



Галина ФУРМЕНКО: «Высокотехнологичная медицинская помощь должна быть доступна каждому жителю области»

В статистике заболеваемости населения Воронежской области сердечно-сосудистая патология составляет сегодня около 30%, а смертность от этих причин превышает 60% в структуре общей смертности. Такие показатели уже сами по себе говорят о необходимости модернизации кардиологической службы в системе здравоохранения региона. Именно этому направлению работы уделяет сейчас самое пристальное внимание главный кардиолог Воронежской области, доцент кафедры госпитальной терапии Воронежской государственной медицинской академии, к.м.н. Галина Ивановна ФУРМЕНКО. Впрочем, она считает, что сначала придется восстановить многое из того, от чего необдуманно поспешно отказались на финише двадцатого столетия.



Галина Ивановна, расскажите, пожалуйста, об истории становления кардиологической службы в Воронежской области.

Основы кардиологической службы в Воронежской области были заложены еще в 30-е годы прошлого века. И уже с первых шагов наши кардиологи внесли заметный вклад в развитие этой важнейшей отрасли медицины. Именно в Воронеже в 1928 году Сергей Брюхоненко сконструировал прибор, названный автожектером, который считается первым в мире аппаратом искусственного кровообращения. За его создание автор был удостоен Ленинской премии – правда, присвоена она была ему посмертно. Позднее, в 60-е годы, здесь зарождались новейшие радиоэлектронные методы исследования сердечно-сосудистой системы, сегодня широко применяемые врачами в повседневной практике, – доплерография и ряд других. За разработку новых ультразвуковых методов диагностики в кардиологии и создание одного из первых ультразвуковых приборов воро-

нежские ученые были в 1968 году награждены Серебряными медалями ВДНХ.

Можно считать, что воронежские кардиологи играли не последние роли в становлении высокотехнологичной медицинской помощи в нашей стране?

Они действительно работали на передовом рубеже медицины, и в дальнейшем слово «впервые» не раз упоминалось рядом с именами воронежских врачей-новаторов. В Воронежской области разработан метод обработки медицинской информации на основе компьютерных технологий, что означало появление нового направления автоматизации процесса диагностики при изучении сердечно-сосудистых заболеваний; впервые была применена электрическая дефибрилляция сердца для восстановления сердечного ритма; открыт первый в России кардиоревматологический центр, а затем на базе Воронежской областной клинической больницы появился один из первых в стране дистанционно-диагностических центров с передачей ЭКГ на расстояние.

Первый съезд кардиологов России прошел именно в Воронеже в 1968 году. Это, кстати, подтверждает, насколько высок был в те годы авторитет наших специалистов в медицинском сообществе. Он был вполне заслуженный, потому что в Воронежской области создавалась эффективная система кардиологической помощи населению. Врачи-кардиологи были почти во всех ЦРБ области, и кардиологических коек в районах было достаточно, во многих ЦРБ были палаты интенсивной терапии для больных инфарктом миокарда. Активно проводилась работа по выявлению острой сердечно-сосудистой патологии. Передача электрокардиограмм на расстояние была налажена не только из районов в дистанционно-диагностический центр областной клинической больницы, некоторые ЦРБ также организовали передачу и расшифровку ЭКГ с фельдшерских пунктов. В самом Воронеже работали три кардиологические бригады скорой медицинской помощи. Однако количество сердечно-сосудистых заболеваний в области, как и в целом по РФ, постоянно увеличивалось, врачей-кардиологов не хватало, и было решено расширить звено участковых врачей, которые взяли на себя и оказание кардиологической помощи. Это несколько ослабило внимание к совершенствованию специализированной кардиологической службы.

Надо полагать, это не лучшим образом отразилось на показателях сердечно-сосудистых заболеваний в области?

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Воронежской области в течение долгого времени имела только одну тенденцию – к увеличению. Впрочем, такая же ситуация была и в целом по стране, поэтому необходимость восстановления кардиологической службы стала для всех очевидной. Была принята федеральная целевая программа, которая опреде-

лила мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями. Показательно, что когда в стране начали создавать первые одиннадцать региональных сосудистых центров, в их числе был и воронежский – область сочли готовой к этой работе. Был создан РСЦ в Воронежской областной клинической больнице № 1 и шесть первичных сосудистых центров на базе двух крупных многопрофильных больниц города Воронежа и в четырех ЦРБ. В прошлом году к ним добавился еще один – в МСЧ № 33 города Нововоронежа. Все они были оснащены реанимационным и диагностическим оборудованием, при этом соблюдалось условие: организаторы программы бесплатно поставляли в область технику, а регион брал на себя обязательства по обеспечению расходными материалами, что также требует довольно больших затрат. В развитие федеральной программы в Воронежской области в 2008 году была принята ведомственная целевая программа по снижению смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда, а также областная целевая программа «Развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи населению Воронежской области в 2008–2015 годах». Руководство департаментом здравоохранения и главный терапевт Галина Михайловна Мещерякова уделяют перво-степенное внимание реализации этих программ, участвуют в решении всех возникающих проблем. Большую работу по формированию кардиологической структуры районов области выполняет руководство ВОКБ № 1 и поликлинический отдел областной больницы.

Какие из мероприятий программы по снижению смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга и инфаркта миокарда Вы считаете наиболее актуальными для Воронежской области?

Важно, что была создана структура оказания помощи больным с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (инсульт, инфаркт миокарда), которая включает в себя догоспитальное звено (скорая медицинская помощь), затем – организацию помощи кардиологическим больным в ЦРБ, городских больницах, в первичных сосудистых центрах и в региональном центре. В этой схеме каждый уровень выполняет свою определенную задачу. Догоспитальное звено обеспечивает своевременную диагностику, а в экстренных случаях оказывает и специализированную помощь больным с инфарктом миокарда, в том числе проведение догоспитального тромболизиса для растворения тромба в коронарной артерии. Большое внимание уделяется своевременной доставке больных в лечебное учреждение с возможностью высокотехнологичных методов лечения. Там пациент сразу поступает в рентгенооперационную, где проводится коронарография, а при наличии показаний – эндоваскулярное вмешательство с постановкой стента, в результате чего восстанавливается кровоток в пораженной артерии.

Но ведь во многих ЦРБ наверняка нет еще необходимого оборудования и специалистов для выполнения таких сложных операций.

В центральных районных больницах, где количество кардиологов и кардиологических коек в настоящее время недостаточно для осуществления кардиологической помощи в полном объеме, больные с инфарктом миокарда поступают в реанимационные отделения, и по прошествии нескольких дней при улучшении состояния больного переводят в общетерапевтическое отделение.

Речь идет о помощи при инфарктах миокарда, а как предписано действовать медикам, если на месте диагностируется инсульт?

Для больных с инсультом создана несколько иная структура. Все



Операцию АКШ (аортокоронарное шунтирование) проводит заведующий кардиохирургическим отделением № 2, д.м.н., профессор Сергей Алексеевич Ковалев. Такая операция длится в среднем три-четыре часа и требует максимальной концентрации хирурга и его команды, включающей ассистентов, анестезиолога, перфузиониста и операционных сестер

больные поступают в прикрепленный к каждому конкретному району области первичный сосудистый центр. Таким образом, больные с инсультом сосредоточены только в первичных сосудистых центрах или в региональном сосудистом центре.

Эта схема реально работает?

Да, сегодня благодаря этой программе у нас каждое медучреждение знает, какие мероприятия должны быть выполнены собственными силами в том или ином конкретном случае, куда и в какие сроки после этого необходимо передать больного для дальнейшего лечения, а может, его следует без

промедления доставить в одно из специализированных кардиологических подразделений. В этой цепочке прописаны все – от фельдшерско-акушерского пункта до регионального сосудистого центра при ВОКБ № 1. Сделано все, чтобы оказать своевременную помощь кардиологическому больному. К сожалению, сейчас по федеральному регистру мы видим, что больные зачастую поступают очень поздно. Нет, скорая помощь привозит их достаточно быстро, но во многих случаях оказывается, что пациент уже два дня дома с болями в сердце маялся, терпел, все ждал, что «само пройдет».

Таблица. Динамика оказания высокотехнологичной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях в Воронежской области

Метод лечения	Годы	
	2009	2010
Коронарная ангиография	1770	2452
Ангиопластика коронарных артерий	30	47
Стентирование коронарных артерий	339	478
Аортокоронарное шунтирование	293	284
Реконструктивные операции на брахиоцефальных артериях	61	70

Если мы выдвигаем претензии, что больные не слишком внимательны к своему здоровью и не спешат подключить к решению проблем специалистов, возникают два вопроса и к самим врачам. Первый – это профилактическая работа и второй – диспансеризация, которая пока, на мой взгляд, не дает ожидаемого эффекта.

Наша страна в свое время первой проводила всеобщую диспансеризацию. Было это в 1970–80-е годы. Инициатором и вдохновителем ее был Евгений Иванович Чазов, в тот период министр здравоохранения. Там, где диспансеризация действительно проводилась, результаты были. К сожалению, не во всех районах области эта работа была достаточно эффективной, так как не хватало оборудования и врачебных кадров. Какое-то время спустя мы приступили к так называемой «дополнительной диспансеризации». Это была диспансеризация работающего населения Воронежской области (18–55 лет). Вот у меня данные того периода. Здоровыми признаны лишь 17% осмотренных, еще 21% находились в зоне риска. Тех, кому требовалось дополнительное амбулаторное обследование, набралось 47%, из них патология была впервые выявлена почти у 40%, при этом практически у каждого был не один, а по два-три диагноза, и сердечно-сосудистые заболевания лидировали с результатом 29%, а среди них на первом месте (68%) была артериальная гипертония.

Гипертонию вполне можно назвать и болезнью XXI века?

Она не случайно была переведена в категорию социально значимых заболеваний. Существует Федеральный регистр больных артериальной гипертонией. По Воронежу в 2007 году среди зарегистрированных больных АГ у 62,7% были выявлены и другие факторы риска – высокий холестерин, повышенный уровень глюкозы, ожирение. Тех, у кого гипертония вызвала поражения органов (сердце, головной

Воронежская область

мозг), среди гипертоников оказалось 92,5%. При этом многие, даже зная о своей болезни, не лечатся систематически, предписания врачей выполняют не более 40% больных артериальной гипертонией.

В последнее время в аптеке все чаще можно видеть людей, покупающих тонометры. Правда, обычно это люди в возрасте за 60... Это, конечно, очень хорошо. Тут сработала активная реклама здорового образа жизни. Только следить за давлением и работой сердца надо не после шестидесяти, а значительно раньше!

Отмечаются ли какие-то региональные особенности в динамике сердечно-сосудистой патологии по Воронежской области?

В Воронежской области смертность от сердечно-сосудистых заболеваний всегда была несколько выше по сравнению со многими другими регионами. Сказывается, конечно, возрастной состав населения – у нас много людей старшей возрастной группы. Все же в последнее время, начиная с 2008 года, мы видим некоторое снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения. Так что усилия, предпринятые воронежскими кардиологами за последние годы, привели к переменам в лучшую сторону. У нас сейчас происходят очень серьезные изменения в кардиологической и неврологической службах. Они работают в тесном контакте, широко внедряют тромболитис и самые передовые кардиохирургические и рентгеноэндоваскулярные методы лечения, включая аортокоронарное шунтирование, ангиопластику и стентирование каротидных артерий, эмболизацию внутримозговых аневризм и эндоваскулярную эмболизацию артериовенозной мальформации (см. табл.).

На каких принципах формируется сегодня структура кардиологической службы в Воронежской области? Можно ли, на Ваш взгляд,



В региональном сосудистом центре ВОКБ № 1 бригада кардиохирургов всегда готова оказать экстренную помощь даже в самых сложных случаях

считать ее оптимальной и какие изменения могли бы ее улучшить? Основной принцип у нас такой: необходимо сделать так, чтобы кардиологическая помощь, включая высокотехнологичную, оказалась доступной практически всем. К сожалению, кардиологов у нас не так много. Я уже говорила, что одно время был крен на развитие

службы участковых врачей и врачей общей практики, и в результате у нас несколько районов не имеют врачей-кардиологов, в ряде районов отсутствуют кардиологические койки. Сейчас мы разделили районы на четыре группы. Есть такие, в которых нет врачей-кардиологов и кардиологических коек, в связи с чем там могут оказывать только



Малоинвазивную операцию чрескожной баллонной коронарной ангиопластики проводит заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения, к.м.н. Павел Владиславович Сарычев



С оснащением ЛПУ разного уровня магнитно-резонансными томографами у врачей появился отличный инструмент точной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний

плановую терапевтическую помощь, в том числе и кардиологическим больным. В сложных случаях пациента направляют на обследование и лечение в кардиодиспансер. В отдельную группу мы выделили районы, где кардиологическая службы была, но в связи с предшествующей реорганизацией ее не стало. Инфраструктура и люди, которые работали кардиологами, там остались, и мы на этой базе пытаемся возродить кардиологическое звено. Такие районы в приказе по департаменту здравоохранения четко обозначены, там довольно успешно идет работа: восстановили кардиологические отделения, увеличили штаты, выделили оборудование. Есть районы, где в ЦРБ имеются кардиологические койки в составе терапевтических отделений. Наконец, созданы первичные сосудистые центры в Павловске, Лисках, Россоши, Борисоглебске и Нововоронеже. Это полноценные кардиологические отделения со штатами и оборудованием.

В чем суть вашей работы с районами сегодня?

Если коротко: районы делают то, что могут. На что у них не хватает сил, делают кардиологический диспансер или региональный сосудистый центр. РСЦ больше работает на неотложную медицинскую помощь – острый коронарный синдром, инфаркт миокарда. Кардиологический же диспансер осуществляет плановую помощь – это отбор больных, которым необходима высокотехнологичная помощь, и их последующая диспансеризация. С 2010 года у нас внедрена система электронной регистратуры для всех районов области и города Воронежа, которая облегчает запись и направление пациентов в областной кардиодиспансер, сокращает время ожидания и расширяет доступность специализированной помощи населению. Эта работа была инициирована администрацией ВОКБ № 1 в рамках предоставления населению государственных и муниципальных услуг в электронном виде.

Кардиология зачастую начинается с неотложной помощи...

Неотложную помощь, естественно, должны оказывать все. Во

многих регионах, кстати, принят вариант, когда больных с инфарктом миокарда везут сразу в межрайонные отделения, как и больных с инсультом. Но пациенты с инсультом или с инфарктом – это разные больные. При инфаркте, как известно, существует опасность «внезапной смерти», поэтому с учетом довольно обширной территории Воронежской области, где в сельской местности иной раз и дорог-то приличных нет, такая транспортировка – далеко не лучший вариант. Мы пошли по другому пути. У нас эти больные поступают в реанимационное отделение – они есть практически в каждом ЛПУ. В ближайшее время планируется организовать на местах достаточное количество палат интенсивной терапии, а где это невозможно – палаты «сестринского ухода», соответствующим образом оборудованные. Тоже выход в критических ситуациях.

Это все пока в отдаленной перспективе?

Приказ департамента здравоохранения по оказанию неотложной помощи больным кардиологического профиля вышел, и мы к этой работе уже приступили. Во всех районах осваивают тромболитическую терапию. При инфаркте миокарда очень важно как можно быстрее восстановить кровоток. Тут только два пути: либо ввести вещество, которое растворяет тромб, либо сразу раскрыть артерию, поставить сосудистый эндопротез – стент. Если установить его в первые три часа после инфаркта – человек будет здоров. Чрескожное коронарное вмешательство, конечно, далеко не всем доступная операция, а вот тромболитизис можно делать везде, и у нас его выполняют практически во всех районах. Это достижение Воронежской области: не в каждом регионе этот метод освоен столь широко. У нас же количество тромболитизисов идет по нарастающей, врачи перестали бояться выполнять эту манипуляцию, хотя

для многих это психологически не так просто: ответственность очень большая.

Пожалуй, принять такое решение в «полевых условиях» может не каждый: посоветоваться, получить поддержку не у кого...

Да, и в связи с этим мы сейчас работаем над внедрением кардиотелеметрии. Пока решаем, какую систему выбрать. Мы постараемся оснастить необходимой аппаратурой первичное звено и бригады скорой медицинской помощи в некоторых населенных пунктах – вплоть до ФАПов. В результате даже фельдшер сможет от постели больного в режиме реального времени передать кардиограмму прямо в круглосуточный консультационно-диагностический центр при РСЦ и в первичные сосудистые центры, где немедленно подключатся специалисты и тут же по телефону дадут необходимую консультацию, что и в какой последовательности необходимо сделать на месте.

Не приходится сомневаться, что специалисты РСЦ готовы к такой работе с новейшей аппаратурой и методиками. Но готовы ли к этому на низовых уровнях, где зачастую как раз и требуются экстренные мероприятия по спасению больного?

Может быть, нам поможет прежний опыт. У нас уже была в свое время внедрена передача ЭКГ на расстояние, и у наших врачей это еще в памяти. Теперь мы строим эту систему на более высоком уровне. Изучаем практику других регионов, выбираем техническое решение – простое в обращении, но при этом достаточно эффективное. Конечно, каждый шаг вперед требует определенных усилий. Ведь сколько проблем было, когда мы начинали осваивать тромболитизис на догоспитальном этапе – силами скорой медицинской помощи. Поначалу туда выделяли самый безопасный, но дорогостоящий тромболитик. Сейчас-то люди привыкли и поняли, на-

сколько эффективно своевременное его проведение.

Как поставлена профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в Воронежской области?

У нас есть областной Центр медицинской профилактики. Он создан при департаменте здравоохранения и занимается первичной профилактикой. Для вторичной профилактики у нас открыты Центры здоровья, их тоже можно рассматривать и как центры первичной профилактики. Таких Центров здоровья в Воронеже создано семь. На их организацию область получила по нацпроекту семь миллионов рублей. Сейчас эти Центры здоровья работают в полную силу.

Какие из современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний освоены и внедрены в практику воронежскими кардиологами? Достаточно ли аппаратное обеспечение диагностических исследований?

Посути, все современные методы диагностики, доступные сегодня, у нас внедрены. В районах есть компьютерные томографы, а в ОКБ вообще установлена уникальная техника. Нет разве только аппаратуры для скинтиграфии сердца

(это радиоизотопное исследование), но на фоне той мощной диагностической базы, которой располагают наши врачи, много дополнительной информации эта методика не даст. Надо сказать, что хорошей аппаратуры никогда много не бывает, нам бы, конечно, хотелось, чтобы ее было больше.

Как решаются проблемы выявления сердечно-сосудистой патологии на ранних стадиях заболевания?

Тут основную роль играет кардиологический диспансер. В ближайшее время здесь планируется довести число посещений больных до 140 человек в сутки, организовать систематические выезды в районы области для оказания консультативной помощи на местах, включая организацию высокотехнологичных методов обследования. Помогает и ГУЗ «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр».

Подготовка кардиологов – задача ответственная. Насколько успешно с ней справляются в Воронежской области?

Кардиолог – это специальность уже вторая, а первая – терапевт. У нас кардиологов готовят через



Заведующий Воронежским областным кардиологическим диспансером д.м.н. Роман Анатольевич Хохлов в кабинете кардиотелеметрии



ординатуру или через первичную специализацию. Вообще обучать наших врачей всему новому мы стараемся все время. Есть цикл последипломного образования в Воронежской государственной медицинской академии, где кардиологов готовят на базе ВОКБ № 1, БСМП № 10 и горбольницы № 20. Регулярно организуем циклы повышения квалификации по различным разделам кардиологии. Кроме того, мы направляем многих наших врачей на учебу в федеральные кардиологические и кардиохирургические центры. На областном уровне у нас ежемесячно проводится по два семинара для врачей первичного звена – один по первичной и вторичной профилактике и второй – по острой коронарной патологии. В 2010 году было проведено тематическое усовершенствование по неотложной кардиологии для врачей-реаниматологов.

Достаточна ли обеспеченность стационаров лекарствами и как быстро вводятся в лечебную практику новые препараты?

Все препараты, необходимые для оказания неотложной медицинской помощи, областная кардиология имеет в полном объеме. Тромболитики имеют все ЛПУ. Другое дело, что лекарство, которое есть в наличии, кому-то кажется лучше, кому-то – хуже, но это уже совсем другой вопрос.

Есть еще проблема долечивания кардиологических больных.

Проблема долечивания – очень важная для нас проблема.

Казалось бы, в Воронежской области климатические и природные условия благоприятные для восстановления после сердечно-сосудистых заболеваний, даже профильный санаторий есть...

Да, воронежский санаторий им. Горького – одна из старейших здравниц России. В 1978 году здесь открылось отделение для лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, там было создано прекрасное от-

деление долечивания. Санаторий тогда стал базовым по кардиологическому профилю для ЦЧР. Чуть позже, уже в 2002 году, открыли отделение для долечивания больных с острым инфарктом – и тоже очень успешно работали. Сюда же поступали больные после операции аортокоронарного шунтирования. Все эти годы было так: перенес человек инфаркт миокарда, его лечили и через определенный срок отправляли на долечивание в санаторий им. Горького. Больному, если он работающий, эта путевка оплачивалась за счет средств соцстраха. К сожалению, с 2009 года ФОМС прекратил финансирование санаторного этапа реабилитации больных острым инфарктом миокарда и инсультом, а приобрести такие путевки за полную стоимость может далеко не каждый. Мы пытались как-то выйти из положения: для больных инсультом, например, открыли в Семилуках, Боброве и 16-й горбольнице Воронежа реабилитационные отделения. Конечно, это не санаторий, но все же лучше, чем ничего. Для больных с острым инфарктом миокарда сейчас во многих поликлиниках создается сеть реабилитационных кабинетов. Такие поликлиники, как МУЗ ГО г. Воронеж «Городская поликлиника № 7» вообще с 1980-х годов сохранили у себя реабилитационную службу. Очень активно сейчас работает по развитию подобных кабинетов 2-я и 4-я городские поликлиники – у них есть четкая программа, они внедряют новое оборудование. Вот таким путем мы пытаемся наладить реабилитационный период для кардиологических больных амбулаторно. К счастью, с начала 2011 года на правительственном уровне принято решение о восстановлении санаторного этапа реабилитации больных инфарктом миокарда и инсультом.

Как сегодня помогают развитию воронежской кардиологии клиническая база ВГМА и проводимые там научные исследования?

Воронежская государственная медицинская академия оказывает не только существенную научно-методическую помощь, но и принимает непосредственное участие во всех мероприятиях кардиологической службы. На кафедре госпитальной терапии ВГМА в последнее время много занимаются созданием интеллектуальных медицинских информационных систем для помощи врачу с целью выбора наиболее рационального лечения важнейших терапевтических заболеваний, в том числе кардиологических больных. Профессор Эдуард Васильевич Минаков, который уже в течение многих лет возглавляет кафедру, долгое время активно занимался вопросами диспансеризации населения. В 2006 году он возглавил НИИ сердечно-сосудистой патологии ВГМА, занимающийся научными разработками и внедрением их в практическую кардиологию. Сейчас в академии по инициативе ректора ВГМА профессора Игоря Эдуардовича Есауленко реализуется программа «Здоровье – в каждый дом». По этой программе ежемесячно сотрудники академии, в том числе профессора, выезжают в различные районы области для консультативной работы, и собранные там данные затем обрабатываются, анализируются. Словом, академия сейчас занята не только «чистой наукой», но и прикладной, поскольку это на данный момент очень важно: как выделить среди населения группы риска, как организовать маршруты оказания кардиологической помощи – вот, с нашей точки зрения, самая актуальная задача сегодня.

Это и есть на сегодня приоритетные направления развития воронежской кардиологии?

Нам сейчас необходимо структурировать организацию помощи кардиологическим больным, выстроить систему, чтобы она сделала высокотехнологичную помощь доступной для всех. ☺

Беседовал С. Волошин