

Наталья Мезенцева: «Все достижения мировой



Наталья Георгиевна Мезенцева, главный врач Новосибирского областного кардиодиспансера, является одним из первых его сотрудников. Наталья Георгиевна возглавляет коллектив с 1977 года

Об истории создания кардиологической службы Новосибирска, о ее сегодняшних достижениях, проблемах и перспективах в интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии» Елене Климовой рассказывает главный кардиолог управления здравоохранения администрации Новосибирской области, заслуженный врач РФ, главный врач Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера, кандидат медицинских наук Наталья Георгиевна Мезенцева.

Наталья Георгиевна, верно ли, что создание кардиологической службы в нашем городе было вызвано угрожающей статистикой инфарктов, по количеству которых Новосибирск находился на первом месте не только в России, но и в ряде других стран?

До конца 1970-х годов в Советском Союзе действовала кардиоревматологическая служба, ориентированная, в основном, на помощь больным ревматизмом и пороками сердца. Даже врачебной специ-

альности «кардиолог» до 1978 года не существовало, и тем более не было приказов об организации кардиослужбы. Хотя отдельные ростки ее пробивались уже тогда – в виде специализированных кардиологических бригад скорой помощи, которые появлялись в крупных городах, в том числе в Новосибирске, а также в виде инфарктных отделений стационаров, которые тоже возникали в ряде городов, в том числе и нашем. Решение об организации специализированной кардиологической службы, направленной на группу больных с инфарктом миокарда, с ишемической болезнью сердца и с артериальной гипертонией, в Новосибирске было принято в конце 1975 года. Идею академика РАМН (тогда профессора, заведующего кафедрой терапии факультета усовершенствования врачей) Юрия Петровича Никитина поддержали главный терапевт города Алевтина Андреевна Николаева и начальник городского отдела здравоохранения Владимир Дмитриевич Рева. Статистика к тому времени указывала, что количество больных с ревматизмом стало уменьшаться. А инфаркт, наоборот, пошел в бурный рост. Именно эта группа пациентов давала самую большую смертность, летальность и инвалидизацию населения. В 1975 году было зафиксировано 575 случаев инфаркта миокарда. Сейчас – свыше 5 тысяч. За последние три года дело немного пошло на улучшение, цифры уменьшились: в 2007 году инфарктов было 5680, в 2008 – 5200, а сейчас 5054. Однако эти цифры как раньше, так и сейчас абсолютно недо-

верны, потому что очень многие больные умирают до вызова врача, до госпитализации в стационар. Реальное количество инфарктов значительно больше. Итак, в 1975 году появилась идея, а в 1976 году был создан городской (тогда еще кардиоревматологический) центр, в котором специальности и функции кардиолога и ревматолога были разделены. И в этом центре появились подразделения, которые были не нужны ревматологам: липидная лаборатория для определения холестерина обмена и кабинет лечебной физкультуры для больных, перенесших инфаркт. Тогда же Новосибирск вступил в программу регистра острого инфаркта миокарда. Программа позволила определить истинное количество больших инфарктов на примере исследований трех крупных промышленных районов города – Октябрьского, Ленинского, Кировского. Полученные данные были подтверждены результатами программы МОНИКА (аббревиатура международной программы по изучению заболеваемости и смертности от инфаркта и инсульта). Цифры ужаснули. Мы оказались «впереди планеты всей». Выяснилось, что по инфарктам Новосибирск среди 40 городов мира, участвующих в программе, стоит на печальном первом месте.

Чем это можно объяснить?

В этом повинен ряд факторов. Во-первых, резко-континентальный климат, который, безусловно, истощает иммунитет. А при истощении иммунитета у людей



В кардиохирургическом отделении Новосибирского областного кардиологического диспансера выполняются все виды хирургического лечения ИБС, как в условиях искусственного кровообращения, так и на работающем сердце. За время работы выполнено более 1300 операций на сердце с летальностью в 1,5%.

кардиологии представлены в Новосибирске»

чаще возникают либо сердечно-сосудистые, либо онкологические заболевания (к слову, и по онкологии наш регион неблагополучен.) Во-вторых, иммунитет горожан в те годы страдал от стрессов крупного промышленного центра, где инфраструктура не поспевала за развитием промышленности, строительства. В городе были проблемы с транспортом и другими социальными службами. В-третьих, с сожалением назову привычки, обусловленные сибирским холодным климатом: повышенное употребление жирных, жареных, мясных продуктов, которые влияют на уровень холестерина. Задачей нового кардиоцентра прежде всего стало объединение вокруг себя уже имеющихся профильных служб, т.е. бригад Скорой помощи, инфарктных отделений. Объединение чисто функциональное, конечно. Затем создание кардиологических кабинетов в поликлиниках, а также развитие службы функциональной диагностики, которая к тому времени была в зачаточном состоянии. Далеко не во всех поликлиниках были аппараты ЭКГ, а о других методах во многих лечебных учреждениях даже не слышали. Таким образом, кардиоцентр оказался организационно-методическим ядром кардиологической помощи и с тех пор он осуществляет консультативную, лечебную и просветительскую функции для населения, а также обучающую для медиков. Справедливости ради скажем, что в Новосибирске (на базе Дорожной клинической больницы и на базе медсанчасти завода «Сибсельмаш») ко времени появления кардиоцентра уже существовали так называемые коронарные кабинеты, осуществляющие реабилитацию больных инфарктом миокарда. И они-то как раз и показали эффективность такой работы. Результативность реабилитации больных в коронарных кабинетах была значительно выше, чем в общеполитической сети. Конечно, Новосибирск не был

первооткрывателем кардиослужбы – за рубежом подобные структуры работали уже в течение ряда лет. Но в России мы создали ее одними из первых в СССР. Первый приказ о создании кардиологической службы Новосибирска вышел в декабре 1978 года, когда мы уже работали третий год.

Этап становления всегда самый сложный. С чего начиналась деятельность новой службы?

Первое, что мы сделали, – разработали структуру и определили функции этой службы. И за организацию структуры кардиологической службы крупного промышленного центра мы получили диплом и медаль ВДНХ, раньше это было особо почетно. Был разработан ряд документов, которые позволяли осуществлять взаимодействие различных подразделений и преемственность различных этапов службы. Конечно, каждый регион тогда, в самом начале пути, изобретал свой «велосипед». Но многие наши документы были отосланы в Москву академику РАМН Евгению Ивановичу Чазову и по его предложению использовались для того, чтобы потом разработать документы во всесоюзном масштабе. Так, например, мы внедрили талон вызова врача скорой помощи, который заполнялся у больных с кардиологическими поводами вызова и на следующий день отправлялся в участковую службу, чтобы врач уже в плановом порядке смог заняться этим больным и либо дообследовать его, либо назначить амбулаторное лечение и т.д. После года функционирования такой системы были подведены итоги. Оказалось, что вызовов к больным с повышенным давлением за год стало на 40% меньше! Были разработаны карты реабилитации больных инфарктом миокарда, которые заполнялись сначала в стационаре, потом на этапе санаторного лечения, а затем на этапе поликлинического лечения. Так осуществлялась преемствен-

ность: врач следующего этапа представлял, что было сделано на предыдущем. Наконец, были разработаны определенные отчетные формы, которые позволяли сделать выводы о работе каждого подразделения, приблизить их к управленческим решениям. По этим отчетам выстраивалось планирование развития службы. Где-то не хватало кабинетов или коек стационарных, а где-то, наоборот, был излишек, и койки следовало перепрофилировать.

Вы назвали первой задачей кардиологической службы оказание консультативной помощи населению...

Когда создавалась служба, кардиологов в амбулаторной сети не было. Поликлиникам требовалась помощь в уточнении диагнозов. Кроме того, именно в кардиоцентре была сосредоточена современная аппаратура, значит, были большие диагностические возможности. Кроме того, специалисты кардиоцентра прошли подготовку не только у нас, но и в Москве и овладели самыми современными подходами к диагностике и лечению... Я могу сказать, что эта функция за кардиоцентром (теперь – Областным кардиодиспансером) сохраняется до сих пор: 35 тысяч пациентов города и области



В течение 30 лет Новосибирский областной кардиологический диспансер оказывает консультативную и стационарную медицинскую помощь больным кардиологического профиля. Здесь работает около 300 сотрудников, 88% из них имеют квалификационные категории, 30% врачей имеют научные степени.



В последние годы доминируют операции тотальной аутоартериальной реваскуляризации миокарда

ежегодно проходят через наше амбулаторное подразделение.

Как вы работаете с населением области?

Кардиологическая служба, по сравнению с многими другими, создавалась не так давно. Поэтому можно было учесть недостатки предшественников. Поскольку наша служба требует хорошей базы функциональной диагностики, то на уровне Министерства здравоохранения было решено не дробить службу на городскую и областную, а создавать единую структуру. Я считаю, что это оправдано. У нас нет разделения на жителей города и области. Каждый район области имеет определенные квоты на консультацию, которые определяет он сам. Мы заинтересованы, чтобы в первую очередь помощь получили жители сел. Талоны на прием они получают не только в необходимом количестве, но и на удобное время, связанное с приходом поезда или автобуса в Новосибирск. Если району талонов не хватает, мы перераспределяем места. Впрочем, такая система будет существовать недолго. Летом вступает в действие электронная система записи. Однако чтобы записаться, особенно к узкопрофильному специалисту, нужно направление врача.

Служба начинала свою деятельность с кабинета ЛФК – какова ситуация сегодня?

Появление узкопрофильных кабинетов было вызвано самой

жизнью. Первым возник кабинет реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Там были очень опытные кардиологи, что во многом позволило сократить и выход на инвалидность, и пребывание в больничном. В то время 75-80% больных, перенесших инфаркт миокарда, выходили на вторую группу инвалидности. Сейчас – 9%. В то время среднее пребывание на больничном листе больных, перенесших инфаркт, составляла 146 дней. Сейчас – 90 дней. И те, кто постарше, помнят: больные до 30 дней лежали, не двигаясь. Сейчас строгий постельный режим рекомендуется людям только с осложненным течением инфаркта, а в основном выписка происходит в течение двух-трех недель. Это дает лучшие результаты реабилитации.

Кроме того, был создан еще в 1980-е годы кабинет нарушения сердечного ритма и (тоже один из первых в стране) кабинет дисплазии соединительной ткани. Этот кабинет рассчитан в основном на молодежь, у которой еще нет болезни как таковой, но есть проблемы с развитием соединительной ткани в организме. И если не скорректировать эти проблемы в детстве и юности, могут возникнуть серьезные проблемы во взрослом возрасте. Есть у нас кабинет липидных нарушений – там занимаются не только с больным, но и с его семьей – и кабинет артериальной гипертонии, который ведет активную просветительскую деятельность, в том числе Школы для пациентов с артериальной гипертонией.

Известно, что мы не слишком расположены следить за своим здоровьем и уж тем более «ходить по врачам»...

Просветительская функция с самого начала была для нас на одном из первых мест. Наше население в самом деле мало занимается своим здоровьем, мало помогает врачам. И результативность лечения таких больных гораздо ниже, чем тех, кто грамотен и имеет представление о том, что ему полезно или вредно. Школы здоровья у нас проводились с начала 1980-х го-

дов. Теперь они стали узко специализированными – Школа больного с артериальной гипертензией, Школа больного, перенесшего инфаркт миокарда, Школа больных с сердечной недостаточностью, Школа пациентов с нарушением липидного обмена и т.д.

Кроме того, мы активно сотрудничаем со средствами массовой информации, в основном с газетами и радио. К просветительской работе можно отнести проводимые дважды в год «Дни контроля артериального давления». Выставляем «посты медиков» в многолюдных местах – в крупных учебных заведениях, на вокзале, в аэропорту и пр. У групп контроля можно узнать не только цифры своего давления, но и рекомендации по образу жизни, питанию и физическим нагрузкам.

Все эти шаги приводят к повышению выявляемости заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности артериальной гипертонии. В Новосибирске, по данным той же программы МОНИКА, заболеваемость артериальной гипертонией фактически составляет 50% от всего взрослого населения. А еще 10 лет назад заболевание регистрировалось только у 12%. Сейчас – у 28%, и это результат наших многочисленных усилий. Мы просвещаем не только пациентов. Регулярно проводим учебы врачей. Каждый месяц у нас проходят конференции либо Школы, которые организует ВНОК, мы приглашаем для проведения учебы ведущих кардиологов страны с лекциями по самым современным вопросам диагностики и лечения. Поверьте, такую возможность имеют далеко не все города.

Как выглядит кардиологическая служба в цифрах?

Эра высоких технологий стала резко менять картину течения заболеваний и их прогноз. В Новосибирске с каждым годом растут объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Если, например, в 2007 году было сделано чуть более 2 тысяч дорогостоящих операций, то в 2009 году – 5180. Имплантировано почти 600

электрокардиостимуляторов за 2009 год, без которых многие из пациентов просто не выжили бы. Сделано 834 радиочастотных обляции, которые большему количеству пациентов с определенным видом нарушения сердечного ритма позволили полностью восстановить здоровье. Все, что делается в мировой кардиологии, представлено в Новосибирске. Сегодня во всех кардиохирургических отделениях диспансера (рентгенохирургическое, отделение хирургического лечения сложных нарушений сердечного ритма, кардиохирургическое) используются международные стандарты качества оказания высокотехнологичной кардиохирургической помощи. Специалисты диспансера (включая хирургических сестер) прошли длительную подготовку в клиниках Италии, Франции и Германии. С начала проведения хирургических высокотехнологичных вмешательств с 1997 года летальность при операциях коронарного шунтирования составила 2,2% (по России за последние годы – 4%, ранее – 6-8%), а при проведении чревопозных вмешательств и при операциях на проводящей системе сердца летальность вообще отсутствует. Одними из первых в стране в диспансере внедрились в широкую практику систему установки сложных коронарных шунтов. В диспансере практикуются операции коронарного шунтирования без применения искусственного кровообращения. За последние 5 лет в диспансере выполнено свыше 1200 операций коронарного шунтирования, свыше 1100 операций больным с нарушением сердечного ритма, более 10 тысяч коронарографий и свыше 1300 операций стентирования коронарных сосудов. В Новосибирской области 44 кардиологических кабинета. 25 из них находятся в Новосибирске. Кабинетов могло бы быть больше, но их число уменьшилось, когда резко повысили заработную плату участковым докторам, а зарплата кардиолога стала составлять 30% зарплаты участкового врача при очень серьезном контингенте

больных. И ряд кардиологов ушли в частные структуры либо в терапевтическую сеть. Сейчас в тех лечебных учреждениях, где руководители понимают важность работы кардиологического кабинета, они заключают контракт с врачом, которым определяют индивидуальную заработную плату кардиолога. В конце прошлого года вышел долгожданный приказ Министерства здравоохранения №9599 «По оказанию помощи кардиологическим больным», который улучшает условия работы кардиолога как в стационаре, так и в поликлинике, уменьшая его нагрузку и позволяя выполнять свои функции в полном объеме. Но для внедрения приказа на территориях нужны дополнительные финансовые расчеты. В области имеется 970 кардиологических коек. Из них почти 600 – в Новосибирске. Новосибирская область характеризуется отсутствием крупных городов на периферии, поэтому только в нескольких населенных пунктах, таких как Бердск, Искитим, Куйбышев, есть кардиологические центры, причем часть из них – межрайонные. В Новосибирске работают и кардиологические и инфарктные отделения. Они сейчас достаточно хорошо оснащены благодаря приоритетному национальному проекту «Здоровье». И врачи качественно подготовлены. Для осуществления высокотехнологичной помощи, которая может улучшить качество жизни больного, требуется, чтобы больной вовремя попал к врачам – в течение первого часа после инфаркта. А у нас пациенты с инфарктом миокарда госпитализируются в течение шести часов! И виноваты в этом в 88% случаев сами пациенты! Они поздно обращаются за медицинской помощью, и высокотехнологичное окно, в течение которого больному можно максимально действенно помочь современными методами, провести тромболитическую или ангиопластику, – захлопывается. Вот почему мы считаем санитарно-просветительскую деятельность одной из важнейших наших задач.

Как встраивается в систему кардиологической службы Новосибирска и области НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина?

НИИ патологии кровообращения последние годы очень помогает городу и области. Это федеральный институт, он получает большие денежные средства для осуществления высокотехнологичной медицинской помощи, которую выполняет в гораздо больших объемах, чем может себе позволить кардиодиспансер. В 2009 году по федеральным квотам в НИИ патологии кровообращения были сделаны высокотехнологичные операции 4,5 тысячам пациентов из Новосибирской области. Это очень весомый вклад в общее дело. Только ангиопластику получили 2,5 тысячи пациентов, а это, как известно, щадящий для больного метод расширения коронарных сосудов. Кроме того, НИИ патологии кровообращения является базой, где проходят подготовку кардиохирурги и анестезиологи, которые работают в этом направлении. Наконец, НИИ устраивает интересные конференции по профилю нашей работы.

Как организована реабилитация кардиологических больных?

До 2010 года реабилитация проводилась в загородном реабилитационном санатории «Рассвет», которая нас вполне устраивала. Там были опытные кардиологи, был хорошо поставлен процесс



В 2007 г. Новосибирский областной кардиологический диспансер стал Лауреатом Международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «За достижения в области клинической медицины»



В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения выполняются: коронарография, вентрикулография, шунтография, ангиопластика (в т.ч. трансрадиально), а также самые сложные методики – ангиопластика ствола левой коронарной артерии

реабилитации в целом, работали психологи, – одним словом в этом санатории осуществлялась программа психологической и физической реабилитации пациентов. В 2009 году в «Рассвете» прошло курс реабилитации 578 пациентов. С 2010 года финансирование этого проекта прекратилось. Видимо, нам придется возвращаться к прошлому, когда те больные, кто мог доехать, приезжали на реабилитацию в кардиодиспансер. Те же, кто жил слишком далеко, получали в диспансере консультации с комплексами упражнений, методички, маркеры адекватности нагрузки и уезжали с этими рекомендациями на места. Придется перестраивать и поликлинические кабинеты лечебной физкультуры, переориентировать их от опорно-двигательной патологии на кардиопатологию. И ждать, пока восстановится санаторный этап реабилитации.

Вы ничего не сказали о борьбе с первопричиной проблем большинства ваших пациентов – артериальной гипертонией.

Да, артериальная гипертония – самая распространенная сегодня патология. Она приводит к развитию атеросклероза и его последствий – инфаркта, инсульта, внезапной смерти и сердечной недостаточности. В Новосибирской области издали приказ, который предписывал измерение артериального давления в кабинете доврачебного приема всем взрослым, обратив-

шимся в лечебные учреждения, независимо от профиля обращения (к хирургу ли он идет, к окулисту и т.д.). К сожалению, стопроцентно этот приказ не осуществлен. То нет фельдшера, то его куда-то отправили. Якобы кабинет не самый нужный. ... Тем не менее, я уже говорила, что мы повысили выявляемость артериальной гипертонии более чем вдвое. И может быть, именно в связи с этим все-таки уменьшается количество инфарктов миокарда, смертность за последние годы начала снижаться: 796 на 100 тысяч населения – в 2006 году, 788 – в 2008. Этому наверняка способствовало и то, что за последние десятилетия появились и стали доступными высокоэффективные препараты. Доказано: если мы будем поддерживать нормальное артериальное давление у пациентов с артериальной гипертонией, мы резко сократим количество инфарктов.

Какие проблемы кардиологической службе нужно решать в первую очередь?

Проблему переоснащения кардиологического диспансера. Наше оборудование уже выработало свой моральный и материальный ресурс. Десять лет назад наша аппаратура была самой современной, но сегодня она требует модернизации. Дорогостоящие расходные материалы для операций мы должны приобретать в больших масштабах. Кроме того, нужно дополнительное финансирование, чтобы сделать высокотехнологическую кардиологическую помощь общедоступной. Возможности своевременного оказания экстренной высокотехнологической помощи определяются поведением самих больных, мы об этом уже говорили. А вот плановую высокотехнологическую помощь мы пока оказываем в меньших количествах, чем за рубежом. В Европе на один миллион населения делается более 1500 ангиопластик. Если руководствоваться этими расчетами, то у нас таких операций производится чуть ли не вдвое меньше. А если иметь в виду, что и в предыдущие годы люди недополучали помощь, то количество требуемых операций еще возрастет.

Новосибирская область не владеет запасами нефти или газа, зато территория наша огромна. И развивать высокотехнологическую кардиологическую помощь в нужном объеме нашей области вряд ли под силу (хотя в этом году мы получили финансирование за счет средств областного бюджета вдвое большее, чем в прошлом). Есть еще одна проблема. Нельзя все время наращивать высокотехнологическую медицинскую помощь, надо заниматься профилактикой. А профилактика – это не только Центры здоровья. Это еще широкое использование СМИ, в том числе телевидения – в стране понемногу появляется реклама здорового образа жизни. Но она должна быть в гораздо больших объемах, чтобы быть действенной. Только тогда она будет работать так, как это произошло в Швеции, Финляндии, где после государственных программ с широким использованием рекламы здорового образа жизни на радио и ТВ, получили прекрасные результаты. Но в этой сфере, конечно, нужны усилия всего государства, а не только медиков. В советское время зачастую выгодно было болеть: оплаченные больничные листы, путевки в санатории и т.д. Сегодня нужно пропагандировать, что быть здоровым – выгодно.

Что ждет кардиологическую службу в ближайшем будущем?

Мы сейчас находимся в ожидании хороших перемен. На Всероссийском совещании в Москве, которое проводилось главным кардиологом России академиком Е.И. Чазовым, в марте было заявлено, что будет резко меняться система финансирования здравоохранения. Больше средств направят в регионы, кардиологическая помощь будет поделена на три вида – амбулаторную, стационарную и высокотехнологическую. Все эти виды помощи будут гораздо лучше финансироваться и оплачиваться одинаково по всей России. Мало того, здравоохранение разных уровней будет оснащаться по единому стандарту. Если это будет сделано, я думаю, что у пациентов будет гораздо больше возможностей получить адекватную помощь в любом уголке России.