1 в поле зрения.

ПЦР-диагностика цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейна–Барр (EBV), вируса простого герпеса 1 и 2 типа (HSV-1, HSV-2) – результат отрицательный.

УЗИ: повышение эхогенности паренхимы печени, поджелудочной железы, увеличение размеров почек, щитовидная железа не изменена, гипоплазия матки и придатков (соответствует 11-летнему возрасту).

РКТ легких, органов средостения, брюшной полости: патологии не выявлено.

Осмотр ЛОР-врача: сухой ринит.

Осмотр кардиолога: нарушение ритма сердца, АВБ 1-й ст.

Осмотр невропатолога: необходимо исключить онкологическую патологию.

Осмотр нефролога: синдром электролитных нарушений, вторичная тубулопатия (?).

Лечение: инфузионная терапия, антибактериальная терапия, Минирин (десмопрессин), препараты калия.

27.08.2015

Исследование спинномозговой жидкости: белок – 0,47 г/л, глюкоза – 3,7 ммоль/л, лейкоциты – 1–2/мкл. МРТ головного мозга: центральный понтинный и экстрапонтинный миелиноз.

По словам Марины Аксеновой, у пациентки отмечались поражение почек, декомпенсированный метаболический ацидоз с тяжелой гипокалиемией, протеинурия. При этом рН мочи была щелочной либо нейтральной, что соответствует клинической картине почечного тубулярного ацидоза.

ПЦР-диагностика не выявила герпесвирусные инфекции. При проведении визуализирующих методов исследования воспалительных или опухолевых очагов не выявлено. По данным УЗИ-диагностики отмечено увеличение размеров почек, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

– Несмотря на проводимую инфузионную терапию с коррекцией электролитных нарушений и кислотно-основного состояния крови, эмпирическую антибактериальную терапию, терапию десмопрессином, состояние ребенка прогрессивно ухудшилось. На 5-е сутки госпитализации у ребенка отмечается нарастание мышечной слабости и дизартрия. При исследовании спинномозговой жидкости отмечалось незначительное повышение уровня белка, по данным МРТ головного мозга – признаки центрального понтинного и экстрапонтинного миелиноза.

Учитывая крайне тяжелое состояние ребенка, она была переведена в неврологическое отделение Республиканской детской больницы (РДБ) с диагнозом «дегенеративная болезнь нервной системы (?), понтинный, экстрапонтинный миелиноз».

Перевод в Республиканскую детскую больницу

Со слов Марины Аксеновой, 28.08.2015 ребенок переведен в неврологическое отделение РДБ.

– В связи с тем, что перед госпитализацией у девочки отмечались лихорадка с появлением пятнистой сливной сыпи на конечностях и туловище, гиперемия кожи переносицы и щек, повторно проведено исследование для выявления аутоиммунной патологии.

Далее Марина Аксенова отметила, что у ребенка сохранялись выраженная полиурия, метаболический ацидоз с гипокалиемией, выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации и воспалительная активность крови. При обследовании: диплопия, дизартрия, спастический тетрапарез, повышенные сухожильные рефлексы, положительные симптомы Бабинского и Кернига. При лабораторном исследовании: положительный альфа-фетопротеин, повышение иммуноглобулина G в крови до 30 г/л, положительный ревматоидный фактор, антитела к ДНК, фосфолипидам, бета-гликопротеину, кардиолипину. Визуализирующие методы исследования повторно не выявили воспалительные или опухолевые очаги. При проведении электронейромиографии отмечены нарушения проведения по аксональному типу.

Перевод в неврологическое отделение РДБ, 28.08.2015–09.10.2015.

Кровь:

■ эритроциты – $3,17 \times 10^{12}$ /л, Hb – 103 г/л, лейкоциты – $8,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 237×10^3 /л, СОЭ – 42 мм/ч; креатинин – 61–81,9 мкмоль/л, рСКФ – 80 мл/мин, мочевины – 3,06–7,3 ммоль/л, билирубин общий – 9,9 мкмоль/л, АСТ/АЛТ – 152/77,9 Ед/л, Са – 1,98 ммоль/л, фосфор – 0,83 ммоль/л, ЛДГ – 293 Ед/л, прокальцитонин – отрицательный, СРБ – положительный.

Кислотно-основное состояние крови: pH 7,38–7,13, HCO_3^- – 19,5–18 ммоль/л, BE – 5,6, K^+ – 2,3 ммоль/л, Na^+ – 148 ммоль/л.

Онкомаркеры: альфа-фетопротеин – 122,9 МЕ/мл; СА 125II, СА 15-3, СЕА – отрицательные.

Иммунологическое исследование: IgG – 30 г/л, РФ – положительный; антитела к ДНК, ФЛ, β-гликопротеину, кардиолипину, ANCA-скрининг, LE-клетки – отрицательные.

Моча:

■ относительная плотность – 1005–1020, белок – 0,37 г/л, лейкоциты – до 35 в поле зрения, эритроциты – до 30 в поле зрения.

Диагноз: дегенеративные болезни нервной системы, понтинный, экстрапонтинный миелиоз. Вторичная тубулопатия.

– Пациентке проведена коррекция метаболических нарушений, ацидоза, она получала Минирин по поводу сохраняющейся полиурии, однократно внутривенный иммуноглобулин, а также антибактериальную, сосудистую и нейротропную терапию. В относительно стабильном состоянии 9 октября пациентка была выписана домой, – продолжила в.н.с. отделения нефрологии НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева. – Однако через 2 дня ребенок поступает в клинику повторно в тяжелом состоянии со слабостью вплоть до адинамии, выраженной сухостью кожных покровов и слизистых, дизартрией.

Как отмечает Марина Аксенова, при повторной госпитализации имеются признаки воспалительной активности с повышением СОЭ до 71 мм/ч, сохраняется метаболический ацидоз и мочевого синдром.

Вторая госпитализация в РДБ, 12.10.2015–03.11.2015.**Кровь:**

■ лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 80%, эритроциты – $3,27 \times 10^{12}$ /л, Hb – 107 г/л, тромбоциты – 291×10^3 /л, СОЭ – 71 мм/ч;

■ общий белок – 73,5 г/л, креатинин – 106,8 мкмоль/л, мочевина – 10 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, СРБ – 105 мг/л. Кислотно-основное состояние крови: pH – 7,24, HCO_3^- – 13 ммоль/л, BE – 14, K^+ – 3,5 ммоль/л, Na^+ – 130 ммоль/л.

Моча:

■ относительная плотность – 1015, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 15–20 в поле зрения.

Иммунологическое исследование: С3 – 165,3 мг/дл (75–135), С4 – 65,05 мг/дл (9–36); антитела к ДНК, ФЛ, β -гликопротеину, кардиолипину, ANCA-скрининг, LE-клетки – отрицательные.

Вирусологическое исследование: АТ к ЦМВ IgM(+) IgG(+).

Онкомаркеры: альфа-фетопротеин – норма.

Повторное иммунологическое исследование выявило незначительное повышение уровня С3-, С4-фракций комплемента при отрицательных антителах к ДНК, фосфолипидам, бета-гликопротеину, кардиолипину. При этом вирусологическое исследование впервые выявляет антитела IgG и IgM к цитомегаловирусу. Визуализирующие методы исследования не выявили воспалительных или опухолевых очагов.

– Ребенок получил консультацию нефролога нашего отдела, – продолжила Марина Аксенова. – На основании клинико-anamnestических и лабораторных данных заподозрили вторичное поражение почек на фоне системного заболевания соединительной ткани, системного васкулита. После консультации в НИИ нейрохирургии, НИИ ревматологии и НИИ детской гематологии, онкологии, иммунологии им. Д. Рогачева, данные, свидетельствующие о наличии онкогематологического, ревматического заболевания, включая системный васкулит, не обнаружены. С диагнозом «почечный тубулярный ацидоз неуточненной этиологии» ребенок был переведен в стационар НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева.

Госпитализация в НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева

Как отмечает Марина Аксенова, при осмотре ребенка в НИКИ педиатрии был отмечен выраженный дефицит массы тела, сухость кожных покровов, снижение мышечного тонуса, дизартрия, гипофония, АД, диурез в пределах возрастной нормы, полиурия не выявлена. У пациентки сохранялись метаболический ацидоз с гипокалиемией, транзиторное повышение уровня креатинина крови со снижением скорости клубочковой фильтрации.

– Выявлены положительный ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, антитела анти-Ro, анти-La в крови, – уточнила М. Аксенова. – Были исключены туберкулез и гипотиреоз. Визуализирующие методы исследований не выявили существенных изменений, при проведении пункционной нефробиопсии были получены данные, свидетельствующие о наличии хронического тубулоинтерстициального нефрита.

– Учитывая наличие лихорадки, снижения массы тела на 6 кг за месяц, кожной сыпи, мышечной слабости, повышенной СОЭ, положительной реакции С-реактивного белка, гипергаммаглобулинемии, а также ксероза кожи и слизистых на всем протяжении заболевания, поражения почек по типу хронического тубулоинтерстициального нефрита, основным проявлением которого был вторичный почечный тубулярный ацидоз, поражения периферической и центральной

Госпитализация в НИКИ педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева, 10.01.2016–03.03.2016.

Кровь:

■ лейкоциты – $4,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 39%, моноциты – 6%, эозинофилы – 1%, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Hb – 127 г/л, тромбоциты – 196×10^3 /л, СОЭ – 7 мм/ч;

■ общий белок – 74 г/л, γ -глобулины – 15,8%, креатинин – 72–109 мкмоль/л, рСКФ – 91–60 мл/мин, мочевина – 4,2 ммоль/л, билирубин общий – 11,6 мкмоль/л, АЛТ – 49 МЕ/л, АСТ – 23 МЕ/л, α -амилаза – 227 Ед/л (<200), ЛДГ – 347 Ед/мл, КФК – 43 Ед/мл, СРБ – отрицательный.

Кислотно-основное состояние крови: pH – 7,26, HCO_3^- – 16 ммоль/л, BE – 10,8, K^+ – 3,3–4 ммоль/л, Na^+ – 142 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: IgG – 8–11 г/л, C3 – 110 мг/дл, C4 – 23,5 мг/дл, РФ – 37,2 МЕ/мл (<14), АНФ 1:320 sp (<1:160); pANCA-AT, cANCA-AT, криоглобулины, BA – отрицательные, SSA(Ro)-AT >200 Ед/мл (<25), SSB(La)-AT 94,2 Ед/мл (<25).

Вирусологическое исследование: АТ к EBV IgM(–) IgG(+), АТ к HSV1, 2 IgG(+), HVS1, 2 IgM(–).

ПЦР-диагностика: PCR CMV – отрицательный, antiHbScore сумм. – положительный, HBsAg – отрицательный, HBeAg – отрицательный, antiHBe – отрицательный, antiHBs 2 МЕ/л, PCR HBV – отрицательный, antiHCV – отрицательный, *Mycobacter. tuberc.* – отрицательный, АФП – 1 Ед/мл.

Тиреоидный профиль: ТТГ – 1,64 мкМЕ/мл, Т4 – 11,84 пмоль/мл, Т3 – 5,81 пмоль/мл; АТ к тиреопероксидазе, АТ к тиреоглобулину – отрицательные.

Моча:

Относительная плотность – 1004–1011, pH – 7, белок – 0,083 г/л, альбумин – 80 мг/мл, 2-микроглобулин – 3488 нг/мл (норма <300), лейкоциты – 13 в поле зрения, эритроциты – 6 в поле зрения.

Суточная потеря белка: 52 мг.

Посев мочи: *Enterococcus sp.* 10^5 , *Pseud. aeruginosa* 10^5 .

нервной системы, положительных серологических маркеров, прежде всего, положительных анти-Ro, анти-La антител, позволили думать о синдроме Шегрена, – заключила в.н.с. НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева Марина Аксенова. – Однако понтинный миелиноз характерен для пациентов с выраженной гипонатриемией, но не для синдрома Шегрена. Анализ литературы показал три клинических случая, где синдром Шегрена дебютировал с центрального понтинного миелиноза с нормальным уровнем натрия в крови. Таким образом, на основе симптомокомплекса нашей больной был поставлен диагноз: синдром Шегрена, генерализованная форма с вовлечением почечной ткани и центральной нервной системы, подострое течение, вторичный тубулоинтерстициальный нефрит с нарушением функций почек.

Далее эксперт обратила внимание, что в настоящий момент не существует клинических рекомендаций по ведению пациентов с синдромом Шегрена, однако для тубулоинтерстициального нефрита рекомендуется начать лечение с восполнения дефицита калия и коррекции метаболического ацидоза. Эксперт напомнила, что больная получала указанную терапию на протяжении 6 мес, но без эффекта. Вторым этапом рекомендуется прием глюкокортикоидов в монотерапии или в сочетании с иммуносупрессантами. В связи с чем пациентке был назначен преднизолон в дозе 40 мг/сут (что составило практически 1 мг/кг) в сочетании с препаратом Майфортик (микофеноловая кислота) из расчета 900 мг/м² поверхности тела.

– В период наблюдения по месту жительства наметилась положительная динамика лечения: произошла стабилизация pH и уровня калия крови, уменьшилась протеинурия. На фоне иммуносупрессивной терапии цитопенический эффект

выявлен не был, – продолжила доклад Марина Аксенова. – При повторной госпитализации через 6 месяцев от начала терапии, учитывая повышение массы тела, дозы препаратов были снижены до 0,6 мг/кг преднизолона и 700 мг/м² микофеноловой кислоты. Отсутствовали полиурия, полидипсия, ксероз кожи, мышечный тонус был сохранен. На момент госпитализации не были выявлены признаки воспалительной активности крови, ацидоза, иммунодефицита – значения IgG находились в пределах референсных значений, отсутствовали признаки цитопении. Однако через 2 суток от момента госпитализации у девочки появились боли в спине, спастические боли в животе с иррадиацией в паховую область и поясницу. Болевой синдром носил торпидный характер. В связи с нарастанием абдоминального синдрома, появления тошноты, однократной рвоты и симптома раздражения брюшины без выраженных изменений в клиническом анализе крови больная была переведена в хирургическое отделение ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского.

После выступления докладчика Леонид Печатников попросил уточнить:

– Через сколько времени после начала терапии преднизолоном и цитостатиком возникла острая хирургическая патология?

– Состояние возникло через 6 месяцев от начала иммуносупрессивной терапии, – уточнила Марина Аксенова.

– Мы немножко нарушим регламент, потому что следующий этап будет связан с совершенно другим состоянием девочки. У меня вопрос к Марине Аксеновой и главному детскому ревматологу: достаточно ли было оснований, чтобы диагностировать синдром Шегрена? – задал еще один вопрос Леонид Печатников.

– Конечно, пациентка не имела достаточных диагностических критериев для постановки синдрома Шегрена. С другой стороны, несомненно, у нее было аутоиммунное заболевание. Первое: почечный тубулярный ацидоз в клинической картине аутоиммунных болезней характерен для синдрома Шегрена. Второе: серологические изменения крови, а именно анти-Ro и анти-La, характерны для синдрома Шегрена и являются маркерами, подтверждающими этот диагноз, – подчеркнула Марина Аксенова. – Хочу повторить, больная не соответствовала полным клинико-диагностическим критериям синдрома Шегрена – мы не смогли подтвердить силадельит, это наше большое упущение. Но мы пытались найти признаки силадельита при УЗИ-исследовании, – сказала в заключение Марина Аксенова.

Выступление рецензента

Леонид Печатников предоставил слово главному внештатному детскому ревматологу Департамента здравоохранения города Москвы профессору Елене Жолобовой, уточнив:

– Есть два понятия: болезнь Шегрена, которая ограничивается поражением глаз и слюнных желез, иначе называется «сухой синдром»; и есть синдром Шегрена как один из симптомов системной аутоиммунной патологии. Я хочу нарушить наш обычный регламент и дать слово главному детскому ревматологу Елене Спартаковне Жолобовой, как она сама видит этот случай.

– Действительно, Хенрик Шегрен впервые описал эту патологию в 1933 г., признаками которой являлись: сухой кератоконъюнктивит, силадельит и артралгии, – начала свое выступление профессор Жолобова. – В дальнейшем при наблюдении за пациентами прибавилось все больше внежелезистых проявлений, но основным признаком для постановки диагноза остается наличие «сухого

синдрома». Доктор говорила, что обращали внимание на сухость слизистых. К сожалению, в истории болезни про сухость слизистых ничего не говорится.

По словам Елены Жолобовой, синдром Шегрена – системное заболевание с аутоиммунным и лимфопролиферативным процессом в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиалоаденита и сухого кератоконъюнктивита. Критерии синдрома Шегрена хорошо известны.

– Организовать в Москве полноценное обследование не представляет труда, – отметила она. – Доступны сиалография, сиалометрия и даже биопсия слюнной железы, тем более обследование по опросникам. По нашему опыту, поражение глаз у детей может отставать от поражения слюнных желез. А вот стоматологические признаки присутствуют. Чаще всего мы спрашиваем у детей, может ли он проглотить печенье или сухарик или необходимо запивать водой? Воспользовавшись такими простыми методами опроса, можно было бы подтвердить или исключить синдром Шегрена. Потому что сухость кожи и слизистых – это очень субъективно.

Как отметила профессор Жолобова, в институте глазных болезней им. Гельмгольца возможно проведение теста Ширмера – простого теста, который оценивает количество слезы, выделяемой за короткое время, по промокательной бумаге, которая закладывается за нижнее веко. Существуют более сложные тесты, которые объективно оценивают поражение слюнных желез, доступные в клиниках Москвы.

– Моя задача – оценить, был ли обоснован диагноз и была ли адекватна терапия, – продолжила Елена Жолобова. – В данном случае диагноз был основан на наличии иммунологических показателей Ro/Ssa, La/SSb с СОЭ. Антинуклеарный фактор 1 на 320 – это низкий титр для синдрома Шегрена. Он бывает 1 на 5000, 6000, 10 000 при этом заболевании. Ревматоидный фактор тоже недостаточно высокий. Тубулоинтерстициальный нефрит, как сказала сама докладчик, не входит в критерии диагноза. Сейчас есть данные, что заболевание дебютирует с интерстициального нефрита и можно наблюдать неполный комплекс с синдромностью Шегрена. В соответствии с критериями постановки диагноза необходимо было провести весь спектр исследований.

Леонид Печатников уточнил:

– Мы не должны забывать, что все началось с поражения ЦНС с вовлечением периферической нервной системы. У ребенка был тетрапарез. Все-таки, что можно было заподозрить при такой клинической и лабораторной картине?

– Первый эпизод, который протекал в Республике Саха, для меня малопонятен. После эпизода диспепсии развивается поражение почек и ЦНС, – ответила она. – В первую очередь, я бы подумала о токсическом или инфекционном поражении. При этом восстановление произошло практически полное: купировалось большинство неврологических проявлений, снизилась лабораторная активность. Остались только признаки тубулоинтерстициального нефрита. То есть мы наблюдаем самокупирование, которое невозможно в рамках синдрома Шегрена. Касаясь вопроса обоснованности назначения иммуносупрессивной терапии, профессор Жолобова отметила, что девочке ставят диагноз тяжелого аутоиммунного заболевания, но есть ли основания считать его тяжелым?

– На мой взгляд, у ребенка имела низкая иммунологическая активность. Если даже диагностические критерии какого-либо аутоиммунного заболевания позволяли его заподозрить, терапия была излишне агрессивной. Более того, мы можем видеть последствия этого: через 5 месяцев ребенок прибавил практически 25 кг веса, с 46 до 74 кг, при этом рост у девочки уменьшился на

2 см. У нее развились тяжелый синдром Иценко–Кушинга, тяжелый эрозивно-язвенный процесс в желудочно-кишечном тракте и, что впоследствии стало очевидным, серьезная иммуносупрессия. Конечно, 40 мг преднизолона – это даже для взрослой практики достаточно высокая доза. Микофенолат натрия назначать в общем-то не стоило.

– Я правильно вас понял, что вы бы не поставили синдром Шегрена в этой ситуации и не назначили такой массивной иммуносупрессивной терапии? – уточнил Леонид Печатников.

– Мы бы не поставили, пока не провели те исследования, которые запланировали: сиалографию и т.д., – ответила она.

– По крайней мере, по тем данным, что представили, мы пока не можем определиться с нозологической характеристикой заболевания, – подвел итог дискуссии с главным детским ревматологом Москвы Леонид Печатников.

ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского

Доклад о госпитализации пациентки К. в ДКГБ №9 имени Г.Н. Сперанского представила заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии Ольга Брунова:

– Пациентка находилась на лечении в ДКГБ №9 имени Г.Н. Сперанского с 4 по 7 сентября 2016 года. Девочка была доставлена бригадой скорой помощи из отделения нефрологии Института педиатрии имени Вельтищева с диагнозом: «синдром Шегрена, острый живот под вопросом».

Со слов Ольги Бруновой, при поступлении состояние девочки расценивалось как средней тяжести. Жалобы на боли в правых отделах живота. Кожные покровы чистые. Артериальное давление в пределах возрастной нормы, одышка, тахикардия не выявлены. Температура тела при поступлении была повышена. Девочка госпитализирована в отделение экстренной гнойной хирургии, где она находилась с 17.15 4 сентября по 12.50 5 сентября. Боли в животе сохранялись. Девочке было выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек, в ходе которого выявлен малый гидроперитонеум, свободная жидкость до 5,7 мм, реактивная панкреатопатия, увеличение размеров правой почки без изменений эхо-структуры паренхимы. При рентгенограмме органов брюшной полости обнаружено значительное количество газов в кишечнике, свободный газ под куполом диафрагмы не определялся. При фиброзофагогастродуоденоскопии выявлен фибринозно-язвенный эзофагит, активная язва желудка, эрозивно-геморрагический гастрит. Таким образом, острый аппендицит подтвержден не был.

– В 12.30 5 сентября у девочки появились первые элементы везикулярной сыпи. В 12.50 она была осмотрена педиатром и переведена в боксированное отделение с диагнозом: «ветряная оспа». Пациентке назначена антибактериальная, противовирусная, антисекреторная и гормональная терапия. С пероральной формы преднизолона она была переведена на внутривенное введение в дозе 5 мг/кг/сут. Препарат Майфортик был отменен по согласованию с НИИ педиатрии, – продолжила доклад Ольга Брунова. – При переводе в боксированное отделение состояние девочки стабильно тяжелое. Она была в сознании, не лихорадила. Сохранялись жалобы на болевой синдром с иррадиацией в спину. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, болезненный в эпигастральной области. Сердечно-легочная деятельность стабильная. Отмечался положительный симптом Пастернацкого и макрогематурия. При лабораторном исследовании – тромбоцитопения, лимфопения, трансаминаземия.

Госпитализация в ДКГБ №9 имени Г.Н. Сперанского, 4–7 сентября 2016 года**Клинический анализ крови**

	5.09.2016	6.09.2016	7.09.2016	Норма
День высыпаний	1	2	3	
Гемоглобин, г/л	143	164	138	120–140
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,46	5,14	4,35	3,9–4,7
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	149	51	70	180–320
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,7	30,5	56,6	4,0–9,0
Миелоциты, %		1		
Метамиелоциты, %		5	2	
Палочкоядерные, %	5	4		
Сегментоядерные, %	76		56	
Нейтрофилы, %		50		
Лимфоциты, %	18	20	19	19-37
Моноциты, %	1	3	8	3-11
Эозинофилы, %			11	1-5
СОЭ, мм/ч	7	10	6	2-15

Биохимический анализ крови и коагулограмма

	5.09.2016	6.09.2016	7.09.2016	Норма
АЛТ, Ед/л	275	850	1985	0–40
АСТ, Ед/л	276	1179	4205	0–40
Мочевина, ммоль/л			12,6	1,7–8,5
Креатинин, мкмоль/л			151,8	44–80
Амилаза, Ед/л	65	732	356	0–80
КФК, Ед/л		1021		29–200
ЛДГ, Ед/л		4820		125–450
Общий белок, г/л	59,6	61	45	64–86
Альбумин, г/л	38		19	35–50
С-реактивный белок, мг/л	6,2	39,5	38,6	0,1–8,2
АЧТВ, с		30,2	60,8	25,4–36,9
Фибриноген, г/л		1,2	Нет коагуляции	2,38–4,98
Протромбин, %		60	Нет коагуляции	70–130
Антитромбин, %			46	83–128

В боксированном отделении назначена терапия:

- антибактериальная: Амписид по 3 г/сут, в/м;
- противовирусная: ацикловир по 50 мг/кг/сут, *per os*;
- антисекреторная: омепразол по 20 мг × 2 р/сут;
- гормональная: преднизолон 5 мг/кг/сут, в/в.

На 3-й день госпитализации в ДКГБ им. Г.Н. Сперанского в 8 ч утра отмечается двукратная рвота кофейной гущей, нарастание болевого абдоминального синдрома, олигоурия с проявлениями гематурии. В связи с ухудшением состояния пациентка переведена в отделение реанимации.

Как отметила Ольга Брунова, при переводе состояние расценивалось как тяжелое, девочка в сознании. Сохранялись интенсивные боли в спине и животе. Температура тела не повышена. Умеренно выраженная артериальная гипертензия, частота дыхательных движений – 28 в минуту, тахикардия не выявлена. На коже – обильная везикулярная, пустулезно-геморрагическая сыпь. Отмечалась стабильная гемодинамика по гипертоническому типу. Выраженных нарушений

электролитного баланса выявлено не было. Отмечено нарастание тромбоцитемии, лейкоцитоза, выявляется нейтрофильный сдвиг до миелоцитов, сохраняется лимфоцитопения. Происходит нарастание уровня трансаминаз, ферментов КФК и ЛДГ, ферритина, С-реактивного белка в крови. Белок в моче повышается до 3 г/л, эритроциты – по всем полям зрения. При анализе коагулограммы выявляется умеренная гипофибриногенемия.

В крови методом ПЦР обнаружена ДНК вируса *Varicella zoster* (+++), *Cytomegalovirus* (++) , *Herpes Virus 6* (+).

УЗИ органов брюшной полости выявило гепатомегалию, утолщение стенок желчного пузыря, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Объемных патологических образований не выявлено. При доплерографии кровотоков в почках сохранен, симметричен.

– При поступлении в отделение реанимации тяжесть состояния была обусловлена генерализованным течением ветряной оспы на фоне вторичной иммуносупрессии у ребенка с синдромом Шегрена, осложненным ДВС-синдромом в стадии гипокоагуляции, полиорганной дисфункции, желудочно-кишечным кровотечением. Сохранялся высокий риск перфорации стенки желудочно-кишечного тракта, – уточнила диагноз Ольга Брунова. – В отделении реанимации назначена терапия: респираторная поддержка: O₂ через маску 1 л/мин; инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами; антибактериальная терапия: эртапеном 1 г/сут, амикацин 20 мг/кг/сут; противовирусная терапия: ацикловир 30 мг/кг/сут; гемостатическая терапия: свежезамороженная плазма, этамзилат, викасол; дегидратация: лазикс до 1 мг/кг/сут; октреотид 0,1 мг × 3 р/сут п/к; гормональная терапия: преднизолон 5 мг/кг/сут, в/в; гипотензивная терапия: капотен, амлодипин.

– То есть появилась артериальная гипертензия? – уточнил Леонид Печатников.

– Да, появилась и нарастала, – ответила она.

– Когда она появилась? – задал еще один уточняющий вопрос Леонид Печатников.

– К утру следующего дня на фоне сохраняющегося болевого синдрома, – ответила Ольга Брунова.

– А вы синдром Иценко–Кушинга ставили ей? – спросил в завершение диалога Леонид Печатников.

– Он был выражен, – ответила эксперт.

Ольга Брунова продолжила доклад о ведении пациентки в отделении реанимации ДГКБ №9 имени Г.Н. Сперанского:

– Девочка находилась в стабильно очень тяжелом состоянии с 10 ч 6 сентября до 1 ч ночи 7 сентября. Сохранялся болевой синдром, отмечалась рвота геморрагическим содержимым. По желудочному зонду – умеренное количество застойного геморрагического отделяемого. Сохранялись и нарастали артериальная гипертензия, тахикардия. Сыпь распространялась по всей поверхности тела и приобретала геморрагический характер. В 13.30 отмечается отрицательная динамика в виде нарастания болевого синдрома, отека лба, распространение отека на лицо, шею, прогрессирование геморрагического синдрома в виде носового и желудочного кровотечения. При УЗИ органов брюшной полости данных за перфорацию не получено. Была усилена антибактериальная терапия: назначен линезолид в дозе 30 мг/кг/сут.

В 5.30 – отрицательная динамика за счет нарастания тахикардии до 180 в минуту, развития артериальной гипотонии, микроциркуляторных нарушений, нарастания метаболических нарушений в виде лактацидоза, снижения темпов

диуреза, увеличения размеров печени. Нарастает геморрагический синдром в виде желудочно-кишечного кровотечения, отмечается кровоточивость из мест инъекций и макрогематурия. Нарастают признаки почечной недостаточности, трансаминаземия. По данным коагулограммы практически отсутствует коагуляция. Отмечается рост в крови золотистого стафилококка.

Коррекция терапии: назначены кардиотонические препараты, выполнена гемостатическая терапия, заместительная гемотрансфузия, терапия ДВС-синдрома (протромплекс 600), коррекция антибактериальной терапии (назначен меронем, продолжен линезолид), заместительная терапия иммуноглобулинами.

Отмечается прогрессирование полиорганной недостаточности, нарастание артериальной гипотонии, развивается анурия, ДВС-синдром, легочное кровотечение. Сохраняется выраженный лактоацидоз с повышением лактата до 17 ммоль/л.

– На фоне крайне тяжелого состояния в 11.10 отмечается нарушение сердечного ритма с переходом в фибрилляцию, – сказала Ольга Брунова. – Был выполнен комплекс реанимационных мероприятий с восстановлением сердечного ритма. В 12.05 – повторное нарушение сердечного ритма с переходом в фибрилляцию и асистолия. Комплекс реанимационных мероприятий с кратковременным эффектом. В 13.12 констатирована смерть.

– Диагноз, с которым она ушла на секцию? – уточнил Леонид Печатников.

– Основное заболевание: герпесвирусная инфекция (ветряная оспа), генерализованная форма, тяжелое течение. Фоновое заболевание: синдром Шегрена с почечным вовлечением (тубулоинтерстициальный нефрит). Вторичный иммунодефицит.

Патологоанатомическое заключение

Результаты вскрытия представила заведующая патологоанатомическим отделением ДГКБ №9 имени Г.Н.Сперанского Марина Попова:

– При вскрытии мы обнаружили признаки экзогенного гиперкортицизма, сыпь на коже, дефекты в слизистой оболочке пищевода и желудка, кровь в желудке и кишечнике. Отек и кровоизлияние в мягких тканях головы. Рубцовые втяжения и увеличение размеров почек, набухание вещества головного мозга, гидроторакс, гидроперикард, асцит. В печени макроскопически массивные некрозы с геморрагическим венчиком, которые в части препаратов занимают до 60% площади паренхимы. В сердце – ветряночный миокардит, который представлен некрозом с геморрагической инфильтрацией. В пищеводе – эрозии, обширное кровоизлияние в стенки пищевода. В желудке – эрозии с кровоизлияниями, язв нет, некрозы слизистой в пределах базальной мембраны.

Почки одинаково увеличены. Большая почка с рубцовыми втяжениями. Обильный инфильтрат с преобладанием лимфоцитов, выраженные дистрофические изменения эпителия, явления тубулиты и распространенный интерстициальный фиброз.

Наблюдается выраженное поражение слюнных желез. Массивный узелковый инфильтрат в интерстиции, который представлен преимущественно лимфоцитами. Присутствуют фиброзные изменения стромы, липоматоз, кистозное расширение и атрофия канальцев.

В мягких тканях головы присутствует серозно-геморрагическое воспаление, флегмона не обнаружена. Кроме того, обнаружен выраженный фиброз мышц головы, липоматоз, а также продуктивное воспаление с формированием очагов дистрофического обызвествления.

Леонид Печатников сделал уточнение по ходу доклада:

– Было поражение мышц с исходом в фиброз?

– И даже с костеобразованием, – уточнила патологоанатом.

Как отметила Марина Попова, на вскрытии обнаружены изменения, которые привели к осложненному течению ветрянки: атрофия органов иммуногенеза, лимфоидных фолликулов селезенки, тотальная делимфатизация в тканях лимфатических узлов. Кроме того, обнаружены тяжелые дистрофические изменения в надпочечниках, уменьшение объема гемопоэтической ткани с практически полным отсутствием мегакариоцитов, гипопластический тип кроветворения.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: ветряная оспа, генерализованная форма.

Фоновое заболевание: синдром Шегрена с почечным вовлечением.

Осложнения: серозно-геморрагическое воспаление в мягких тканях головы, массивный геморрагический синдром, дистрофия по органам, набухание вещества головного мозга.

Непосредственная причина смерти: ветряночный миокардит, полиорганная недостаточность, которая была обусловлена поражением органов вирусом *Varicella zoster*.

Заключение о причине смерти: смерть ребенка наступила в результате генерализованной ветряной оспы, протекающей на фоне синдрома Шегрена, и вторичного иммунодефицита, обусловленного иммуносупрессивной терапией.

– Мы не нашли изменений, которые могли бы спровоцировать развитие синдрома Кушинга, системной красной волчанки, склеродермии, ревматоидного артрита, васкулитов, гепатита В, опухолей, гемобластозов. Диагноз остался без изменений – синдром Шегрена, – подвела итог Марина Попова. – У нас совпадение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

– При секции что вы связываете с герпесом, а что – с аутоиммунной реакцией? – попросил уточнить Леонид Печатников.

– С аутоиммунным поражением я связываю мышцы, слюнные железы и почки. Все остальное – свежие некротические очаги по органам, вызванные вирусом *Varicella zoster*, – ответила Марина Попова.

Выступление рецензентов

Первым из рецензентов выступил главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения Москвы Исмаил Османов. Он отметил, что поражение почек при синдроме Шегрена встречается редко – в 5% случаев – и протекает по типу тубулоинтерстициального поражения.

Профессор Османов отметил не совсем правильный, по его мнению, выбор тактики патогенетической терапии:

– У ребенка с вторичным иммунодефицитом следовало бы воздержаться от сочетанной терапии с включением препарата Майфортик. Принимая во внимание, что при назначении данного препарата повышен риск вирусных и бактериальных инфекций и что герпесвирусы уже были обнаружены ранее. При этом адекватная противовирусная терапия назначена не была. Кроме того, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр, герпес 6-го типа, сами по себе могли внести существенный вклад в развитие и усугубление интерстициального нефрита.

У ребенка с аутоиммунным процессом, получающего агрессивную иммуносупрессивную терапию, необходимо было как тщательно оценить показатели

иммунитета в стационаре, так и рекомендовать аналогичный мониторинг в выписном эпикризе.

Главный внештатный детский специалист иммунолог Департамента здравоохранения Москвы Александр Пампура отметил, что иммунный ответ при инфекции, вызванной вирусом *Varicella zoster*, связан с НК-клетками (натуральными киллерами), которые вызывают лизис клеток-мишеней. Их вторая важная функция – высвобождение гамма-интерферона, который способствует экспансии специфических Т-лимфоцитов. Последние являются ключевыми клетками в предупреждении генерализации процесса. Именно пациенты, у которых страдает Т-клеточное звено, особо подвержены вирусным инфекциям.

Александр Пампура выделил основные факторы тяжелого течения вирусной инфекции у пациентки: длительное использование кортикостероидов, сочетание двух иммунодепрессантов, запоздалая информация о контакте.

– Даже короткие курсы кортикостероидов в течение 2–4 недель в дозе 0,5–1 мг/кг массы тела резко повышают вероятность развития летального исхода в случае инфекции *Varicella zoster*, – подчеркнул он. В заключение своего выступления он коснулся важной темы – использования внутривенных иммуноглобулинов у пациентки. В связи с чем он еще раз напомнил, что главный защитный ответ формирует Т-клеточное звено иммунитета, а у данной пациентки оно страдало.

Главный внештатный детский специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы Людмила Мазанкова свое выступление начала с напоминания о том, что ветряная оспа является распространенной инфекцией с благоприятным исходом. Сегодня можно выделить некоторые особенности течения, среди которых – рост частоты поражений центральной нервной системы и генерализованных поражений. К группе риска относятся дети с аутоиммунными заболеваниями, получающие иммуносупрессивную терапию. Это дети, которые должны быть привиты против ветряной оспы после постановки диагноза.

Касаясь обсуждаемого случая, Людмила Мазанкова обратила внимание собравшихся на большой круг инфекций, которыми переболела девочка, не имея профилактических прививок: вирусный гепатит В, краснуха, ветряная оспа. Она поступила без указания на контакт 15 августа с больным ветряной оспой, в связи с чем не получила



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



АЛЕКСАНДР ВЛАСЕНКО

ВЕДУЩИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ОТДЕЛА
ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, К.М.Н.,
ДОЦЕНТ:

“ Выбор путей решения стоящих проблем и поиск оптимальных подходов к совершенствованию функционирования медицинских организаций системы московского здравоохранения – одна из задач, стоящая перед отделом исследований общественного здоровья.

- Подготовка критериев для оценки качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях департамента здравоохранения города Москвы
- Внедрение методических рекомендаций по информационно-документационному обеспечению управленческой деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению
- Разработка предложений по созданию оптимальных условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов, работающих в системе здравоохранения города Москвы

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

постэкспозиционную профилактику, которая необходима в соответствии с порядком оказания помощи детям.

– Сегодня уже готов проект постановления главного санитарного врача о включении противовирусных препаратов и иммунотерапии с введением иммуноглобулинов для постэкспозиционной профилактики, – отметила она.

Как подчеркнула Людмила Мазанкова, дебют заболевания начался с инфекционной патологии. Ребенок получал с эффектом антибактериальную терапию, внутривенные иммуноглобулины. В те же сроки у нее документирована острая цитомегаловирусная инфекция, которая затем, возможно, персистировала. Однако контроль за персистированием герпесвирусных инфекций на этапе госпитализации был нерегулярный и очень ограниченный. Таким образом, у ребенка недооценена роль герпесвирусных инфекций в развитии заболевания.

– Как уже было сказано, иммунодефицитное состояние у ребенка было определено патоморфологически. Однако, несмотря на снижение общего иммуноглобулина G в анализе крови с мая, полное обследование и иммунная поддержка не проводились, – подчеркнула главный детский инфекционист. – Лечение ветряной оспы, которое получал ребенок в отделении реанимации 9-й ДГКБ, соответствует клиническим рекомендациям. Единственное, отсрочено введение внутривенного иммуноглобулина, но, судя по тяжести состояния ребенка и развития клинической картины полиорганной недостаточности, роли в исходе заболевания это не сыграло. Подводя итог, Людмила Мазанкова сказала, что ребенок умер от ветряной оспы, потому что имел отягощенный иммунологический фон, вызванный самим аутоиммунным заболеванием и длительным применением иммуносупрессивной терапии. Инфекции у детей с такой патологией могут быть предупреждены вакцинопрофилактикой и профилактикой реактиваций.

Выступление рецензентов продолжил главный внештатный детский анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы Иван Остряков, который обратил внимание присутствующих на тяжелую гипоксию, которую перенесла больная, имея 7 сентября в 5.41 значение pO_2 на уровне 28,5.

– Хотелось бы, чтоб у больной не было такой гипоксии, необходим перевод на искусственную вентиляцию легких, – отметил он.

Также он отметил необходимость своевременной коррекции артериальной гипертензии, которая в свое время привела к кровотечению и ухудшила состояние больной.

Главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения Москвы Игорь Колтунов напомнил о профилактике ДВС-синдрома при назначении кортикостероидов и еще раз подчеркнул необходимость оценивать риски активации герпесвирусной инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии и принимать адекватные профилактические меры.

Завершила выступление рецензентов главный внештатный детский специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы Елена Туманова, которая отметила, что это сложный случай для патологоанатома.

– В основе болезни Шегрена лежит В-клеточная гиперактивность, известны даже случаи развития В-клеточных лимфом. В слюнной железе больной К. мы видим лимфоидную инфильтрацию, признаки склероза, липоматоза, то есть речь идет о длительно текущем воспалении. Сразу предваряя вопрос, скажу – если бы речь шла о цитомегаловирусной инфекции, то она дала бы своеобразное изменение эпителия – гигантоклеточную трансформацию, клетки «совиный глаз». Если эти клетки погибают, даже спустя два года, мы бы увидели множественные кальцинаты. Но кальцинатов здесь нет.

При пункционной биопсии почек, которая проведена в мае 2016, выявлено, что подоциты потеряли свои ножки, они распластаны по базальной мембране, сама мембрана утолщена. Признак говорит в пользу липоидного нефроза, болезни минимальных изменений, где неизменны клубочки, но нарушается фильтр, и заболевание характеризуется выраженной протеинурией.

Касаясь вопроса генерализованной вирусной инфекции, Елена Туманова отметила:

– На мой взгляд, основное заболевание – герпесвирусная инфекция, генерализованная форма. Мы не имеем точных данных, перенес ребенок ветряную оспу или нет – антитела не смотрели, есть только данные ПЦР-исследования.

Подводя итоги обсуждения, Леонид Печатников сказал:

– Причины смерти девочки – назовем ли это генерализованной ветряной оспой или герпесвирусной инфекцией – связаны с иммуносупрессией, которая вызвана большими дозами глюкокортикоидов и иммуносупрессоров. На этом фоне могло развиваться все, что угодно. В нашем случае развилась генерализованная вирусная инфекция, которая привела к смерти ребенка.

Оправдана ли была такая иммуносупрессивная терапия и по какому поводу она проводилась? Совершенно очевидно, все органы, которые смотрели патологоанатомы, подверглись агрессии – в большей степени вирусной, в меньшей степени – аутоиммунной. Поэтому постфактум на основании секции и микроскопического исследования мы не увидели большого коллагеноза, который потребовал настолько массивной терапии.

Мне показалось, что наши коллеги оказались в плену красивого диагноза «синдром Шегрена». В свое время я довольно много этим занимался. Если речь идет о системном заболевании, не надо стремиться уложить его в какие-то нозологические рамки. Самое главное – понять патогенез, для того чтобы определить патогенетическую терапию. Вероятно, в этом случае мы действительно имеем дело с аутоиммунным процессом. Но в данном случае лечение оказалось более агрессивным, чем само заболевание. Во всяком случае, у меня сложилось такое впечатление. Нежелательный эффект от нашей терапии иногда может существенно превосходить нежелательный эффект от самой болезни. Я думаю, что этот случай нас многому научит.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СЕРГЕЙ КИМ

РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА, К.М.Н.:

“ Сотрудничество с нами открывает новые возможности для развития как государственных, так и частных медицинских учреждений.

- Междисциплинарная команда и набор компетенций, позволяющие эффективно исследовать все стороны деятельности медицинских учреждений
- Применение методологии потенциального подхода в управлении ресурсами
- Системный подход к анализу клинической и административно-хозяйственной деятельности

www.niioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

«БЛАГОСЛОВИ ВРАЧЕЙ СВОИХ, РОССИЯ!»

Слова Александра Городницкого, вынесенные в заголовок, как нельзя лучше подходят для того, чтобы передать настроение и чувства тех, кто пришел в Первую градскую поздравить московских медиков с профессиональным праздником. Великолепное выступление артистов «Геликон Оперы», объединившее два замечательных события – День медицинского работника и 215-летие одной из старейших московских и российских больниц, никого не оставило равнодушным.



В конце 18 века московский князь Голицын завещал деньги от продажи выдающегося собрания картин на «богу угодное и люду полезное» дело - постройку больницы. Старейшая столичная больница 22 июля 1802 года открыла свои двери, а главным врачом стал выдающийся хирург, профессор Московского университета Е. О. Мухин, с успехом возглавивший клинику для лечения всех слоев населения вне зависимости от их веры, национальности и доходов.

Праздничный московский фестиваль «Медицина как искусство», раскрывший объятия десяткам врачей вечером 18 июня, впервые прошел на площадке Первой градской больницы, отмечающей в этом году свое 215-летие.



В праздничный день на территории Первой градской Департамент здравоохранения города представил гостям выставку «Их именами названы московские больницы». Экспозиция посвящена выдающимся российским врачам, имена которых носят лучшие столичные клиники.



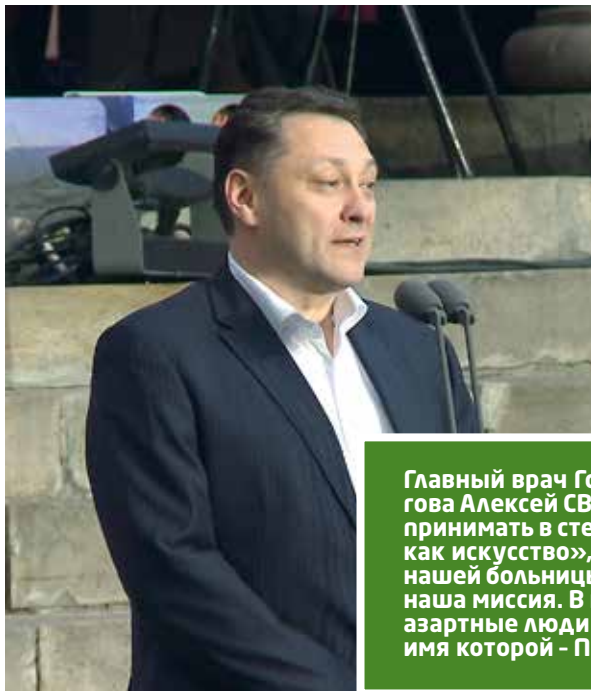
Отмечало день рождения и печатное издание столичного департамента здравоохранения – «Московская медицина». Ровно три года назад вышел первый номер журнала.



Гостей Первой градской встречи встречали музыканты «Геликон Оперы»



Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей ХРИПУН: «Нет необходимости говорить, что медицина - не только тяжкий, но самый гуманный труд, не только наука... Медицина - это искусство. Поэтому в преддверии нашего профессионального праздника московское медицинское сообщество вышло с инициативой организовать фестиваль, который так и назвали «Медицина как искусство». Первым мероприятием фестиваля стал сегодняшний праздничный концерт»



Главный врач Городской клинической больницы №1 им. Н.И Пирогова Алексей СВЕТ: «Для меня большая честь стоять на этой сцене и принимать в стенах Первой градской дебют фестиваля «Медицина как искусство», в День медицинского работника и в год 215-летия нашей больницы. Лечить, учить и сострадать - это была, есть и будет наша миссия. В нашей команде профессиональные, амбициозные, азартные люди - настоящие патриоты этой замечательной страны, имя которой - Первая градская»



Президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид РОШАЛЬ: «У нас, медиков, так мало праздников, и каждый праздник настоящий. Если бы был жив Верди, я бы попросил его написать оперу про нас. Мы живем в сложное время, но главное - нам не стыдно за наше медицинское сообщество. Всем здоровья!»



В исполнении мастеров «Геликон Оперы» по-настоящему изысканно звучали арии и сцены из опер Россини и Пуччини, Бородина и Чайковского, Оффенбаха и Алябьева.



Министр здравоохранения России Вероника СКВОРЦОВА: «Хочу еще раз поздравить всех российских медиков с профессиональным праздником - Днем медицинского работника. Поблагодарить вас за ваш самоотверженный труд. За то, что вы работаете от души. И действительно, медицина - не только труд и наука, но и искусство, и каждый, кто приходит в нашу профессию, неизменно сохраняет ту душевную чистоту, которая подтолкнула его к началу нелегкого пути медика».



Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ: «В Москве все делается неплохо, и нам нужно только не останавливаться ни в коем случае на достигнутом - идти вперед. Ведь жизнь так устроена, что остановиться - значит идти назад. Уверен, что все присутствующие получили удовольствие от сегодняшнего вечера. За что огромное спасибо артистам «Геликон Оперы». С праздником!»



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**