

Возвращая к жизни

Мероприятие открылось сообщением генерального секретаря ВНОК, д.м.н., профессора С.А. ШАЛЬНОВОЙ «Современные тенденции смертности в России». Приведенные профессором Шальной цифры наглядно продемонстрировали актуальность вопросов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России.

Показатели смертности от кардиоваскулярных патологий в нашей стране в последние годы демонстрируют определенную тенденцию к снижению, правда, назвать ее устойчивой пока нельзя. Если в 2003-м году от болезней системы кровообращения умерло 927,5 человек из каждых 100 тысяч населения, то к 2009-му эта цифра уменьшилась до 801 смертельного исхода на те же 100 тысяч. Улучшилась и ситуация со смертностью от ишемической болезни сердца: в 2003-м году ИБС была причиной смерти 442 человек из 100 тысяч, а в 2009-м – 412. Однако в медицинской статистике имеются и тревожные факты: если соотношение женщин и мужчин среди всех случаев летальных исходов ИБС держится примерно на уровне 1:1–1:1,5, то мужчины трудоспособного возраста от данного заболевания умирают примерно в 7 раз чаще женщин. То есть, из популяции выбывают именно те ее члены, которые должны были бы обеспечивать рост ВВП и стабилизацию экономической обстановки. К сожалению, пока медикам не удалось добиться устойчивой тенденции к снижению смертности от кардиоваскулярных патологий в целом и от ИБС в частности, а вот количество умирающих от цереброваскулярных заболеваний в России год от года неуклонно

18–19 мая 2011 года в московском Доме ученых состоялась IX Российская научная конференция с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии». Организаторами мероприятия стали Министерство здравоохранения и социального развития РФ, НИИ профилактической медицины, Всероссийское общество кардиологов и Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики. Тематика докладов, включенных в научно-практическую программу конференции, отличалась огромным разнообразием: обсуждались не только такие традиционные для кардиологии проблемы, как вероятность рецидива стенокардии или особенности терапии ХСН у больных разного пола и возраста, но и вопросы, которым в реальной клинической практике уделяется недостаточное внимание, например, проблемы психологической подготовки пациентов к кардиоваскулярным вмешательствам.

снижается, чего, к сожалению, нельзя сказать о смертности от инфаркта миокарда: в период с 2003-го по 2009-й годы количество умерших от этого заболевания увеличилось с 44,5 до 48 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на усилия российских медиков, наша страна по-прежнему далека от мировых показателей (рис. 1, 2). Для изменения ситуации необходимо, чтобы важность проблемы ССЗ осознавали не только врачи, но и пациенты, так как борьба с управляемыми факторами риска (например, отказ от курения и чрезмерного употребления спиртного) невозможна без деятельного участия людей, попавших в группу риска, но еще не демонстрирующих клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний.

Работе с данной категорией населения было посвящено сообщение старшего научного сотрудника отдела разработки технологий реализации профилактических программ

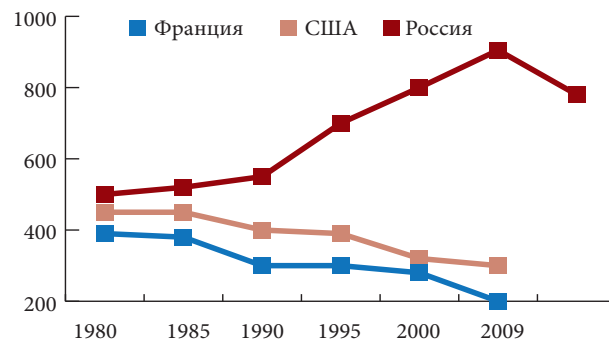


Рис. 1. Тренды смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин в России, Франции и США в 1980–2009 гг. (на 100 тыс. населения)

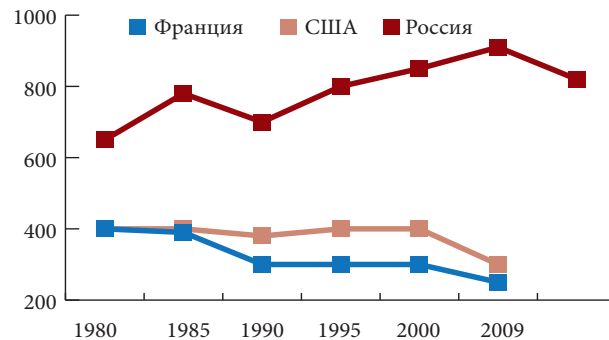


Рис. 2. Тренды смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в России, Франции и США в 1980–2009 гг. (на 100 тыс. населения)



Кардиореабилитация в России: достижения и проблемы



*С.А. Шальнова,
д.м.н., профессор,
РК НИК
Минздравсоц-
развития РФ*

НИИ профилактической медицины, к.м.н. А.В. КОНЦЕВОЙ. Она рассказала об опыте проведения профилактической программы, в ходе которой специалисты НИИ профилактической медицины оказывали консультативную и диагностическую помощь людям, занятым умственным трудом в замкнутом коллективе. То есть, тем, кто ведет малоподвижный образ жизни и к тому же постоянно подвергается стрессам во время работы. Мероприятия по профилактике включали в себя первичный осмотр и консультацию специалиста, а также последующий контроль выполнения рекомендаций. Проведенная работа продемонстрировала высокую терапевтическую эффективность подобного рода профилактических мероприятий (за год АД у людей, ставших участниками программы коррекции факторов риска,



*А.В. Концевая,
к.м.н., старший
научный
сотрудник отдела
разработки
технологий
реализации
профилакти-
ческих программ
ФГУ ГНИЦ ПМ
Минздравсоц-
развития РФ*

снизилось на 9–10 мм рт. ст., улучшился липидный профиль), кроме того, внедрение такого рода программ на рабочем месте оказалось очень выгодным для работодателя, так как позволило снизить количество дней временной нетрудоспособности в 5 раз.

Пока подобные профилактические программы не оплачиваются в рамках ОМС, однако они достаточно выгодны для работодателя (каждый вложенный в них рубль в течение года превращается в 1,2 рубля), поэтому, возможно, уже в ближайшее время профилактика ССЗ на рабочем месте станет распространенным способом коррекции факторов риска сердечно-сосудистых патологий.

Об успехах и проблемах кардиореабилитации в России рассказал Д.М. АРОНОВ, д.м.н., профессор, руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики ФГУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития РФ. Он в частности отметил, что в СССР в начале 1980-х годов была внедрена государственная система поэтапной реабилитации и вторичной профилактики у больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Благодаря ее внедрению средний койко-день при ОИМ сократился почти в 2,5 раза. Пребывание больных на строгом постельном режиме сократилось с 21 до 1–3 дней. Новые режимы двигательной активности при различных формах ОИМ давали больным возможность восстановить свою физическую работоспособность в значительно более короткие сроки, чем прежде.

При новых режимах активизации в стационаре (госпитальный этап реабилитации) больные переводились прямо из больницы в отделения реабилитации местных кардиологических санаториев на срок 24 дня с предоставлением больничного листа. В хорошо организованных санаторных отделениях больные эффективно выполняли санаторный этап реабилитации и поступали далее под диспансерно-поликлиническое наблюдение. Все это позволяло большинству боль-

ных вскоре после санаторной реабилитации вернуться к трудовой деятельности.

К сожалению, в период бурных социально-экономических потрясений и развала СССР система реабилитации кардиальных больных сильно пострадала.

В настоящее время наличие эффективно действующей системы кардиореабилитации уже не является привилегией экономически развитых стран. Содержание, методы, структура кардиореабилитации значительно упростились. Она все больше «демократизируется», то есть становится более дешевой и более доступной, позволяет включать в программы реабилитации все большее число больных, в том числе из тех, кому ранее реабилитация считалась абсолютно или частично противопоказанной. Эти тенденции позволили Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1993 году выпустить специальный доклад «Реабилитация после кардиоваскулярных заболеваний в развивающихся странах». Документ адресован в первую очередь правительствам. Кардиореабилитация должна быть интегрирована в систему национального здравоохранения. Все больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны проходить обучение в Школах для больных и их родственников, а также программу физических тренировок.

Комитет экспертов ВОЗ рекомендует развивающимся странам три уровня организации кардиореабилитации: первый – на местном, общинном уровне; второй (более высокий) – на уровне межрайонной или городской больницы; и третий – наиболее высокий уровень, ассоциированный с крупными больницами или медицинскими центрами. Как известно, кардиореабилитация осуществляется последовательно. После острой сердечно-сосудистой катастрофы (ОИМ, нестабильная стенокардия, гипертонический криз, острая сердечная недостаточность) первый этап осуществляется в стационаре (стационарный

IX Российская научная конференция «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии»

этап). Как установлено нами с помощью анкетирования ряда больниц с кардиологическим отделением и блоком интенсивной терапии, на стационарном этапе в настоящее время реабилитационная помощь фактически сводится к соблюдению врачами режима быстрой активизации. Рекомендуются лечебная физкультура и врачебный контроль за расширением режима больных ОИМ не осуществляется. Продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем составляет 18–19 дней.

Фаза реконвалесценции (выздоровления) проходит в специализированном реабилитационном отделении санатория (санаторный этап). В настоящее время в трехступенчатом реабилитационном процессе реабилитация реально осуществляется только в условиях отделения реабилитации в немногочисленных реабилитационных центрах, находящихся в ведении Фонда социального страхования, и отделений реабилитации в кардиологических санаториях ЗАО «Профкурорт». Общее число этих центров не превышает тридцати. Только четвертая часть наших больных ИМ (только трудоспособного возраста и живущих преимущественно в крупных городах), имеющих показания на пребывание в отделениях реабилитации местных санаториев, получают бесплатную путевку на реабилитацию.

После санатория начинается так называемая поддерживающая фаза реабилитации, практически – постоянная вторичная профилактика. Программа длительных физических тренировок (ФТ) играет наиболее важную роль среди основных аспектов медицинской реабилитации на всех ее этапах и в период начала вторичной профилактики, так как она буквально меняет судьбу кардиологических больных. Так, если комплексная система реабилитации снижала смертность на 26%, то на долю ФТ из этого числа приходилось 20%. В силу недостатков нашего здравоохранения поддерживающая фаза

кардиореабилитации и вторичная профилактика в условиях диспансера и поликлиники фактически заменяется нашим неэффективным так называемым диспансерно-поликлиническим наблюдением, где больному предоставляется возможность находиться под наблюдением участкового врача и периодически консультироваться у кардиолога. Образовательная программа, играющая важнейшую роль в повышении мотивации больных к продолжительному и осознанному выполнению мероприятий по вторичной профилактике, соблюдение антиатеросклеротической диеты, систематические умеренно-интенсивные тренировки, отказ от вредных привычек (и в первую очередь от курения) практически не используются.

Дело в том, что наши врачи фактически проводят лишь симптоматическую терапию, направленную на снятие приступов стенокардии, уменьшение одышки или отеков, снижение артериального давления. Думать об отдаленном прогнозе больного, оценивать риск возможной смерти и тяжелых осложнений болезни, пытаться добиваться целевых уровней основных показателей липидов крови, показателей воспаления, нормализации веса больных реально не приходится. Это беда, а не вина врачей.

В чем мы нуждаемся остро из того, чем не располагает наша медицинская практика в настоящее время? В первую очередь – в образовательных программах для больных. Больные – чуткие люди, они уже напуганы болезнью и с особым вниманием реагируют на возможность каких-то дополнительных (помимо их заболевания) опасностей и отрицательного влияния на здоровье. Получив в руки инструкцию к препарату и прочитав о возможных его побочных действиях, значительная часть больных в худшем случае не принимает предписанное лекарство, в лучшем – принимает в уменьшенной дозе и нерегулярно. Это одна из множества причин низкого комплаенса со



Д.М. Аронов,
д.м.н., профессор,
ФГУ ГНИЦ ПМ
Минздравсоц-
развития РФ

стороны больных и, следовательно, неэффективности нашего лечения. Есть и другие – мы не доводим до сведения больного назначение данного лекарства и механизм его действия, не объясняем как, через какое время и каким образом проявляется его действие. Больные остаются в полном неведении о свойствах препаратов стратегического действия и нередко разочаровываются, не ощутив каких-то эффектов от применения того или иного лекарства после «курса» в 2–3 месяца. А они должны были определенно знать, что конечная цель применения этих лекарств – предотвращение преждевременной смерти и коренное улучшение течения болезни, и что для этого требуется применение этих лекарств по крайней мере в течение 5 лет. При таких разночтениях комплаенс со стороны больных вряд ли возрастает в разы.

В задачи образовательных программ для больных, помимо указанных пунктов, входят и другие – обучение правильному образу жизни (с точки зрения требований медицины), отучение от вредных привычек и пр.

Если первичная профилактика – в основном забота государства и каждого гражданина, то медицинская реабилитация и вторичная профилактика – дело государства и врачей вместе с больными. ☺

Материал подготовила
М. Ланцова