

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

Грицанчук Александр Михайлович

**Совершенствование оказания медицинской помощи
в региональном сосудистом центре пациентам
с острым инфарктом миокарда в пожилом и старческом возрасте
путем создания мультидисциплинарных бригад**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Гриднев Олег Владимирович

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	17
1.1. Анализ состояния здоровья пациентов пожилого и старческого возраста в России и за рубежом.....	17
1.2. Нормативные правовые базы, регламентирующие оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации.....	27
1.3. Мультидисциплинарный подход при оказании специализированной медицинской помощи пациентам в России и за рубежом.....	31
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	41
2.1. Характеристика базы исследования.....	41
2.2. Этапы, объем и методы исследования.....	45
2.3. Статистическая обработка результатов исследования.....	49
ГЛАВА 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В СТРУКТУРЕ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ЗА 2016-2019 гг.	51
3.1. Показатели работы региональных сосудистых центров России и города Москвы.....	51
3.2. Показатели работы регионального сосудистого центра ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ».....	57
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРОВ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА.....	63

4.1. Сравнительный анализ медико-социальной характеристики пациентов с острым инфарктом миокарда различных возрастных групп.....	63
4.2. Распространенность основной возраст-ассоциированной патологии среди лиц пожилого и старческого возраста.....	69
4.3. Анализ потенциальных триггеров неблагоприятного течения острого инфаркта миокарда среди пациентов старших возрастных групп.....	78
ГЛАВА 5. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ КОМАНДЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА	80
5.1. Мультидисциплинарная сердечная команда как структурная единица регионального сосудистого центра.....	80
5.2. Функции мультидисциплинарной сердечной команды.....	88
5.3. Обоснование оптимального алгоритма действий междисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда.....	90
ГЛАВА 6. ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА	97
6.1. Оценка медицинской эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда.....	97
6.2. Оценка экономической эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом	

миокарда.....	106
6.2.1. Факторы экономической целесообразности изменения организационно-штатной структуры РСЦ.....	106
6.2.2. Результаты оценки экономической эффективности мультидисциплинарного подхода при ведении пациентов пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда.....	110
Заключение.....	114
Выводы	120
Практические рекомендации.....	122
Список сокращений и условных обозначений.....	123
Список литературы.....	124
Приложение А	141
Приложение Б.....	145

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В настоящее время острый инфаркт миокарда (ОИМ) является одной из ведущих причин смертности населения [37], а распространенность заболевания приближается к 3 миллионам человек во всем мире [116].

Вместе с тем важнейший социально-демографический процесс – старение населения - привлекает самое пристальное внимание большинства экономически развитых стран мира. В Российской Федерации в последние годы также наблюдается рост числа лиц пожилого и старческого возраста (старше 60 лет) [2; 15; 18; 57; 58; 62;85]. Во второй половине XX века в России наступили времена, характеризующиеся демографическим старением населения, что является обоснованием актуальности решения проблем, связанных с увеличением числа пожилых людей и увеличением их доли в возрастной структуре населения страны [40; 54; 58; 87].

В большинстве субъектах Российской Федерации, в том числе и в Московской области, наблюдается такая отрицательная тенденция, как увеличение смертности от болезней системы кровообращения [88].

По данным Росстата в 2017 году, среди населения России лица старше шестидесяти лет составляли 21% (30,5 млн на 146,8 млн). В связи с пенсионной реформой в России 2019 года, подсчет населения старшей возрастной группы, по методам Росстата, начали вести с 65 лет. При этом, возрастная категория (65 лет и старше) на 2019 год составила 15%.

Основываясь на международные критерии, население считается старым, если доля лиц в возрастах старше 65 лет во всем населении превышает 7%. Сейчас в России 15% населения относится к группе 65 лет и старше (на начало 2018 года — 14,6%) [30; 58].

Увеличение случаев сердечно-сосудистых заболеваний в популяции пациентов старших возрастных групп скорее свидетельствует об улучшении выявляемости атеросклеротической болезни (в частности ишемической болезни сердца [ИБС]) у данной категории граждан, поскольку данный параметр в России основывается на обращении граждан за медицинской помощью [3; 37; 61]. При определении процента заболеваемости ОИМ установлено, что число больных пожилого и старческого возраста, имеющих ОИМ, за прошедшее 10-летие сохранялось практически на том же уровне. Только в 2008 г. было отмечено незначительное нарастание этого уровня. В равной степени это относится как к острому первичному, так и к повторному ОИМ [4; 9; 18; 18].

Уровень заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, в частности развитие ОИМ, у пожилых пациентов (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) — в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. Уровень госпитализации в старших возрастных группах составляет около 165 на 1000 человек [18; 29; 40].

Определяющей причиной тактических и диагностических ошибок при диагностике ОИМ у лиц пожилого возраста в экстренных ситуациях следует считать отсутствие алгоритмов диагностики не только причины, вызвавшей неотложное состояние, но и диагностики сопутствующих соматических заболеваний, которые оказывают отягощающее влияние на основное заболевание [8; 67; 82]. При этом исследований по организации комплексной мультидисциплинарной помощи этой группе пациентов проведено недостаточно [13; 25].

Большинство эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что в пожилом и старческом возрасте у большинства пациентов диагностируются одновременно несколько заболеваний, симптоматика которых слабо выражена и порой даже стерта. Таким образом, отмечается аккумуляция болезней у пациентов старше шестидесяти лет, у которых имеются одновременно от 4 до 6

патологий одновременно и с повышением возраста количество их только увеличивается. [38; 56; 62].

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [31], Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации» [84], приоритетным направлением медицины является снижение смертности от болезней системы кровообращения к 2024 году до 450 случаев на 100 тыс. населения.

Согласно Федеральному проекту «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» (2016) [7], центры и кабинеты гериатрии могут работать в разных медицинских организациях, предоставляющих медицинскую специализированную врачебную помощь пожилым пациентам (Приказ Минздрава России от 29 января 2016г. №38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Гериатрия"» [34]). К ним могут относиться как долговременные стационары или амбулаторные лечебные организации, так и социальные организации долговременного пребывания (дома престарелых) или организации, предоставляющие паллиативную помощь. Команды по гериатрии различаются по составу, численности и порядку взаимодействия.

В связи с этим в настоящее время крайне актуальным является внедрение в клиническую практику новой концепции оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста с внедрением принципа мультидисциплинарности в виде соответствующей бригады специализированного стационара, в котором преобладающее число пациентов – это лица пожилого и старческого возраста. Исходя из того, что у пожилых пациентов имеется всегда несколько патологий, необходима разработка к пациентам такой возрастной категории новых

тактических подходов в организации работы на всех этапах медицинской помощи [21; 25; 65].

Программа развития мультидисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи в г. Москве на среднесрочную перспективу (2018–2019 гг.) предусматривала повышение качества медицинской помощи путем рационального использования потенциала медицинских специалистов различного профиля, объединенных в мультидисциплинарную бригаду, совершенствование организационно-методической базы их деятельности (Постановление Правительства г. Москвы от 27 декабря 2018г. №1703-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019год и на плановый период 2020 и 2021гг.» [32]).

Все вышеизложенное требует более углубленного изучения вопросов организации качественной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с использованием мультидисциплинарного подхода в случае госпитализации пациента с ОИМ в стационар. При этом следует учитывать реальные потребности и адекватный объем, разработку и внедрение алгоритмов действий медицинских работников, что позволит сократить время от поступления пациента в стационар до начала лечебных мероприятий, применить более эффективное лечение с учетом полиморбидного фона пожилого пациента и тем самым повысить качество медицинской помощи.

Таким образом, совершенствование организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с ОИМ в стационарных условиях и разработка принципов деятельности врачей и медицинских сестер в мультидисциплинарной бригаде являются актуальными вопросами для общественного здоровья и здравоохранения.

Степень разработанности темы

В настоящее время в отечественном здравоохранении отсутствуют документы и нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность и порядок работы мультидисциплинарных бригад по оказанию медицинской помощи при ОИМ [25; 42; 64]. К тому же, зачастую решение о тактике лечения пациента принимается единственным специалистом на основании своего собственного опыта или под влиянием авторитета другого специалиста. Следует отметить и отсутствие клинических отечественных рекомендаций, регламентирующих процесс принятия решения о тактике ведения пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ: врач какой специальности должен принимать такое решение, определять показания к коронароангиографии — кардиолог или рентгенэндоваскулярный хирург, сердечно-сосудистый хирург или врач функциональной диагностики, выявивший зону некроза по результатам эхокардиографии.

При этом, национальные и зарубежные рекомендации по лечению пациентов с ОИМ не учитывают специфику отечественного здравоохранения и особенности работы городских больниц.

Таким образом, поставленные вопросы делают актуальной проблему совершенствования оказания медицинской помощи в стационаре пациентам старших возрастных групп с ОИМ. Несмотря на разработанные современные рекомендации и алгоритмы по ведению пациентов с ОИМ в условиях стационара, нет единого принципа, регламентирующего непосредственное принятие решения о реваскуляризации или не реваскуляризации миокарда у конкретного больного. Существуют противоречия о ведущей роли того или иного врача, принимающего такое решение. Должна ли это быть сердечная команда или достаточно одного рентгенохирурга, «открывающего» окклюзию инфаркт связанной артерии при ОИМ и нестабильной стенокардии [20]. Указанные нерешенные проблемы по исследуемой теме послужили основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: разработать и научно обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию организации специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда путем создания мультидисциплинарных сердечных команд.

Задачи исследования:

1. Определить возможности использования мультидисциплинарного подхода в оказании специализированной высокотехнологичной помощи пациентам с острым инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста по данным отечественных и зарубежных научных публикаций и нормативной правовой базы.

2. Провести анализ деятельности регионального сосудистого центра многопрофильного стационара по оказанию медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда за 2016–2019 гг.

3. Оценить медико-социальные характеристики пациентов и проанализировать структуру и распространенность основных видов сопутствующей патологии и гериатрических синдромов у пациентов старше 60 лет с ОИМ, госпитализированных в региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара.

4. Разработать и внедрить медико-организационную модель деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в структуре регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара для оказания медицинской помощи пациентам старше 60 лет при ОИМ в виде мультидисциплинарной сердечной команды.

5. Оценить медицинскую и экономическую эффективность деятельности мультидисциплинарной сердечной команды, созданной в структуре регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара по оказанию медицинской помощи пациентам старше 60 лет при остром инфаркте миокарда.

Предмет исследования: организация медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда в условиях регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара.

Объект исследования: пациенты пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда, проходившие лечение в условиях регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара.

Единицы наблюдения: пациент пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда.

Научная новизна исследования

Изучены современное состояние вопроса и нормативно-правовая база организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при остром инфаркте миокарда в условиях стационара. Представлена оценка медико-социальных характеристик пациентов с ОИМ, проходивших лечение в региональном сосудистом центре городского многопрофильного стационара.

Дана оценка структуры и распространенности основных видов сопутствующей патологии и гериатрических синдромов среди пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, проходивших лечение в региональном сосудистом центре городского многопрофильного стационара.

Обоснована необходимость мультидисциплинарного подхода для совершенствования организации медицинской помощи при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста в условиях регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара.

Разработана медико-организационная модель деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в структуре регионального сосудистого центра городского ОИМ пациентам старших возрастных групп, в основу которой был положен принцип коллегиальности, а также проведена смена концепции лечения от «последовательного» к «параллельному».

При лечении пациентов с ОИМ обоснована необходимость прохождения квалификации медицинским персоналом регионального сосудистого центра по специальности «Гериатрия».

Доказана медицинская и экономическая эффективность деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в структуре регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара, созданной для оказания медицинской помощи при ОИМ пациентам старших возрастных групп.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработана и научно обоснована медико-организационная модель деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в условиях регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара по оказанию медицинской помощи при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста.

Внедрение предложенной медико-организационной модели деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в условиях регионального сосудистого центра многопрофильного городского стационара позволит:

- создать систему своевременного реагирования при поступлении в стационар пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ и сократить время от момента возникновения ОИМ до начала лечебных мероприятий;
- улучшить согласованность действий между участниками лечебного процесса, объединенных в междисциплинарную сердечную команду по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при ОИМ («врач – пациент», «медицинская сестра – пациент», «врач – медицинская сестра – пациент»);
- повысить качество оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с ОИМ;
- повысить медицинскую и экономическую эффективность деятельности регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара по

оказанию медицинской помощи при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста.

Внедрение в практику результатов исследования

Результаты исследований внедрены в практическую работу региональных сосудистых центров многопрофильных стационаров г. Москвы: ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. В. П. Демикова ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», в практическую работу отделения рентгенохирургических методов и лечения сложных нарушений ритма сердца ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, в практическую работу отделения реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных ФГБУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко» Минобороны России, в практическую работу отделения рентгенэндоваскулярной хирургии ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина».

Основные научные положения, выводы и результаты исследования используются в учебном процессе на кафедре терапии неотложных состояний филиала ФГБУВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России и на кафедре сердечно-сосудистой хирургии факультета непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Основные положения, выносимые на защиту

1. Региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара оказывает медицинскую помощь по четырем профилям заболеваний — кардиология, неврология, сосудистая хирургия и нейрохирургия. Ежегодно через него проходит 20–21% от общего числа пациентов, госпитализированных в стационар, причем около половины пациентов регионального сосудистого центра получают медицинскую помощь по профилю «Кардиология» (44–47%).

2. Медико-социальный портрет пациентов, поступивших в региональный сосудистый центр с ОИМ характеризуется: преобладанием лиц пожилого и

старческого возраста с наличием возраст-ассоциированной патологии и гериатрических синдромов, что осложняет лечение и реабилитацию этой группы пациентов в стационарных условиях.

3. Совершенствование организации медицинской помощи при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста в условиях регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара требует мультидисциплинарного подхода.

4. Внедрение разработанной медико-организационной модели деятельности мультидисциплинарной сердечной команды позволит повысить клиническую и экономическую эффективность медицинской помощи, оказываемой региональным сосудистым центром городского многопрофильного стационара при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста.

Личный вклад автора в получении результатов

Автору принадлежит ведущая роль в определении темы и составлении программы исследования. Автор самостоятельно подготовил аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, произвел сбор материала, его статистическую обработку и анализ полученных данных, сформулировал выводы и разработал практические рекомендации по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с ОИМ в условиях регионального сосудистого центра городского стационара.

Обоснование достоверности полученных данных

Достоверность полученных данных обоснована использованием современных методов медико-социального исследования и репрезентативным объемом выборки на каждом этапе исследования. В работе использованы следующие методы сбора, анализа и обработки данных: аналитический, социологический, выкопировки данных из учетно-отчетной документации

медицинской организации, медико-организационного моделирования, медико-организационного эксперимента, статистический.

Апробация работы

Результаты диссертационного исследования были доложены:
- на LXXXI Научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины — 2020» (Санкт-Петербург, 2020);

- на Российском национальном конгрессе кардиологов «Кардиология 2020 — новые вызовы и новые решения» (Казань, 2020);

- на VIII Международном конгрессе «Оргздрав–2020. Эффективное управление в здравоохранении» (Москва, 2020).

Публикации

По материалам диссертационного исследования опубликовано 13 научных работ, в том числе 8 в изданиях из Перечня ВАК при Минобрнауки России, из них 5 статей, включенных в международные базы данных (Scopus и др.).

Соответствие паспорту научной специальности

Научные положения диссертации и представленные результаты выполненного исследования в полной степени соответствуют паспорту специальности: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение, пунктам 1, 2, 3 и 6.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 150 страницах машинописного текста и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка использованной литературы и двух приложений. Работа иллюстрирована 30 таблицами и 27 рисунками. Указатель использованной

литературы содержит 121 библиографический источник, в том числе 88 отечественных и 33 иностранных публикаций.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

1.1. Анализ состояния здоровья пациентов пожилого и старческого возраста в России и за рубежом

Современная численность Европейского союза (ЕС) составляет более 690 миллионов человек [92]. В сравнении: в 2015 году доля лиц старше 60 лет в общей популяции ЕС составляла 23,9% [113]. Согласно прогнозам экспертов, уже к 2030 году данный показатель должен будет вырасти и приблизиться к 29,6%, а в 2040 году достигнуть 32,2%.

Численность населения Российской Федерации в 2013 году составляла около 147 миллионов человек [2, 8, 9]. По прогнозам экспертов, с 2015 по 2027 гг. число граждан Российской Федерации старшего трудоспособного возраста возрастет на 7,2 млн. граждан, а количество занятых в экономике должно сократиться приблизительно на 5,6 млн. человек [2, 7].

Процесс старения населения являет собой масштабную проблему, с которой в ближайшее время придется столкнуться как в Российской Федерации, так и в большинстве стран ЕС [45; 90].

Улучшение качества жизни человека, повышение благосостояния, совершенствования медицины, комфортность условий труда — все это приводит к увеличению продолжительности жизни, что является, в свою очередь, причиной развития такой тенденции как старение населения. Средняя продолжительность жизни в ЕС в 2000 году составляла 77,3 года, а к 2015 году достигла 80,6 лет. [111]. Наибольший рост средней продолжительности жизни ожидается в таких странах: Испания — 83 года, Италия 82,7 года, Франция и Люксембург - 82,4 года, Швеция — 82,2 года. Более низкие показатели средней продолжительности

жизни ожидаются в следующих странах: Литва — 74,6 года, Болгария — 74,7 года, Латвия — 74,8 года, Румыния — 75 лет и Венгрия — 75,7 года [16, 23, 24].

Для обеспечения грамотного распределения ресурсов Министерства здравоохранения с целью обеспечения нужд населения Российской Федерации по всем видам медицинской помощи, крайне необходимо знать заболеваемость населения старших возрастных групп. Рост заболеваемости пациентов 60 лет в России в 2013 году составляло 14,8%, а в 2014 году общая заболеваемость лиц старших возрастных групп составляла 160 911,3 на 100 тысяч населения [18; 58].

В России за четырехлетний период с 2013 по 2017 гг. отмечался рост общей заболеваемости у старшей возрастной группы на 3% [18; 58].

Важное социально-экономическое значение имеют болезни системы кровообращения, поскольку динамика их показателей как по заболеваемости, так и по инвалидности не имеет положительной тенденции. Ежегодный прирост заболеваний системы кровообращения, по данным за 2013–2017 гг., составлял 2,5% [18; 58]. При этом, в структуре заболеваний данного класса лидирующие позиции составляют, по данным за 2013–2017 гг., болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (средний ежегодный прирост — 4%), ИБС (средний ежегодный прирост — 2%); стенокардия (средний ежегодный прирост — 2%); гипертензивная болезнь сердца (средний ежегодный прирост — 6%) [18; 58].

Известно, что 80% лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается 4–5 различных хронических заболеваний, а затраты на медицинскую помощь пациенту 70 лет и старше в 7 раз превышают стоимость лечения лиц работоспособного возраста.

Несмотря на наличие основной ведущей той или иной патологии у пациента, в его клиническом состоянии, не стоит забывать, что сопутствующая патология особенно важна у лиц старшей возрастной группы и требует дополнительного бремя в виде увеличения времени, затрачиваемого специалистом на одного больного [18; 58].

Между тем, коэффициент смертности в Европе имеет тенденцию к уменьшению [110; 111; 114]. Так, в 2000 году показатель смертности составлял 175 на 100 тысяч населения, а в 2014 году - 126 на 100 тысяч человек.

Однако, в некоторых странах Европы показатель смертности все еще превышает средний показатель по Европе. Самая неблагоприятная ситуация образовалась в Латвии, Румынии, Болгарии и Литве, в которых зафиксированы высокие коэффициенты смертности среди всех стран Евросоюза. Также продолжают сохраняться различия в показателях смертности по половому признаку. Среднее значение КС в странах Евросоюза в 2014 году составило 97,5 на 100 тысяч населения среди женщин и 158,3 на 100 тысяч населения среди мужчин [110; 111; 114]. Причем, показатель смертности у мужчин выше, чем у женщин во всех странах Евросоюза.

Самые низкие значения коэффициента смертности среди лиц женского пола отмечались в таких странах как, Испания, Франция, Люксембург, Кипр и Италия, а среди лиц мужского пола — во Франции, Нидерландах, Бельгии, Италии и Люксембурге. По данным ВОЗ за 2015 год, среди лиц мужского пола в Российской Федерации вероятность умереть в возрасте от 15 до 60 лет выше, чем среди лиц мужского пола в Европе, и составляет порядка 325 на 100 тыс. населения [110; 111; 114].

За период с 2012 по 2017 гг. показатель смертности в Российской Федерации у населения трудоспособного возраста снизился на 15,8%. Однако, несмотря на то, что в нашей стране, как и в странах Европы имеет место тенденция к снижению смертности, демографическая ситуация в России характеризуется как неблагоприятная [15; 18].

Во всем мире население растет, и в целом увеличивается продолжительность жизни. Следовательно, больше людей пожилого возраста живут в группе риска острого инфаркта миокарда. Пожилые люди с ОИМ имеют более высокий уровень смертности по сравнению с более молодыми пациентами, и причины этого многофакторны [103]. У очень пожилых людей после ОИМ прогноз намного хуже, что связано с увеличением возраста и сопутствующими заболеваниями, а также с тем, что ожидаемая продолжительность жизни снижается с возрастом [103].

Возрастные вариации в представлении, лечении и клинических данных могут отрицательно повлиять на исходы ОИМ у пожилых людей. Пациенты пожилого возраста недостаточно представлены в клинических испытаниях, при этом в некоторых испытаниях используется предел включения 70–80 лет. У пожилых людей чаще появляются атипичные симптомы, которые могут маскировать распознавание ОИМ, что, в свою очередь, увеличивает время до лечения (т. е. коронарной реперфузионной терапии). У пожилых людей также чаще возникает инфаркт миокарда без подъема сегмента, который является гораздо более гетерогенным состоянием, чем инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, который обычно связан с типичными тяжелыми симптомами внезапного начала. Наконец, у пожилых людей, переживших ОИМ, меньше шансов получить лечение, основанное на доказательствах [103].

Alabas с соавторами в 2013 г. описали популяционное когортное исследование выживаемости после ОИМ в зависимости от возраста на момент обращения с участием полумиллиона пациентов с использованием базы данных Национального проекта аудита ишемии миокарда Соединенного Королевства) [111]. Авторы сообщают, что пациенты моложе 65 лет имеют более высокие показатели выживаемости, чем пациенты ≥ 65 лет, но в отличие от лиц моложе 65 лет улучшение выживаемости в период с 2003 по 2010 год наблюдалось только у пожилых людей. Интересно отметить, что временные тенденции выживаемости пожилых и очень пожилых людей (> 80 лет) как для ОИМ с подъемом сегмента ST, так и для ОИМ без подъема сегмента ST были схожими. Исследование является новым с точки зрения методологии (то есть форм анализа выживаемости), а также с точки зрения типа анализируемой информации (то есть по возрасту и типу инфаркта миокарда) [103].

Известно, что ожидаемая продолжительность жизни увеличивается с каждым годом за счет улучшения условий жизни и достижений медицины, что приводит к постепенному увеличению пожилого населения. Психологические, психологические и социальные проблемы пожилых людей требуют разных подходов, и это требует от врачей готовности к растущему количеству пожилых людей. Многие факторы, в том числе связанные со старением заболевания, хронические заболевания и сопутствующие заболевания, функциональная

инвалидность и проблемы с питанием, затрудняют медицинское обслуживание пожилых людей. Кроме того, симптомы и признаки у пожилых людей различаются и обычно нетипичны. Известно, что физиологические процессы у пожилых людей отличаются по сравнению с молодыми людьми; многие биомаркеры меняются с возрастом, и в этом контексте значения лабораторных референсных диапазонов также различаются у пожилых людей.

По данным Teslime Ayaz и соавторов (Teslime Ayaz, 2014 г.) доказано, что пожилое население госпитализируется в лечебные стационары чаще и на более длительный период времени, чем молодое население. Они страдают более тяжелыми заболеваниями, которые трудно диагностировать и лечить. Сообщается, что пациенты в возрасте 65 лет и старше госпитализируются примерно в 3 раза чаще, чем молодые люди. Кроме того, сообщалось, что одна треть из них выписывается с более низкой функциональной способностью, чем ранее, и что примерно 5% умирают во время пребывания в больнице, тогда как 20–30% умирают в течение одного года после выписки из стационара.

В последние годы, наряду с социальными и экономическими изменениями, старение общества ускорилось, и заболеваемость ОИМ у пожилых возрастает из года в год. За последнее десятилетие доказано, что чрескожное коронарное вмешательство может максимизировать восстановление коронарного кровотока и способствовать восстановлению насосной функции сердечной мышцы при ОИМ. Кроме того, все большее число пожилых пациентов с хронической и острыми формами ишемической болезни сердца выбирают интервенционную терапию. Многие исследования показали, что преимущества ЧКВ заключаются в минимальной травме, быстром восстановлении функционального состояния и меньшем количестве осложнений.

Грамотная работа, направленная на профилактику нарушений здоровья, и в частности, активная борьба с такими факторами риска, как табакокурение и злоупотребление алкоголем, способствует существенному снижению коэффициентов смертности. Учитывая принятую в 2003 году Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака и внедрением ряда локальных ограничений, доля лиц, употребляющих табак в европейских странах значительно уменьшилась: с 24% в 2001 году до 19% в 2013 году соответственно. Доля лиц,

употребляющих алкоголь, в среднем по всей Европе значительно сократилась за последние годы, но, несмотря на все это, еще остается достаточно высокой. Следует отметить, что и в России данные меры по борьбе с употреблением алкоголя и курением в последние годы активно реализуются. Так, в 2016 году в нашей стране потребление алкоголя в литрах чистого спирта на душу взрослого населения в год составляло 8,1 л, а уже в 2024 году должно сократиться до 7,5 л [18; 35; 37; 60; 61].

В рамках принятого антитабачного законодательства ведется активная деятельность по уменьшению распространенности употребления табака и обеспечению защиты населения страны от негативных последствий пассивного курения. Стоит отметить, что уже достигнуты первые результаты: доля курящих в Российской Федерации за последние годы уменьшилась на 8% и составила в 2017 году около 32% [51; 52]. Согласно прогнозам отечественных экспертов, в 2024 году, данный показатель должен достичь 25% [72; 79]. Также значительное внимание уделяется в последнее время здоровому образу жизни, в частности борьбе с избыточной массой тела и ожирением, гиподинамией, чему активно способствует пропаганда здоровья в массах.

Однако, несмотря на все принимаемые меры, показатели ожирения имеют тенденцию к повышению почти во всех странах Европейского союза. В Российской Федерации избыточную массу тела имеют не менее 30% трудоспособного населения и 25% страдают ожирением [17; 39; 86]. В Европе своевременность оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в значительной степени влияет на снижение показателей смертности. Таким образом, если в 2005 году летальность среди пациентов с ОИМ и острым нарушением мозгового кровообращения составляла 10,2 и 10,8%, то в 2014 году было достигнуто снижение данных показателей соответственно до 7,4 и 9,0% [14; 83].

В Российской Федерации большое внимание уделяется оказанию высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Так, с 2019 года планировалась реализация

государственной программы лекарственного обеспечения пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда (первичного и вторичного), острого нарушения мозгового кровообращения (по ишемическому и геморрагическому типам) и после выполненных операций на крупных сосудах, что, в свою очередь, позволило повысить качество оказываемой медицинской помощи. Также все большее распространение получает практика лечения пациентов с ОИМ с помощью тромболитической терапии, в том числе с помощью стентирования сосудов, хотя до сих пор оно не стало широко доступным вмешательством в регионах, а реализуется, главным образом, в Москве (за счет реализации программы сосудистых центров) [50].

Заболевания сердечно-сосудистой системы, вызванные развитием атеросклероза, являются основной причиной преждевременной смерти и утраты лет жизни. В странах Европейского союза прямые и непрямые экономические потери, связанные с болезнями системы кровообращения, ежегодно составляют около 192 млрд. евро [26]. В Российской Федерации суммарный экономический ущерб от ОИМ составлял 57,8 млрд. руб., или 0,2% всего ВВП, произведенного в России в 2013 году [5]. В Российской Федерации отмечается четырехкратное превышения смертности пациентов с ишемической болезнью сердца в сравнении с такими развитыми странами, как США и Европейский союз (В РФ в 2013г – заболеваемость 781,4 на 100 тысяч населения, а смертность 529,8 на 100 тысяч; в США смертность 117,1 на 100 тысяч; в Европейском союзе 137,5 на 100 тысяч) [59; 115].

Во второй половине XX века болезни системы кровообращения уже стали важнейшей проблемой здравоохранения во всем мире. В Российской Федерации также как и в общей популяции, болезни сердечно-сосудистой системы стали основной проблемой здравоохранения. В связи с активным использованием достижений современной медицинской науки, удалось снизить показатели смертности от болезней системы кровообращения, кардинально изменились методы организации лечебно-профилактических мероприятий при острых формах ишемической болезни сердца. В своем докладе на X Международном форуме по

профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь» главный кардиолог Министерства здравоохранения России С. А. Бойцов отметил, что в 2004–2016 гг. темп снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составлял 2,6% в год, а на период 2019–2024 гг. ожидается увеличение смертности до 4% [6].

Показатели смертности у пациентов с острым инфарктом миокарда остаются неизменными долгое время, так, в 2005 году - 44,6 на 100 тысяч населения по сравнению с 44,4 на 100 тысяч — в 2017 году [15; 63]. Это обусловлено, прежде всего, сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости ССЗ и, как итог, высоким уровнем смертности, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, у которых и ИБС и ОИМ являются безусловно доминирующими причинами летального исхода или инвалидности. В тоже время, такой важный эпидемиологический показатель, как болезни системы кровообращения, возрастает на фоне меняющейся демографической ситуации, связанной со старением жителей [11; 40; 81].

Учитывая вышеизложенное, была подтверждена обоснованность выбора в качестве объекта исследования пациентов пожилого и старческого возраста. Несомненно, выбранная категория пациентов вызывает научный интерес, но, в то же время, их лечение осуществляется по принципам, представленным в международных экспертных рекомендациях, которые основаны преимущественно на результатах исследований, зачастую не включающих в оценку лиц этой возрастной группы. Вместе с тем, в виду полиморбидности у пациентов старших возрастных групп существует неопределенность в отношении истинных преимуществ интервенционных вмешательств у пациентов, связанная с повышенным риском фатальных осложнений.

Р. Г. Оганов с соавт. (2012, 2015) утверждают, что факторы, оказывающие влияние на клиническое течение ИБС в отдаленном периоде после перенесенного ОИМ, также, как и отдаленные исходы первичного или вторичного ОИМ у пациентов старше 60 лет, все еще остаются малоизученными [36; 75]. Наравне с этим, пациенты старше 60 лет из-за большого количества у них сопутствующих заболеваний, чаще

подвержены осложнениям и смерти при остром повреждении миокарда. На основании проведенных исследований G. Manjunath (2003), M. J. Pencina (2009), J. S. Woo (2010), для обеспечения большей эффективности и безопасности выполняемого лечения среди этой категории пациентов (старше 60 лет), актуален индивидуальный подход к лечению [100; 104; 112].

Концепция индивидуального подхода к пациенту должна базироваться на особенностях клинического течения патологии и на качественном медицинском обеспечении на каждом из этапов лечения и восстановительном периоде болезни, не исключая эпидемиологических характеристик. Все эти аспекты определяются по результатам крупных, многоцентровых клинических исследований. Ярким представителем эффективности проведения таких исследований является «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ), что, в свою очередь, определяет большую их объективность. Результаты такого регистра являются базой для создания мероприятий по профилактике острых форм ишемической болезни сердца, в особенности у пациентов старшей возрастной группы [68]. В кардиологии остается актуальным вопрос прогноза неблагоприятных событий после ОИМ.

А.А. Гарганеева с соавт. (2015) отметила, что показатели заболеваемости ОИМ выше среди у пожилых пациентов по сравнению с более молодыми (менее 60 лет). Ею отмечено статистически достоверно значимо высокая заболеваемость у пожилых (8 пациентов на 1 тыс.) [10]. В когорте пациентов до 80 лет уровень заболеваемости ОИМ повышается в соответствии с возрастом. Максимальная заболеваемость отмечается в группе пациентов старше 80 лет.

О. В. Тукишс соавт. (2018) в своем исследовании показали гендерное различие заболеваемости во всех возрастных группах, отметив статистически значимый высокий уровень ОИМ у мужчин. Однако, такой разницы не было у пациентов в группе 80 лет и старше ($p > 0,05$) [69]. Статистически значимой разницей явилась смертность от ОИМ, показатели которой были выше у лиц старшей возрастной группы, отмечена гендерная разница его уровня: лица мужского пола умирали чаще во всех группах возрастов. Исключение составила группа старше 80 лет.

Таким образом, смертность и заболеваемость от ОИМ имели схожие возрастные и гендерные характеристики. Общая смертность у пожилых превалировала по сравнению с более молодой группой (менее 60 лет: 45,3% против 34,1%). Общая летальность в стационаре не зависела от пола пациента, а смертность у молодых статистически значимо превышала таковую у пациентов старшей возрастной группы (27% против 17%). Смерть до момента госпитализации в стационар (на дому) с увеличением возраста имела тенденцию к снижению независимо, как у мужчин, так и у женщин, но у лиц наиболее старших возрастных групп (старше 80 лет) этот показатель вновь увеличивался.

Авторы отметили, что в их исследовании подавляющее большинство пациентов с коронарной патологией (75%) проходили лечение в стационаре, а среди госпитализированных 80% лечились в профильных отделениях и лишь 20% получали лечение в непрофильных отделениях. Показатель летальности в стационаре статистически достоверно был существенно выше среди пациентов в возрасте 60 лет и старше и составлял примерно 28%, в сравнении с 7% у лиц младше 60 лет. Показатели летальности в стационаре с повышением возраста у лиц мужского и женского пола имели тенденцию увеличения.

В специализированных подразделениях стационара показатель летальности в стационаре у пожилых пациентов был статистически достоверно больше (20%), чем у лиц более молодого возраста (3%). При этом необходимо отметить, что показатель летальности в стационаре среди пациентов как младше, так и старше 60 лет, находившихся на стационарном лечении в неспециализированных стационарах, был достоверно существенно выше, и составил в среднем значении 26% и 66% соответственно. Подобные показатели имели место у лиц мужского и женского пола [69].

В России ожидаемая продолжительность жизни существенно возросла за последние 10 лет: с 65 лет в 2005 году, до 72 лет в 2016 году и достигла 74 лет в 2019 году. Несмотря на то, что этот уровень больше среднего мирового значения (72 года в 2015 году), он ниже уровня стран Европы [80; 106]. Лидирующие позиции в заболеваемости населения планеты занимают болезни системы

кровообращения, онкология и психические расстройства (особенно развитие деменции).

1.2. Нормативные правовые базы, регламентирующие оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации

Ситуация в демографии, определяемая как старение населения в XXI веке, вынуждает обратить более пристальное внимание на пациентов пожилого и старческого возраста.

В 2016 году была разработана и утверждена «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 года N 164-р). Данный документ отражает не только вопросы организации медицинской помощи пациентам старшего поколения, увеличения уровня, качества и продолжительности их жизни, но и ставит акцент на активном долголетии. Также в данной Стратегии впервые озвучен следующий тезис: Российская Федерация обязана создать и обеспечить работу единой гериатрической службы.

Основные нормативные правовые документы, определяющие оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, представлены в таблице 1.

Таблица 1— Основные нормативные правовые документы, законодательно определяющие оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста

1.	Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ [73]	Регламентирует отношения, имеющиеся в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации
2.	Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (утвержден Приказом Минздрава России от 29 января 2016 г. №38н)[47]	Порядок направления пациентов на гериатрическую помощь, а также регламентирование количество гериатрических коек в зависимости от численности населения
3.	Приказ Минздравсоцразвития России от 15. 05. 2012 №543н (ред. от 27. 03. 2019) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [49]	Определяет правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению на территории Российской Федерации

4.	Федеральный закон от 28. 12. 2013 №442-ФЗ (ред. от 13. 07. 2020) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [74]	Действие Федерального закона распространяется на всех граждан Российской Федерации, на иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, беженцев, а также на юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих социальное обслуживание граждан
5.	Приказ Минздрава России от 28. 07. 1999 №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» [48]	Регламентирование организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации
6.	Письмо Министерства труда и социального развития России от 5 января 2003 года №30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» [43]	Определен единый подход к решению вопроса о наименовании учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, а также номенклатура учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов и вынесены рекомендации органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления при организации деятельности государственных (муниципальных) учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов
7.	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10. 05. 2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [46]	Критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный приказом Минздрава России от 29 января 2016 года №38н [47], включает:

- ✓ определение групп возрастов — пожилого (старше 60 лет) и старческого (75 лет и старше);

✓ работу гериатрического центра и гериатрических кабинетов в регионах страны с небольшим числом проживающих там граждан пожилого и старческого возрастов;

✓ организацию врачом первичного звена и узкими специалистами маршрутизации пациентов старших возрастов для обеспечения гериатрической помощи;

✓ наличие количества геронтологических коек на данный момент времени — 1 койка на 2 тыс. населения в возрасте 70 лет и старше по сравнению с имеющимися ранее — 1 койка на 2 тыс. населения в возрасте старше 60 лет;

✓ наличие врачей специалистов в стационарах медицинского типа в настоящее время — 1 специалист на 15 коек по сравнению с имеющимися ранее — 1 специалист на 20 коек;

✓ внедрение определения «мобильная гериатрическая бригада».

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. №543н (ред. от 27.03.2019 г.) об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению определяет оказание медико-социальной помощи пожилым людям, что является важнейшим направлением в государственной социальной политике России [49]. Согласно представленному постановлению Правительства России от 15.04.2014 г. № 296 (ред. от 09. 08. 2017г.) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» к самым важным направлениям социальной политики Российской Федерации отнесено осуществление доступного обеспечения социальных услуг хорошего качества для всех нуждающихся россиян старших возрастных групп [44]. Причем данная сфера осуществления представленной Программы выделена к предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

Медицинская помощь пациентам групп старших возрастов определяется Приказом Минздрава России от 28.07.1999 г. №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» совместно с «Положением об организации работы

гериатрического центра», «Положением об организации работы гериатрического стационара (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи» [48].

В письме Министерства труда и социального развития России от 05.01.2003 г. №30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» выделены учреждения, которые обязаны оказывать медико-социальную помощь пациентам пожилого возраста (Постановление Правительства России от 15.04.2014 г. №296 (ред. от 09.08.2017 г.) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Социальная поддержка граждан"» [44].

Среди них имеются разнообразные геронтологические центры, дома-интернаты, реабилитационные центры и социально оздоровительные центры (Письмо Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 05.01.2003 г. №30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» [43], Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [46]).

Следует обратить внимание на клинические рекомендации, методические руководства и согласительные документы, подготовленные Минздравом России в 2016–2019 гг., которые способствовали совершенствованию организации оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Таким образом, анализ нормативной правовой базы, регламентирующей оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, показал, что разработанные методические рекомендации носят общий характер, нет определенного подхода к организации специализированной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

1.3. Мультидисциплинарный подход при оказании специализированной медицинской помощи пациентам в России и за рубежом

Особенно актуальным в настоящее время является внедрение в клиническую практику новых интегративных форм организации оказания медицинской помощи пациентам старше 60 лет [71]. Учитывая наличие нескольких заболеваний, возможности более частой встречаемости атипичного, асимптомного течения болезни у пациентов пожилого и старческого возрастов, представляется необходимым на этапе поступления в стационар привлечение специалистов узких направлений: неврологов, эндокринологов, хирургов, офтальмологов и среднего медицинского персонала, которые будут руководствоваться в своих действиях алгоритмами, основанными на реализации этапов мультибригадного процесса.

Данные алгоритмы предусматривают не только сбор жалоб, уточнение анамнеза, факторов риска заболевания, но и определение минимальных диагностических мероприятий, которые необходимо провести, чтобы определить неотложное состояние, оценить степень декомпенсации сопутствующей патологии до прихода врача и определить, какого специалиста необходимо вызвать, учитывая данную клиническую ситуацию.

Медицинская помощь, в которой нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста, в отличие от обычной, направленной на диагностику и лечение, должна быть комбинированной, а точнее мультидисциплинарной, и направленной на охрану здоровья и нормальную ее работу в долгосрочной перспективе [16; 25]. Также необходимо помнить о воздействии на состояние больного, обремененного разнообразными хроническими формами заболеваний и гериатрическими симптомами и синдромами, психологическими и социальными акцентами (факторами) [25].

Для эффективных путей разработки и внедрения наиболее адекватных форм оказания медицинской помощи пациентам старше 60 лет, возникает необходимость в разработке новых подходов в ее оказании, и, прежде всего, во

внедрении комплексного и мультидисциплинарного подхода с привлечением наиболее востребованных специалистов, в том числе и среднего медицинского персонала.

В настоящее время в стране уже применяется практика оказания помощи пациентам 60 лет и старше путем создания мультидисциплинарных бригад (МДБ) из числа специалистов, оказывающих медико-социальную и медико-психологическую, и в чьих услугах нуждается пациент с ОИМ.

Так, например, этот подход используется в эндокринологии, в связи с тем, что сахарный диабет (СД) уже длительное время удерживает одно из первых мест в когорте неинфекционных болезней, а количество выявленных больных с СД возрастает с каждым годом. Также, как и при сахарном диабете, при диагностике и лечении различных других хронических заболеваний (ревматоидном артрите, психических заболеваниях и др.) используется мультидисциплинарный подход. Например, в диабетологии использование мультидисциплинарного подхода было начато еще в конце XX века [1; 19; 24; 65; 78].

В начале XXI века на территории США стали использовать в полном объеме мультидисциплинарный подход в диабетологии, который, в первую очередь, обеспечил коллективную одномоментную работу специалистов эндокринологов и других специалистов, а также сестринского персонала для препятствия развитию осложнений [1; 89].

Важно отметить, что при сахарном диабете 1-го типа частота БСК выявлялась у 45% пациентов, из них у 9% диагностировалась ИБС, состояние после ОИМ у 1%, гипертоническая болезнь — у 37% больных, патология нервной системы — у 46% больных, из них: диагностированные острые нарушения мозгового кровообращения — 7%, энцефалопатия дисциркуляторная — 93%, патология бронхо-легочной системы — 9%, патология системы желудочно-кишечного тракта — 34%, патология мочевой системы — 46%, гепатиты С и В — 6%, патология половых органов — 31%. Полученные результаты демонстрируют широкое применение мультидисциплинарных бригад (МДБ) при диагностике и лечении патологии эндокринной системы.

Важная роль МДБ отводится в лечении и реабилитации пациентов старших возрастных групп после перенесенного инсульта. Глубокая инвалидизация является одной из главных проблем, возникающая в следствии инсульта [21; 24; 70]. Стойкие функциональные и анатомические изменения, бытовая и социальная дезориентация больных с перенесенным нарушением мозгового кровообращения возникают в следствии невозможности оказания пациенту своевременного и адекватного лечения.

Возвращение больного в нормальное работоспособное состояние или относительно работоспособное состояние, обеспечение его приемлемым пребыванием в «здоровом» мире является ведущей задачей процесса реабилитации больных после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Важнейшим принципом эффективной реабилитации является соблюдение мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов после ОНМК. С целью осуществления нормальной координации работы всех участников МДБ, крайне важно использование консилиума МДБ для коллективной разработки тактики диагностики и лечения больного с ОНМК. Одной из основных задач МДБ во время утреннего совещания (перед началом дежурства) становится знакомство, установление контакта и рабочего альянса между всеми членами МДБ. Именно совместная работа всех членов МДБ помогает выявить возможные проблемы больного, правильно установить цели лечения и согласовать совместные действия для достижения положительного результата. Немаловажным становится своевременное оповещение членов бригад о положительной либо отрицательной динамике в состоянии больного и составление плана выписки, что является неотъемлемой составляющей работы МДБ [21; 22].

Как отмечают зарубежные авторы, главными приоритетами работы МДБ являются, в первую очередь, совместный осмотр больного всеми специалистами бригады, оценка его состояния и определения степени выраженности нарушений функций, а также заполнение специальных оценочных чек-листов (карт) [23; 99; 105].

Особенно важными в работе МДБ становятся:

- совместная постановка цели лечения,
- обеспечение адекватной окружающей среды для больных в зависимости от его нужд,
- совместное обсуждение особенностей ведения больного,
- постановка сроков лечения и предстоящей выписки из медицинской организации, включая планирование лечебных мероприятий и диагностических процессов, необходимых больному,
- определение условий пребывания, которые обеспечат достижение максимальной самостоятельности пациента в быту (реабилитация в стационарных, амбулаторных, домашних, санаторно-курортных условиях),
- определение способности членов семьи выполнять приемы ухода за пациентом и оказания необходимой помощи,
- составление совместно с больным и его близкими плана последующего максимально рационального ведения такого пациента.

Для координированности и согласованности действий всех специалистов МДБ становится необходимой организация совещания МДБ для определения совместной стратегии и тактики диагностики и лечения пациента.

Активно используется принцип МДБ и в онкоурологии, еще одном направлении в медицине. Оказание пациентам онкогинекологического профиля комплексной реабилитационной помощи, независимо от локализации опухоли и нозологической формы, предполагает включение нескольких последовательных этапов:

- подготовительный (определение персонифицированного и максимально эффективного плана лабораторной и инструментальной диагностики и специфического лечения, максимальное уменьшение риска возможных осложнений и повторного возникновения опухоли);
- лечебный (выполнение реконструктивно-восстановительных и органосохраняющих оперативных вмешательств);

- ранний восстановительный (создание пакета реабилитационных программ, непосредственно обращенных на профилактику и лечение возможных общих, а также местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных осложнений химиотерапии);

- поздний восстановительный период [65].

Мультидисциплинарная команда — это группа врачей-специалистов разных направлений, которая формируется ситуационно и объединяется для выполнения одной совместной задачи на коллегиально согласованных принципах. Команда специалистов для выполнения поставленной задачи может включать: врача общей практики или терапевта и педиатра, медицинскую сестру, работника социальной службы и психолога медицинского профиля. В штат сформированной мультидисциплинарной команды могут быть включены дополнительные специалисты: фармацевт, диетолог, физиотерапевт, акушер (гинеколог), родственники (друзья), люди, окружающие пациента, которые могут быть заинтересованы в выздоровлении и реабилитации данного пациента, а также различные представители общественных структур и организаций.

Стоит отметить, что, в ряде случаев, допускаются различные совмещения, такие как: социальный работник и медицинская сестра — в качестве медицинской сестры с возможной специальной подготовкой по оказанию социальной помощи; медицинский психолог и социальный работник - в качестве медицинского психолога со специальной подготовкой по оказанию социальной помощи. Качественно организованная совместная работа может уменьшить время, затраченное высококвалифицированными врачами, что, в свою очередь, позволяет больше уделить внимание заботе других, возможно, не менее сложных пациентов [93; 109].

Взяв во внимание опыт иностранных коллег (Garattini L. et al. , 2015) по применению МДБ на этапе первичного звена в системе здравоохранения, где значительную часть задач выполняет на этапе первичного звена, а именно первичной медико-санитарной помощи, возможно качественно и с большим успехом обеспечивать необходимую работу, привлекая в том числе сотрудников,

не имеющих высшего (специального) медицинского образования, тем самым высвобождая время специалистов (клиницистов) врачебного состава бригады. Примерно до 17% всего затрачиваемого времени специалистов первого этапа выделяется с целью оказания, в первую очередь, профилактической помощи, значительную часть которой возможно было бы передать другим участникам мультидисциплинарной команды [96].

Специалисты (клиницисты), оказывающие первичную медико-санитарную помощь, примерно до 37% своего времени уделяют проведению лечения хронических патологий, при этом значительную долю данного затрачиваемого времени отнимает разъяснительная работа, а также консультирование пациента по поводу соблюдения здорового образа жизни и комплаентности его к лечению. Данную работу могут успешно осуществлять специально подготовленные участники сформированной команды, не обязательно имеющие высшее медицинское образование [96].

В Великобритании, так же как и в других странах Европы, активно применяется мультидисциплинарный способ ведения пациентов. За больным специально закрепляется определенный специалист команды, который непосредственно несет ответственность за обеспечение формирования и поддержания физической и социальной активности больного, выполнение совместной оценки его нужд, ранжирование приоритетности потребностей совместно с пациентом, выполнение диагностики и лечения или реабилитации в условиях своей квалификации и обеспечения направления больного к другим участникам мультидисциплинарной бригады для других необходимых видов лечения или реабилитации. За счет сформированного комплекса мер обеспечивается достижение необходимой командной работы в оказании врачебной помощи и оценке ее эффективности для пациента.

Как показывает опыт, за больным возможно закрепление любого специалиста мультидисциплинарной бригады, который способен наладить с ним качественное психологическое взаимодействие. На этапе первичной медико-санитарной помощи модели, имеющие базу медицинского обслуживания, носят

ряд существенных преимуществ. Значительная часть пациентов старшей возрастной группы имеют разные сопутствующие патологии и психоэмоциональные расстройства, которые, безусловно, гораздо проще контролировать и предотвращать их обострение с помощью командной работы бригады [108].

В любой командной работе, даже самого слаженного и высококвалифицированного коллектива, в котором имеются различные специалисты (смежные специалисты или специалисты различных направлений), существуют определенные проблемы. Это касается и команды специалистов в системе здравоохранения.

Основной проблемой мультидисциплинарной команды в системе здравоохранения является обеспечение координации между членами команды и определение роли каждого специалиста в отдельности, для оказания полного спектра всех необходимых услуг (мероприятий) в интересах больного, в первую очередь и непосредственно членов команды [101]. Но в мультидисциплинарной команде могут встречаться и такие проблемы, как отсутствие доверия друг к другу и уважения [91].

Существуют три основных элемента для организации максимально эффективного управления в оказании первичной медико-санитарной помощи [98]:

- 1) специально обученный средний медицинский состав;
- 2) осведомленность больных и медицинского состава о конкретной патологии;
- 3) быстрая доступность к врачам, которые являются специалистами в необходимой области медицины.

Доступность врачей специалистов на первом этапе позволяет обеспечить возможность непрерывного медицинского контроля и своевременности выявления патологии.

В исследовании A. Ghorob et al. (2012) были определены 5 ключевых элементов в совместной работе мультидисциплинарной бригаде [97]:

- 1) цели, которые обязаны быть четкими, оперативными и способными к измерению;
- 2) алгоритм распределения пребывания всех членов мультидисциплинарной бригад и четкий алгоритм действий членов бригады при самых распространенных ситуациях;
- 3) схема распределения обязанностей всех членов бригады, определение задач и роли каждого из них;
- 4) регулярное обучение всех членов МДБ согласно их непосредственным функциям;
- 5) обеспечение связи между сотрудниками МДБ (например, обмен мгновенными сообщениями и неформальные встречи лицом к лицу членов клинической команды) и отслеживание процессов (например, обратная связь, разрешение конфликтов).

Актуализации и накоплению опыта бригады способствуют регулярные совещания мультидисциплинарной бригады и совместная оценка состояния пациента [95].

Регулярные совещания бригады обеспечивают профессиональную поддержку специалиста старшим коллегой с целью обеспечения эффективной и безопасной практической клинической работы и дальнейшего повышения профессиональной компетенции специалиста.

Данная концепция работы МДБ позволяет обеспечить индивидуальные социальные и медицинские потребности конкретного больного; подбор методов терапии и восстановительного лечения, согласно современной рекомендательной базе; немедленное реагирование, согласно потребностям и желаниям пациента; психологическую помощь, а также оперативное направление на консультации к смежным специалистам, исходя из имеющейся сопутствующей патологии.

Мультидисциплинарный подход в составе специалистов различного профиля и оперативность данной концепции повышает качество оказываемой специализированной медицинской помощи, а также способствует улучшению

экономических показателей системы здравоохранения, в том числе за счет положительной ответной реакции медицинских работников и пациента [107].

Анализируя вопрос обеспечения специализированной медицинской помощью пациентов с ОИМ старшей возрастной группы, необходимо акцентировать внимание на недостаточности развития в России гериатрии, как врачебной специальности, что усугубляет оказание медицинской помощи данной категории пациентов.

Необходимо отметить, что в настоящее время на территории Российской Федерации развернуто порядка 2350 коек геронтологического профиля. Медицинская специализированная помощь для гериатрических пациентов на данный момент обеспечивается всего только тремя больницами данного профиля: гг. Нижний Новгород, Санкт-Петербург и Петропавловск-Камчатский.

В некоторых субъектах Российской Федерации созданы клинические и организационно-методические гериатрические центры — Самарская, Кировская, Ульяновская, Оренбургская и др. области. Кроме того, доступность гериатрической помощи недостаточна в связи с отсутствием кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах [55].

Используя мультидисциплинарный подход в диабетологии, неврологии, онкологии, кардиологии можно улучшить качество жизни пациентов с полиморбидным состоянием. Данный тип организации медицинской помощи позволит эффективно бороться с неинфекционными заболеваниями XXI века.

Пациенты старших возрастных групп нуждаются в качественно новом виде медицинской помощи, которая становится возможной при осуществлении комплексного процесса именно в аспекте мультидисциплинарного подхода.

Следует отметить, что концепция мультидисциплинарности достаточно распространена в работе многих медицинских учреждений Европы. Самая авторитетная в мире Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations)

считает для себя одним из важнейших критериев оценки —реализацию в работе учреждения именно командного подхода при лечении пациентов. [25].

Для повышения медицинской эффективности лечения пациентов с ОИМ и наилучших отдаленных результатов применения того или иного метода реваскуляризации миокарда необходимо оптимизировать процесс принятия решений. С одной стороны, это обеспечивается индивидуальным подходом к каждому пациенту, а с другой — тактика лечения должна основываться на доказательной базе и актуальных рекомендациях.

Таким образом, в последние годы в зарубежной и отечественной литературе активно внедряется понятие мультидисциплинарных бригад для своевременного и раннего оказания специализированной медицинской помощи с учетом комплексной оценки состояния пациента пожилого и старческого возраста, включая сопутствующие заболевания в период реабилитации и выхаживания после острого инфаркта миокарда и оперативного лечения.

Однако, вопросы организации работы подобно работе мультидисциплинарной бригады в области оказания экстренной специализированной медицинской помощи при ОИМ пациентам пожилого и старческого возраста изучены недостаточно [27], что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Базой исследования явилось государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»), являющееся многопрофильной медицинской организацией Зеленоградского автономного округа г. Москвы и входящее в структуру медицинских организаций отечественной системы здравоохранения города Москвы.

В структуре стационарного комплекса - поликлинические отделения и круглосуточный многопрофильный скоропомощной стационар.

Руководителем стационарного комплекса является главный врач, в подчинении которого работают заместители по профилям.

Стационар имеет 745 коек. Численность прикрепленного населения обслуживаемой территории — 22 000 человек.

В больнице оказывается стационарная помощь взрослому и детскому населению (в настоящее время 2 детских инфекционных отделения) в экстренном и плановом порядке, а также амбулаторная помощь взрослому населению, имеется дневной стационар на 15 коек.

Работает отделение переливания крови и трансфузиологии (заготавливает до 4 т крови в год).

Специализированная медицинская помощь оказывается по следующим профилям: травматология, хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, акушерство и гинекология, оториноларингология, неврология, нейрохирургия, эндокринология, кардиология, терапия, гастроэнтерология, анестезиология и реанимация, забор, заготовка и хранение донорской крови и ее компонентов, трансфузиология, педиатрия, пульмонология, колопроктология, урология, онкология.

Проект стационарно-амбулаторного комплекса представлен на рисунке 1.

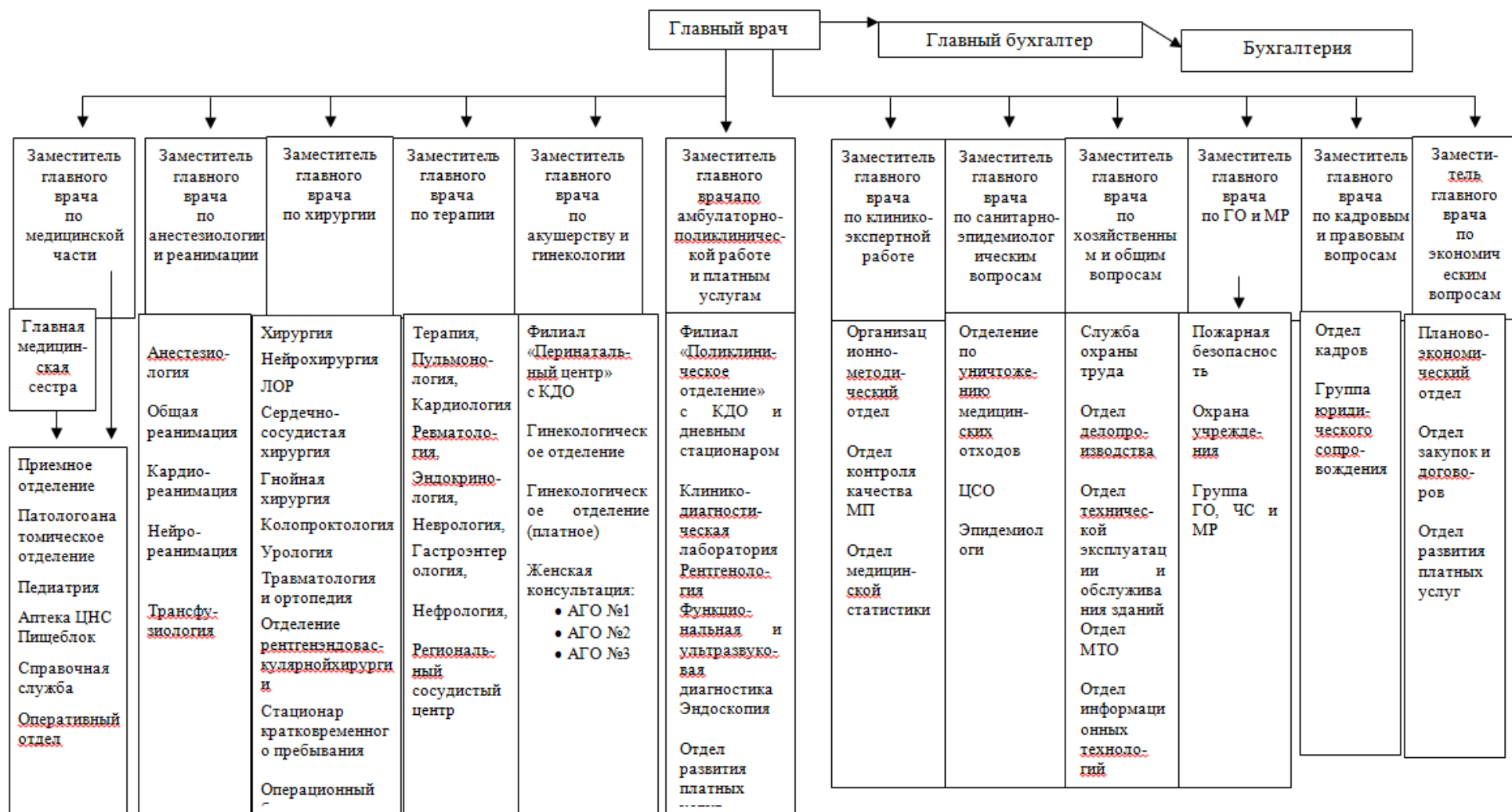


Рисунок 1 — Организационная структура ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

В настоящее время в больнице работает 1 425 сотрудников, из них врачей 327, в том числе 5 докторов медицинских наук, 25 кандидатов медицинских наук, 5 Заслуженных врачей Российской Федерации и средний медицинский персонал в количестве 738 человек.

Общая укомплектованность — 102% (по физическим лицам, включая совместителей).

Больница является базой для проведения учебного процесса и производственной практики студентов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и ГОУ СПО «Медицинский колледж № 8» Департамента здравоохранения города Москвы.

На базе больницы с 1 апреля 2016 года работает региональный сосудистый центр (РСЦ). Главное приоритетное направление центра — обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

Создание и регламент работы РСЦ утверждены приказом главного врача ГКБ им. М.П. Кончаловского (приказ № 947 от 30. 03. 2016 г.) РСЦ работает ежедневно в круглосуточном режиме [37]. От момента въезда машины «Скорой помощи» в ворота больницы до открытия ИСА в условиях рентгеноперационной должно проходить не более 60 минут. В ГКБ им. М.П. Кончаловского это время в среднем составляет 32 минуты, что значительно выше мировых стандартов.

На базе РСЦ проводятся также имплантации устройств за контролем сердечного ритма, включая однокамерные, двухкамерные и трехкамерные электрокардиостимуляторы и кардивертеры-дефибрилляторы.

С помощью современной аппаратуры проводятся высокотехнологичные операции катетерной деструкции патологических очагов миокарда по излечению пациентов с тахиаритмиями. РСЦ является 29-ым сосудистым центром в «инфарктной сети» Московского региона, организованной в городе Москве в 2012 году с целью обеспечения высокотехнологичной медицинской помощью пациентов с ОКС, что отражено на рисунке 2.

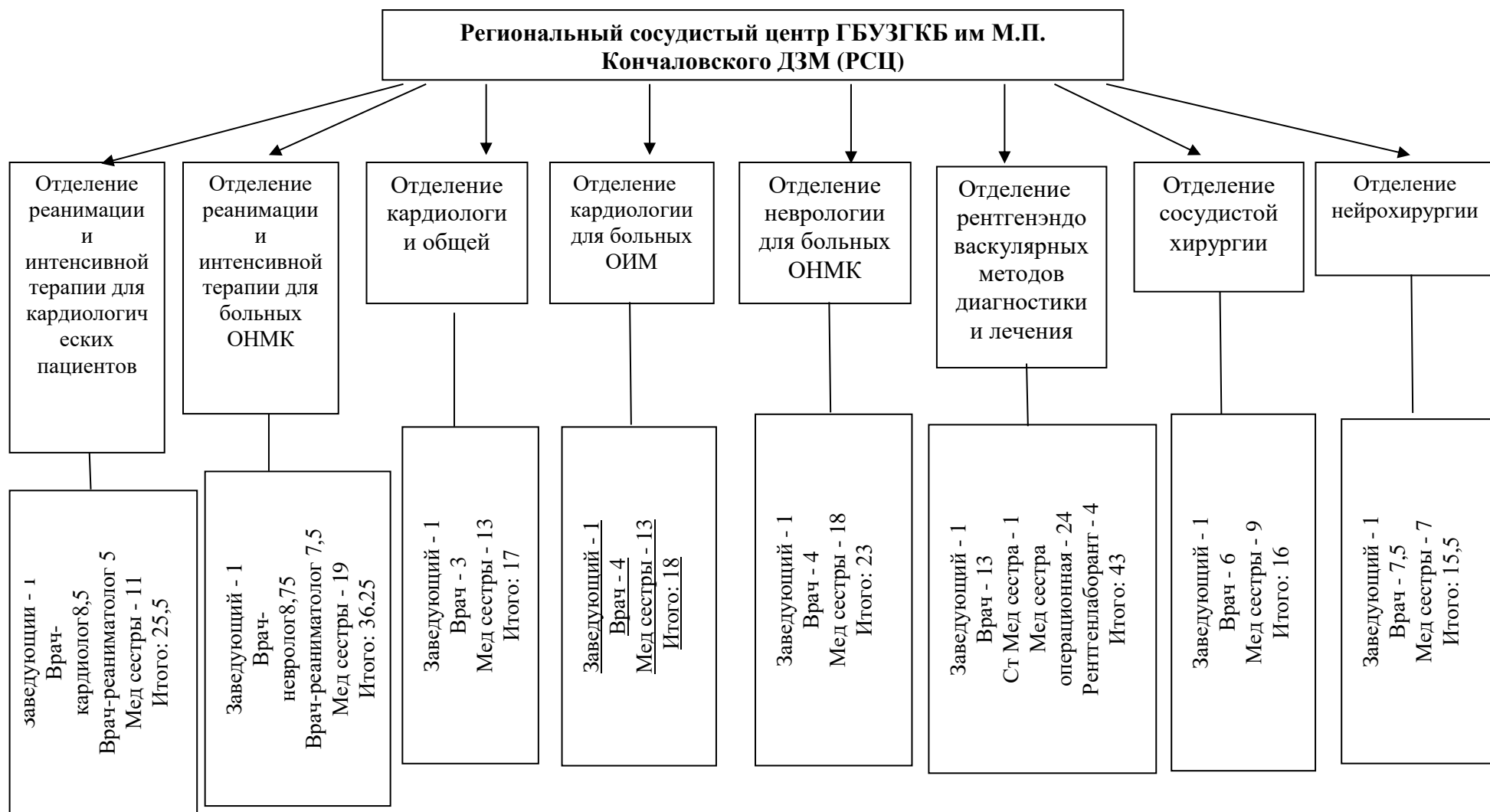


Рисунок 2 — Структура регионального сосудистого центра ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

2.2. Этапы, объем и методы исследования

В исследование вошло 1 243 пациента с инфарктом миокарда, проходивших стационарное обследование и лечение в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского» в период с 2016 по 2019 гг. [37]. Дизайн исследования по оценке медицинской и экономической эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды (5-й этап исследования) представлен на рисунке 3.

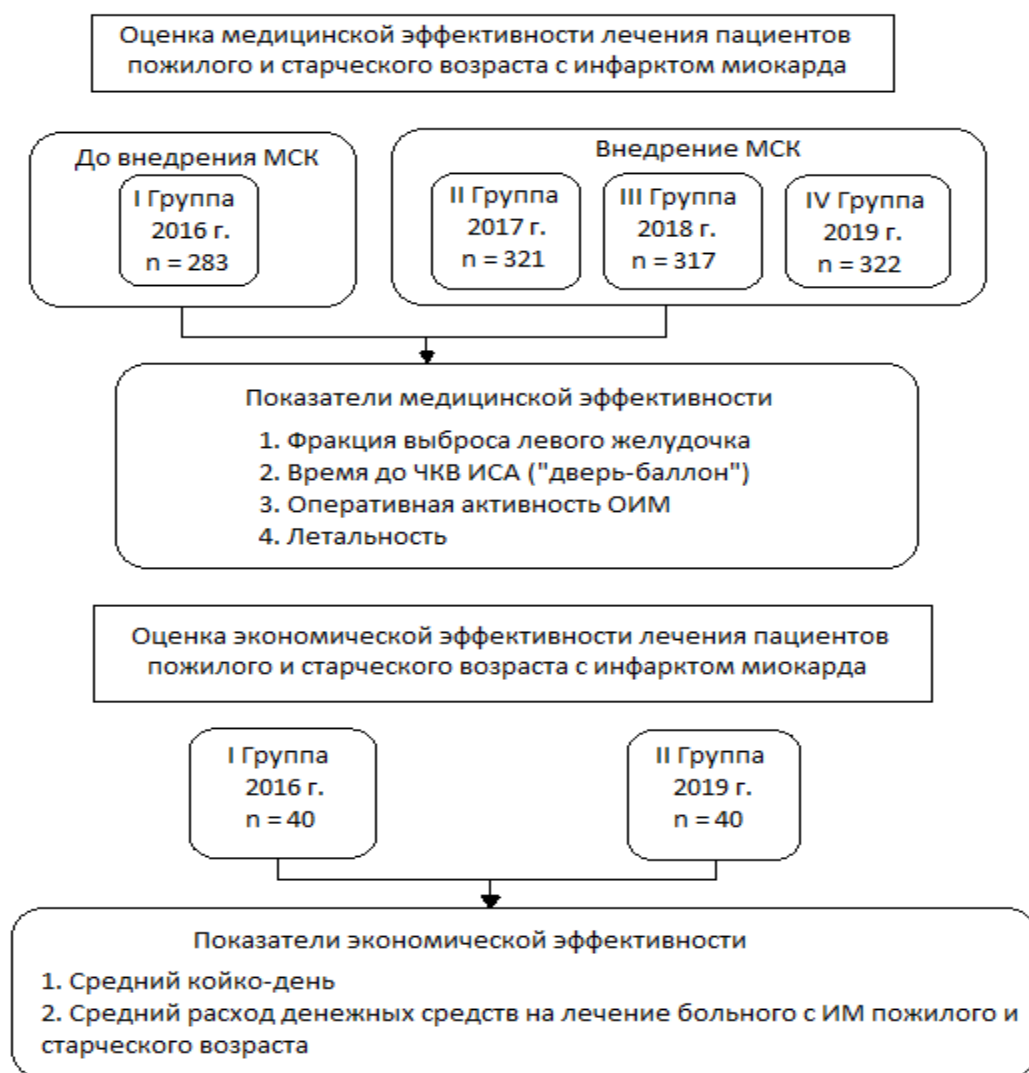


Рисунок 3 — Схема дизайна исследования по оценке медицинской и экономической эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды (МСК) в структуре регионального сосудистого центра

Исследование состояло из пяти этапов, соответствующих поставленным задачам и нашло отражение в таблице 2.

Таблица 2 — Программа и методы исследования

Задачи (этапы) исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки (гг.)
1. Провести анализ современной литературы и нормативно-правовой базы по организации медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с острым инфарктом миокарда в стационарных условиях	Аналитический	Нормативные и правовые акты по теме исследования – 35; отечественные источники литературы – 78; зарубежные источники литературы – 92	Иностранские и российские источники литературы, Приказы Минздрава России, федеральные законы, отечественные и зарубежные рекомендации по лечению пациентов с острым инфарктом миокарда	2016-2019
2. Провести анализ деятельности регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара по оказанию медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда	Выкопировка данных из первичной учетно-отчетной медицинской документации, статистический, аналитический	годовые отчеты городского многопрофильного стационара – 8 отчетов	Сведения о медицинской структуре представлены формой №30; данные о работе подразделений медицинской организации, обеспечивающих население медицинской помощью в стационарных условиях представлена формой №14	2016-2019 ⁴
3. Оценить медико-социальные характеристики и проанализировать структуру и распространенность основных видов сопутствующих заболеваний и гериатрических синдромов среди пациентов с острым инфарктом миокарда, госпитализированных в региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара	Социологический, выкопировка данных из первичной учетно-отчетной медицинской документации, статистический, аналитический	Пациенты с острым инфарктом миокарда, госпитализированных в региональный сосудистый центр – 1 243 человека	Анкета опроса пациента, проходившего лечение в стационаре по поводу острого первичного или вторичного инфаркта миокарда, медицинская карта стационарного больного, в анамнезе которого имеется инфаркт миокарда – форма №003у	2016-2019

Продолжение таблицы 2

4. Разработать и внедрить медико-организационную модель деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в структуре регионального сосудистого центра городского стационара для оказания медицинской помощи при остром инфаркте миокарда пациентам старших возрастных групп	Аналитический медико-организационное моделирование	Материалы предыдущих этапов исследования	Материалы предыдущих этапов исследования	2016-2019
5. Оценить медицинскую и экономическую эффективность деятельности мультидисциплинарной сердечной команды в структуре регионального сосудистого центра городского стационара	Медико-организационный эксперимент, статистический, аналитический	Пациенты пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда, проходившие лечение в стационаре -- 908 человек, карта экономических затрат на лечение одного пациента с острым инфарктом миокарда до и после внедрения МСК – 80 карт	Медицинская карта стационарного больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, технологические карты пациентов, карты экономических затрат на лечение одного пациента с острым инфарктом	2016-2017

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с ОИМ.

Критерии исключения пациентов из исследования: пациенты с ОИМ 2-го, 3-го, 4-го типов.

Проанализированы данные 1 243 пациентов с ОИМ, проходивших стационарное обследование и лечение в региональном сосудистом центре ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (РСЦ) за четырехлетний период с 2016 по 2019 гг. Из общего числа пациентов с ОИМ, проходивших лечение в региональном сосудистом центре (1 243 пациента), пациенты пожилого и старческого возраста составили 908 человек, что представлено на рисунке 4.



Рисунок 4 — Характеристика пациентов с острым инфарктом миокарда, взятых в исследование

В исследовании использовали следующие методы: аналитический, социологический, выкопировка данных из первичной учетно-отчетной документации медицинской организации, медико-организационного моделирования, медико-организационного эксперимента, статистический.

В ходе исследования был проведен анализ медицинских карт пациентов с ОИМ с внесением в компьютерную базу данных, дана медико-социальная

характеристика всех пациентов и пациентов пожилого и старческого возраста, изучена структура и распространенность возраст-ассоциированной патологии. Определена организационная структура мультидисциплинарной сердечной команды (МСК) и внедрена в деятельность регионального сосудистого центра больницы. Проведена оценка медицинской и экономической эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды регионального сосудистого центра с помощью комплекса разработанных критериев.

Медико-социальные характеристики пациентов оценивались путем проведения опроса по специально разработанной анкете (Приложение А), содержащей 22 вопроса. Сопутствующие заболевания всех пациентов и гериатрические синдромы и симптомы больных старших возрастных групп оценивались на основании данных из карты стационарного больного. Анализ деятельности больницы и регионального сосудистого центра за четыре года с 2016 по 2019 гг. проводился по формам годового отчета больницы №14 и №30.

2.3. Статистическая обработка результатов исследования

Математико-статистическая обработка полученных данных осуществлена с помощью программы Statgraphics Plus for Windows, версия 7.0.

Использовались методы описательной и аналитической статистики [12; 77]. Определялись средние значения (M), стандартное отклонение (σ) и ошибка средней величины (m) — при нормальном распределении значений признака, и медиана и интерквартильный размах при ассиметричном распределении (Me , IQR), а также относительные величины - распространенность и структура изучаемых признаков. Проверка нормальности распределения проводилась по критерию Шапиро–Уилка. Для оценки достоверности различий средних и относительных величин были использованы параметрический t -тест Стьюдента и непараметрический U -тест Манна–Уитни. Вычисление коэффициента корреляции производилось по методу ранговой корреляции Спирмена. Достоверными считались показатели при уровне значимости менее 5% ($p < 0,05$).

С целью оценки денежных затрат на лечение пациента с ОИМ в стационарных условиях, до и после внедрения МСК, была взята выборка из 80 пациентов. При проведении данного статистического исследования было учтено общеизвестное правило обследования не менее 5% - процентной выборки, в пределах которой возможно фиксировать научно признанное соотношение между генеральной и выборочной совокупностью. Были обследованы 40 пациентов в 2016 году (до внедрения МСК) и 40 пациентов в 2019 году (после внедрения МСК).

Карта и результаты экономического анализа представлены в Приложении А.

Учитывая данные из таблиц, приведенных в приложении А, с целью оценки денежных затрат на лечение пациента с острым инфарктом миокарда до и после внедрения МСК, использована следующая формула для вычисления денежных затрат на лечение одного пациента с ОИМ:

$$PC = LC_{\text{ско}} + PM_{\text{ордл}} + ОБЗ$$

где:

PC — расход средств на лечение пациента с инфарктом миокарда в кардиологическом отделении;

LC_{ско} — стоимость лекарственных средств на случай лечения в кардиологическом отделении;

PM_{ордл} — стоимость медицинских расходных материалов на случай лечения в отделении по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (ОРДЛ);

ОБЗ — стоимость общебольничных затрат, отнесенных на случай лечения в кардиологическом отделении с ОИМ и включающих в себя расходы на содержание параклинических подразделений, расходы в части содержания имущества и общехозяйственные затраты.

На примере выборки из 80 пациентов, определена средняя стоимость одного койко-дня пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) пациента с ОИМ.

ГЛАВА 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА В СТРУКТУРЕ ГОРОДСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ЗА 2016-2019 ГГ

3.1. Показатели работы региональных сосудистых центров России и города Москвы

В соответствии с приказом Минздрава России №918н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», региональный сосудистый центр (РСЦ) создается с целью оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи больным с ОНМК и ОКС. РСЦ в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Руководство работой РСЦ осуществляет руководитель РСЦ, назначаемый на должность главным врачом медицинской организации, на базе которого создан РСЦ. Структура и штаты РСЦ утверждаются главным врачом.

Задачи РСЦ - повышение доступности и качества медицинской помощи при острых заболеваниях сосудов головного мозга и сердца, снижение смертности и инвалидизации населения, оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом, совершенствование методов профилактической и реабилитационной работы, направленной на снижение факторов риска сосудистых осложнений у больных.

Маршрутизация пациентов с предварительным диагнозом «Острый коронарный синдром» в РСЦ осуществляется согласно нижеизложенного предписания.

– При госпитализации пациента по каналу скорой медицинской помощи с направительным диагнозом «Острый коронарный синдром» непосредственно в отделение реанимации и интенсивной терапии кардиологического больных,

необходимо обеспечить незамедлительный и первоочередный осмотр пациента дежурным врачом отделения. При регистрации электрокардиограммы и выявлении изменений в виде элевации сегмента ST в двух или более смежных отведениях, вызвать на консультацию кардиолога с целью рассмотрения вопроса о выполнении пациенту экстренной коронарографии.

– После подтверждения диагноза "Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» или «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» дежурным врачом отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля или врачом-кардиологом необходимо предложить пациенту выполнение эндоваскулярного вмешательства как наиболее эффективного метода лечения, получить согласие или отказ пациента на выполнение эндоваскулярного вмешательства в письменном виде. В случае согласия пациента на выполнение эндоваскулярного вмешательства незамедлительно известить дежурную бригаду ОРДЛ о предстоящем хирургическом вмешательстве с целью минимизации затрат времени на развертывание операционной.

– Обеспечить выполнение всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий пациенту, госпитализированному с направительным диагнозом «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» или «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST», а также подготовку пациента к оперативному вмешательству и проведения такового в срок, не превышающий 60 минут от времени госпитализации пациента в стационар (время «отсчета» указано в сопроводительном листе скорой медицинской помощи).

В Москве в настоящее время работает 29 сердечно-сосудистых центров Департамента здравоохранения, равномерное их распределение по всему городу [76] представлено на рисунке 5.

ИНФАРКТНАЯ И ИНСУЛЬТНАЯ СЕТЬ МОСКВЫ

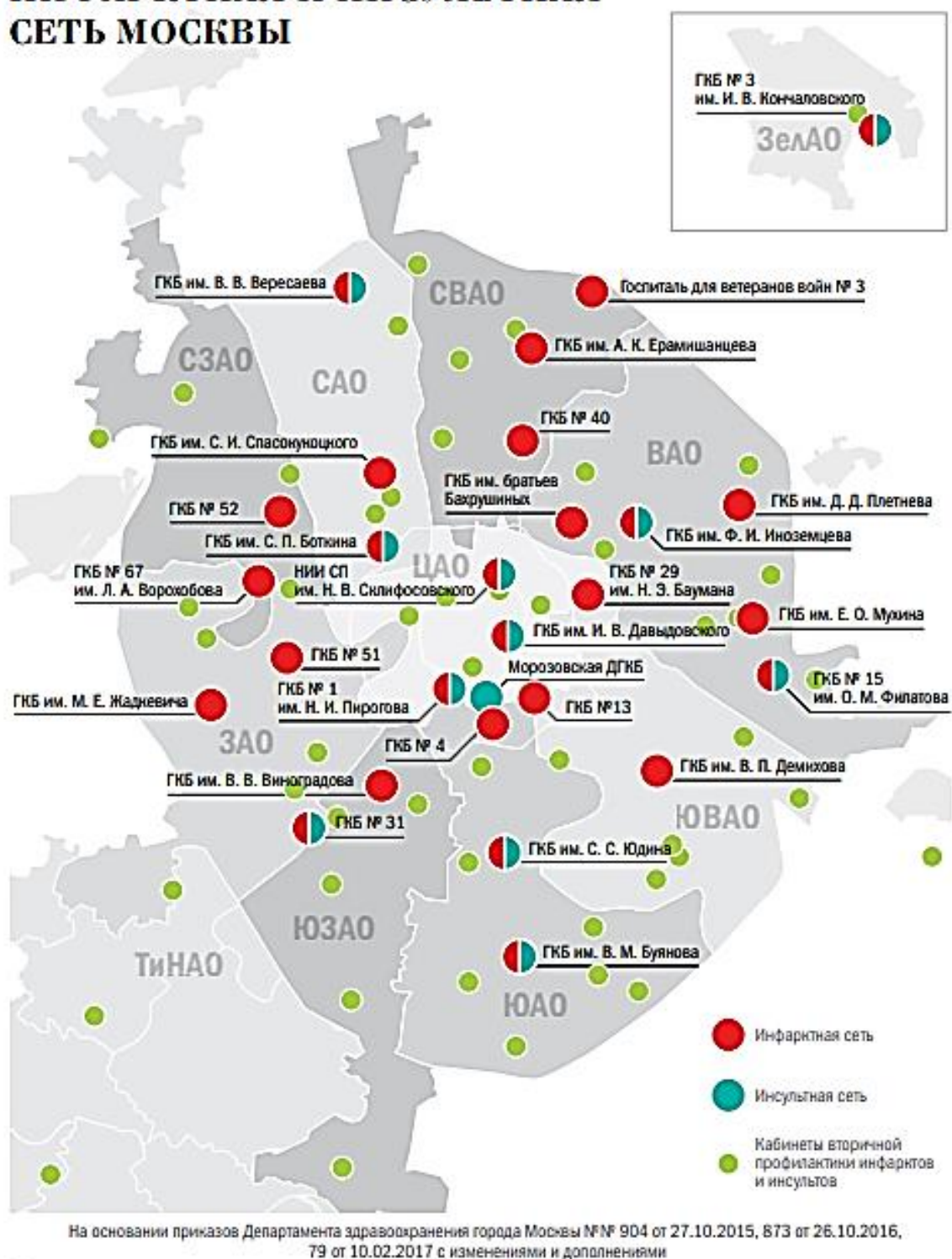


Рисунок 5 — Территориальное расположение сосудистых центров г. Москвы в формате «инфарктной и инсультной сети»

Составляющие «инфарктной сети» — это современное высокоточное оборудование, удобные операционные и реанимации, а, главное, опытные медики. По данным главного кардиолога г. Москвы Е.Ю. Васильевой, задачей работающих в системе врачей является не только спасение человека, но и сохранение его трудоспособности, что отражено на рисунке 6. Столичная «инфарктная сеть» достигла уровня лучших европейских центров. Шесть лет назад инфаркт становился смертельным для 18% пациентов, сегодня же показатель сократился до 6% (<https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/3153.html>).

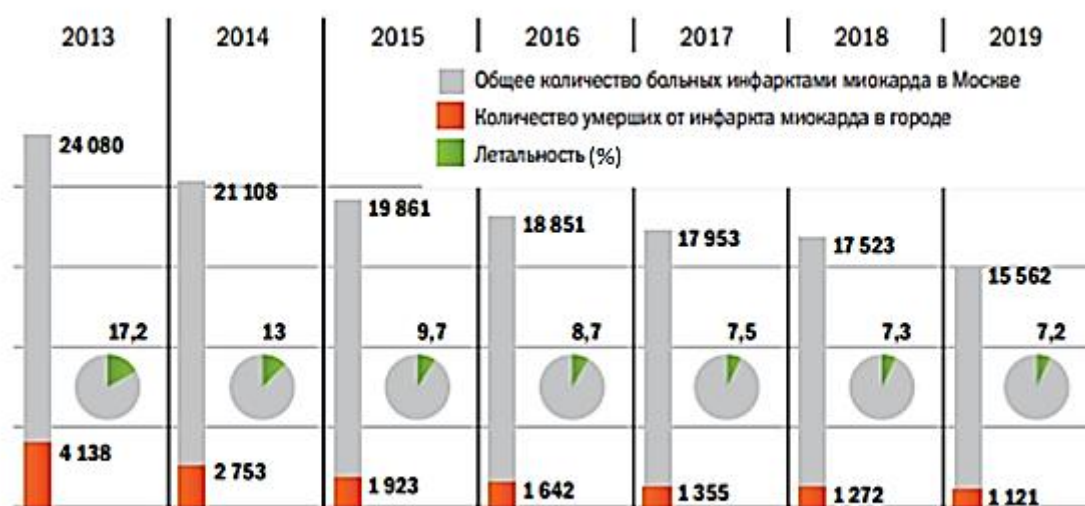
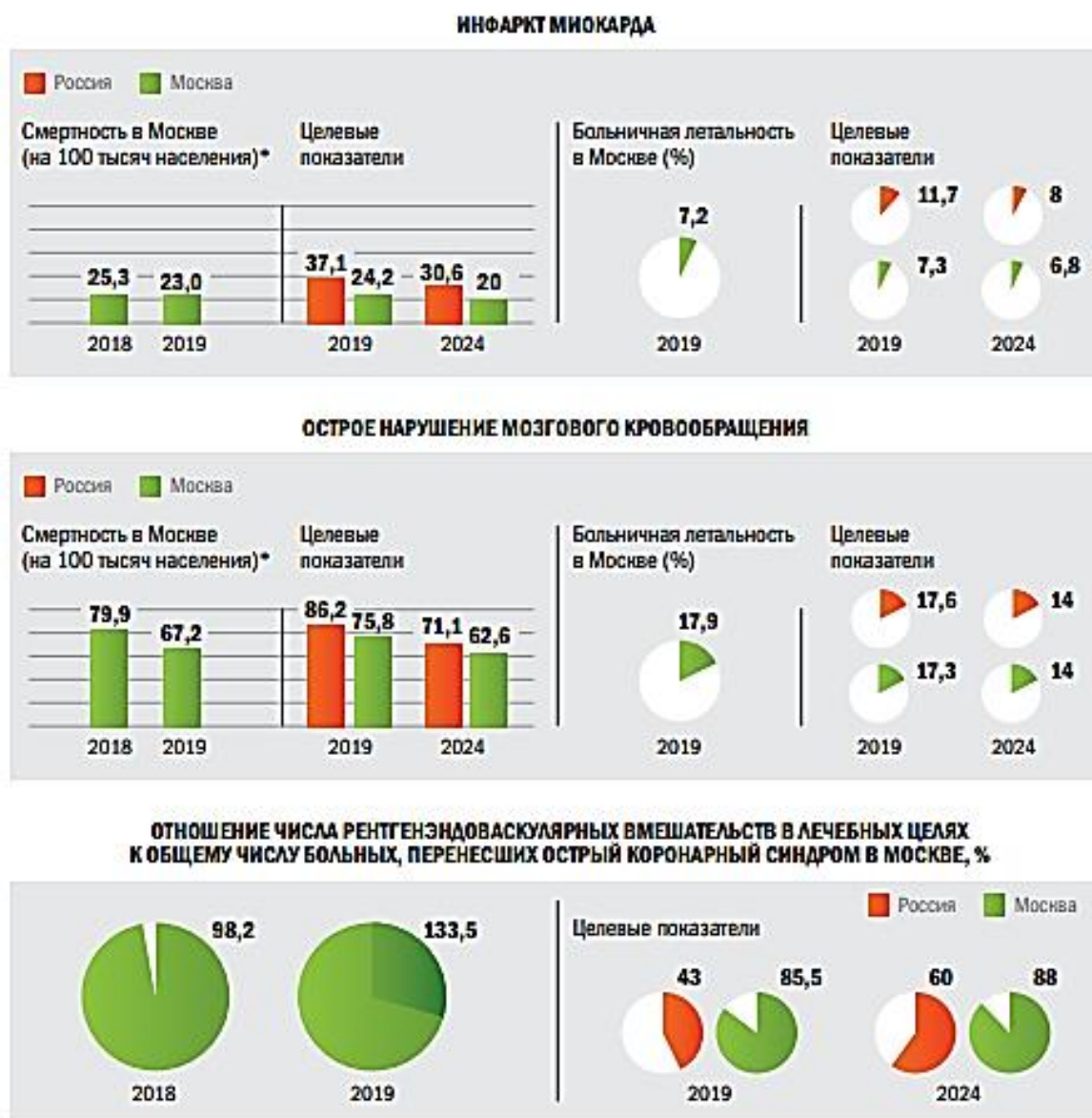


Рисунок 6 — Динамика результатов работы московской инфарктной сети с 2013 по 2019 гг.

С 2011 года сосудистые центры создаются на базе московских больниц. Они оказывают экстренную помощь пациентам с ОИМ. Центры работают круглосуточно, семь дней в неделю [https://www.m24.ru/infographics/infografika/21112017/5777?utm_source=CopyBuf].

По данным заместителя руководителя столичного департамента здравоохранения Е. Хавкиной на II Международном Московском конгрессе кардиологов в 2019 году, «именно командная работа позволила достичь тех результатов, которые мы сегодня видим в Москве. В то же время мы нацелены на

дальнейший прогресс, опираясь на зарубежный и отечественный опыт». За время существования «инфарктной сети», которая организовалась с 2013 г., доля пациентов, которым выполнили стентирование коронарных артерий, возросла в четыре раза, а больничная летальность по Москве снизилась в 3 раза [76], что представлено на рисунке 7.



По данным Центра медицинской статистики НИИОЗММ, паспорта федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
* Данные оперативного мониторинга Департамента здравоохранения города Москвы за 2019 год



Рисунок 7 — Показатели смертности от ОИМ и ОНМК в России и г. Москве за 2018, 2019 гг. по отношению к целевым показателям Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

В «инфарктную сеть» города входят сосудистые центры, которые специализируются на экстренной помощи пациентам с ОИМ. Центры работают в структурах городских многопрофильных стационаров, которые рассредоточены по всей территории столицы.

В работе 29-ти сосудистых центров Москвы в настоящее время задействовано более 800 квалифицированных врачей, имеющих большой опыт работы на высокотехнологичном оборудовании, которым сегодня оснащены сосудистые центры. При этом модернизация фонда оборудования московских медицинских организаций продолжается уже несколько лет подряд. С 2015 по 2017 гг. для городских медицинских организаций дополнительно закупили еще более 550 единиц современного высокотехнологичного оборудования на более чем 1,7 млрд руб.

Кроме того, за первые восемь месяцев 2018 года было закуплено еще более 300 единиц современного оборудования на сумму более 1,2 млрд руб. [76].

По данным внутрибольничного отчета ГБУЗ «ГКБ им В.В. Вересаева ДЗМ» за трехлетний период (2017г-2019г) оперативная активность у больных с ОИМ в среднем была 83%, летальность за этот же период - 5,6%, что представлено в таблицах 3, 4. Данные по работе РСЦ московского региона отражены в разделе 3.2.

Таблица 3 — Показатели по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения при ОИМ ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ

2018 г.	2019 г.	Москва, 2019 г.
ЧКВ (ангиопластика, стентирование)	ЧКВ (ангиопластика, стентирование)	ЧКВ (ангиопластика, стентирование)
80%	85,8%	82,25%

Таблица 4 — Летальность пациентов с ОИМ в ГКБ имени В.В. Вересаева ДЗМ

2017 г.	2018 г.	2019 г.
5,8%	5,8%	5,02%

3.2. Показатели работы регионального сосудистого центра

ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ»

Результаты анализа распределения общего числа пациентов, пролеченных в ГБУЗ «КГБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» по всем профилям заболеваний, включая кардиологию и неврологию за трехлетний период (2017–2019 гг.) представлены в таблице 5 и на рисунках 8–10.

Таблица 5 — Общее количество пациентов, завершивших лечение в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» за 2017–2019 гг. (абс. число)

Профили заболеваний	2017г	2018г	2019г
Кардиология	5 247	5 980	5 949
Пульмонология	1 959	1 707	1 978
Терапия	5 290	3 751	7 115
Неврология	4 584	4 680	4 839
Хирургия общая	5 232	5 149	4 778
Сосудистая хирургия	-	620	1 534
Гнойная хирургия	2 116	2 439	2 510
Травматология	2 178	2 342	2 222
Урология	2 623	2 862	2 906
Нейрохирургия	1 371	1 364	1 363
Гинекология	4 838	5 207	5 569
Педиатрия	3 270	3 011	3 263
Перинатальный центр	5 164	7 722	9 406
Всего	43 872	46 834	53 432



Рисунок 8 — Распределение пациентов по профилям заболеваний за 2017 год (%)



Рисунок 9 - Распределение пациентов по профилям заболеваний за 2018 год (%)



Рисунок 10 — Распределение пациентов по профилям заболеваний за 2019 год (%)

В 2018 году в кардиологическом отделении стационарное лечение было оказано 5 980 пациентам, что составило 13% от общего числа пролеченных в стационаре. В региональном сосудистом центре больницы, осуществляющем медицинскую помощь по профилям кардиология и неврология, прошли лечение 10 660 пациентов, что составило 23% от общего числа пролеченных в стационаре и было на 829 пациентов больше, чем в 2017 году.

В 2017 году в отделении кардиологии прошли лечение 5 247 пациентов, что составило 12% от общего числа пролеченных в стационаре. В региональном сосудистом центре прошли стационарное лечение 9 831 пациент, что составило 22% от общего числа пролеченных пациентов в стационаре.

Как показал анализ распределения пациентов по профилю при госпитализации, лидирующие позиции занимают: кардиологическое отделение — 12%, 13% и 11% соответственно по годам; терапевтическое отделение — 12%, 8%

и 13% соответственно по годам и отделение общей хирургии — 12%, 11% и 9% соответственно по годам.

Однако, кардиологический профиль неизменно занимает первое место, в связи с чем был сделан акцент на региональный сосудистый центр, в котором проходил лечение каждый пятый пациент, причем основную долю составляли пациенты неврологического и кардиологического профиля, что отражено в таблице 6 и на рисунках 11–13. Пациенты регионального сосудистого центра были представлены в основном лицами пожилого и старческого возраста, неврологическая патология для которых является одной из основных в структуре возраст-ассоциированной патологии.

Таблица 6 — Динамика числа пациентов, пролеченных в РСЦ и в целом по больнице за 2016- 2019 гг. (абс. число)

Профили заболеваний	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Кардиология	5 260	5 247	5 980	5 949
Неврология	4 555	4 584	4 680	4 839
Сосудистая хирургия	-	-	620	1 534
Нейрохирургия	1 280	1 371	1 364	1 363
Итого:	11 095	11 202	12 644	13 685
Всего пациентов, прошедших лечение в ГKB	43 574	43 872	46 834	53 432

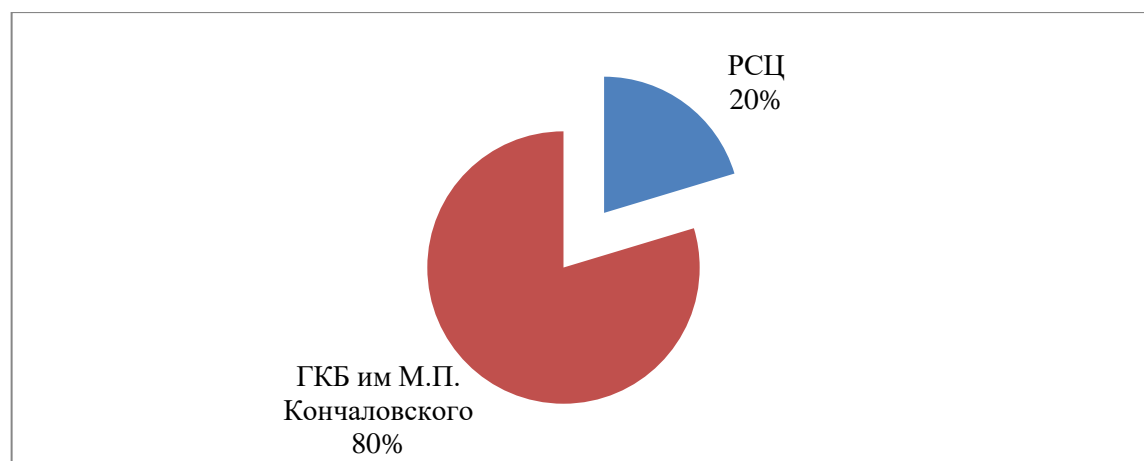


Рисунок 11 — Доля пациентов, пролеченных в РСЦ за 2017 год (%)

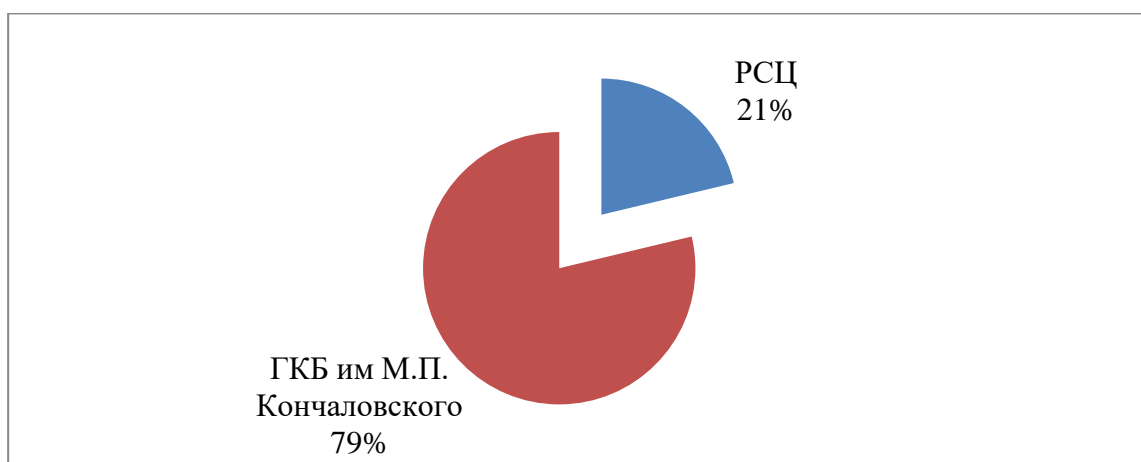


Рисунок 12 — Доля пациентов, пролеченных в РСЦ за 2018 год (%)

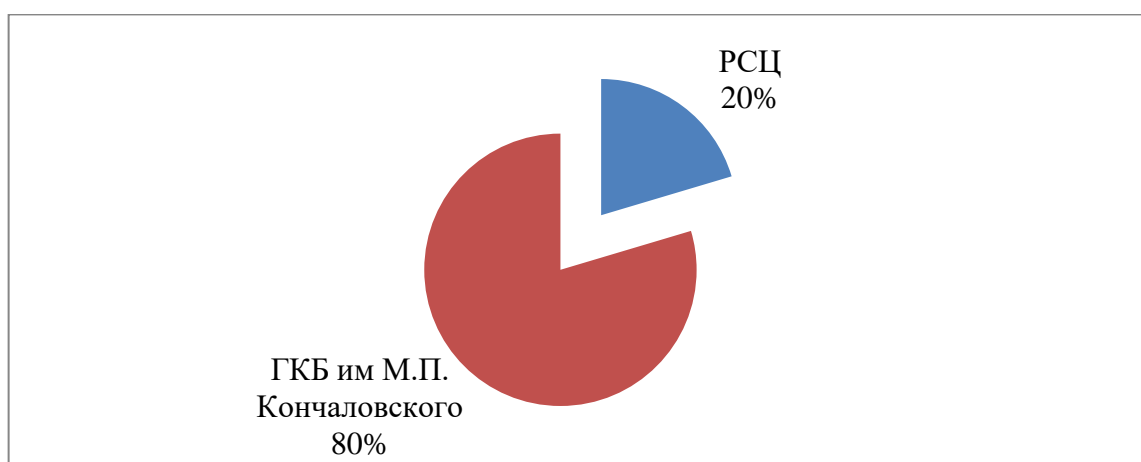


Рисунок 13 — Доля пациентов, пролеченных в РСЦ за 2019 год (%)

На представленных рисунках 11, 12, 13 видно, что доля пациентов, пролеченных в региональном сосудистом центре больницы от общего числа пролеченных в больнице за год пациентов за период с 2017 год по 2019 гг. была практически одинаковой и составляла 20–21%. Среди четырех профилей медицинской помощи, оказываемой региональным сосудистым центром — кардиология, неврология, сосудистая хирургия и нейрохирургия, около половины (44,0 - 47,0%) пациентов сосудистого центра получают медицинскую помощь по профилю кардиология.

Таким образом, проведенный анализ деятельности регионального сосудистого центра в структуре городского многопрофильного стационара за 2017–2019 гг. показал, что кардиологическая патология является лидирующей при госпитализации пациентов в стационар, на долю пациентов с этим видом патологии приходится 11-13% от общего числа госпитализированных пациентов. РСЦ оказывает медицинскую помощь по четырем профилям заболеваний — кардиология, неврология, сосудистая хирургия и нейрохирургия, ежегодно через него проходит 20-21% от общего числа пациентов, госпитализированных в стационар, причем около половины пациентов регионального сосудистого центра получают медицинскую помощь по профилю кардиология (44,0-47,0%).

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРОВ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

4.1. Сравнительный анализ медико-социальной характеристики пациентов с острым инфарктом миокарда различных возрастных групп

Составление медико-социального портрета пациента с острым инфарктом миокарда заключалось в изучении медико-социальных характеристик пациента, получающего медицинскую помощь в отделении кардиологического профиля. Цель данного раздела исследования заключалась в обосновании мультидисциплинарного подхода в лечении и реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.

Исследование выполнено на базе кардиологического отделения ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ». Было проведено анкетирование среди 1243 пациентов с инфарктом миокарда, поступивших в отделение за период с 2016 по 2019 гг., из которых 1 173 (94,3%) пациента были подвергнуты оперативному лечению методом чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в региональном сосудистом центре стационара.

Опрос проводился по специально разработанной анкете, представленной в Приложении А.

Большинство пациентов с инфарктом миокарда составляли мужчины 61,5% (764), женщины - 38,5% (479). Средний возраст мужчин и женщин с инфарктом миокарда составил 61,8 года и 73,4 года соответственно. Из общего числа пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение за период с 2016 по 2019 гг. (1 243 пациента), большая часть (908 пациентов) приходилась на лиц пожилого и старческого возраста 68,0% - 78,0%, что отражено в таблице 7.

Таблица 7 — Общее число пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в кардиологическое отделение за 2016-2019 гг.

Пациенты	2016г	2017г	2018г	2019г	Всего
Общее число пациентов с ОИМ, абс. число	283	321	317	322	1243
Число пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста, абс. число	210	233	247	218	908
Доля пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста, %	74	72,5	77,9	67,7	73,0

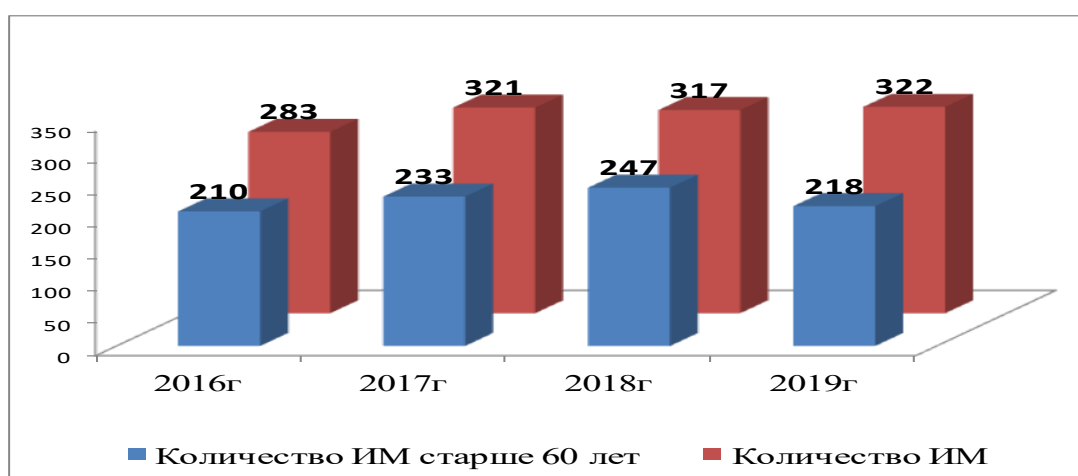


Рисунок 14 — Общее число пациентов с ИМ, госпитализированных в кардиологическое отделение за 2016-2019 гг.

Основные социальные характеристики пациентов с ОИМ, госпитализированные в кардиологическое отделение, были представлены следующими показателями: жители города составили 86,6% (1076), имели высшее образование 67,3% (837) и среднее образование – 17,5% (218), пенсионеры — 63,1% (785), одинокие лица — 38,8% (483), отмечали необходимость в уходе после оперативного лечения — 31,1% (387), не имели вредных привычек — 21,3% (265).

Медицинские характеристики пациентов с ИМ были представлены следующими сопутствующими заболеваниями: 77,0% (957) пациентов длительное время имели гипертоническую болезнь, 59,8% (744) имели инвалидность, у 52,45% (652) ранее был диагностирован сахарный диабет 2-го типа, у 46,2% (575) ранее диагностирована аритмия сердца, у 34,7% (431) выставлялся диагноз

хронической ишемии головного мозга, 15,8% (197) проходили стационарное лечение по поводу острого нарушения мозгового кровообращения, что представлено в таблице 8.

Таблица 8 — Медико-социальная характеристика больных с инфарктом миокарда, поступивших в кардиологическое отделение за период с 2016 по 2019 гг.

Характеристики	Число пациентов	
	абс. число	на 100 пациентов
Всего пациентов с ИМ	1243	-
Медицинская характеристика		
Гипертоническая болезнь	957	77,0
Сахарный диабет 2-го типа	652	52,4
Аритмия в анамнезе	575	46,2
Хроническая ишемия головного мозга в анамнезе	431	34,7
ОНМК в анамнезе	197	15,8
Инвалидность	744	59,8
Социальная характеристика		
Жители города	1076	86,6
Высшее образование	837	67,3
Среднее образование	218	17,5
Пенсионер	785	63,1
Одинокие	483	38,8
Необходимость в уходе после операции	387	31,1
Без вредных привычек	265	21,3

Проведен сравнительный анализ медико-социальных характеристик пациентов различных возрастных групп — молодого и среднего возраста, с одной стороны, и пациентов пожилого и старческого возраста, с другой.

Средний возраст пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, проходивших лечение в кардиологическом отделении за период с 2016 по 2019 гг., а также их распределение по полу представлено в таблице 9.

Таблица 9 — Возрастно-половая характеристика пациентов с инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста, проходивших лечение в кардиологическом отделении с 2016 по 2019 гг.

Годы	Мужчины и женщины		Женщины			Мужчины		
	Всего	Средний возраст, лет (M±σ)	Абс. число	%	Средний возраст, лет (M±σ)	Абс. число	%	Средний возраст, лет (M±σ)
2016г	210	73,5±7,2	98	46,7	75,8±7,1	112	53,3	71,4±7,3
2017г	233	73,8±7,2	120	51,5	76,4±7,1	113	48,5	71,0±7,0
2018г	247	73,1±7,1	132	49,8	76,1±7,2	115	50,2	69,6±7,3
2019г	218	73,7±7,3	106	48,6	76,9±7,1	112	51,4	70,7±7,2
Всего	908	73,5±7,18	456	50,2	76,3±7,2	452	49,8	70,7±7,17

Медико-социальная характеристика пациентов с ОИМ этой возрастной группы представлена в таблице 10.

Среди пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ мужчины и женщин составляли примерно одинаковое число – 456 и 452 пациента соответственно. Средний возраст женщин с ИМ отличался от мужчин среднего возраста с ОИМ – 76,3 и 70,7 года соответственно.

Таблица 10 — Медико-социальная характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с ИМ, проходивших лечение в кардиологическом отделении с 2016 по 2019 гг.

Характеристики	Число пациентов	
	абс. число	на 100 пациентов (%)
Всего пациентов с ОИМ	908	-
Медицинская характеристика		
Гипертоническая болезнь	749	82,5
Сахарный диабет 2-го типа	548	60,4
Аритмия в анамнезе	445	49,0
Хроническая ишемия головного мозга в анамнезе	395	43,6
ОНМК в анамнезе	159	17,5

Инвалидность	553	61,0
Социальная характеристика		
Жители города	758	83,5
Пенсионер	662	73,0
Высшее образование	630	69,4
Среднее образование	167	18,5
Одинокие	381	42,0
Необходимость в уходе после операции	354	39,0
Без вредных привычек	245	27,0

Основные медико-социальные характеристики пациентов пожилого и старческого возраста представлены следующими показателями: жители города составили 83,5% (758) пациентов, имели высшее образование 69,4% (630), и среднее образование 18,5% (167), пенсионеры 63,1% (785), одинокие пациенты – 42,0% (381), отмечали необходимость в уходе после выполнения оперативного лечения 39,0% (354) и утверждали, что не имели вредных привычек 27,0% (245) пациентов.

Основные медико-социальные характеристики пациентов молодого и среднего возраста представлены в таблице 11. В данной возрастной группе всего пациентов с ОИМ, проходивших лечение в кардиологическом отделении за четыре года составило 335 человек или 26,9% от общего числа пациентов с ОИМ. Среди пациентов с ОИМ - жители города составили 88,6% (297), имели высшее образование 74,0% (248) и среднее образование 23,8% (80), без вредных привычек – 31,3% (105). Значительно меньшую долю по сравнению с больными старших возрастных групп составили одинокие пациенты – 20,2% (68) и пациенты, нуждающиеся в уходе после оперативного вмешательства - 3,5% (12).

Среди пациентов с ИМ молодого и среднего возраста значительно реже встречались сопутствующие заболевания, по сравнению с пациентами с ОИМ пожилого и старческого возраста.

Таблица 11 — Медико-социальная характеристика пациентов с ОИМ молодого и среднего возраста, проходивших лечение в кардиологическом отделении с 2016 по 2019 гг.

Характеристики	Число пациентов	
	абс. число	на 100 пациентов (%)
Всего пациентов с ИМ	335	-
Медицинская характеристика		
Гипертоническая болезнь	164	48,9
Аритмия в анамнезе	97	29,0
Сахарный диабет 2-го типа	50	15,0
ОНМК в анамнезе	21	6,2
Хроническая ишемия головного мозга в анамнезе	17	5,0
Инвалидность	31	9,2
Социальная характеристика		
Пенсионер	0	0
Одинокие	68	20,2
Жители города	297	88,6
Высшее образование	248	74,0
Среднее образование	80	23,8
Необходимость в уходе после операции	12	3,5
Без вредных привычек	105	31,3

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто среди пациентов данных возрастных групп определялась гипертоническая болезнь – 48,9% (164), аритмия – 29,0% (97) и сахарный диабет второго типа – 15,0% (50).

Так, артериальная гипертензия в молодом и среднем возрасте встречалась на 30% меньше, чем в группе пациентов с ОИМ до 60 лет. Дисциркуляторная энцефалопатия у пациентов с ОИМ молодого и среднего возраста встречалась крайне редко по сравнению с пациентами с ОИМ старшей возрастной группы (5,0% по сравнению с 43,6%). Это же относилось и к инсультам (6,2% по сравнению с 17,5%). Инвалидность среди пациентов с ОИМ молодого и среднего возраста встречалась в 6,6 раз реже, по сравнению с пациентами с ОИМ старших возрастных групп (9,2% по сравнению с 61,0%).

Таким образом, из 1 243 пациентов с инфарктом миокарда, лечившихся в кардиологическом отделении стационара ГБУЗ «ГКБ

им. М.П. Кончаловского ДЗМ» с 2016 по 2019 гг., большую часть составили пациенты пожилого и старческого возраста – 73,1% (908).

Основные медико-социальные характеристики этих пациентов: примерно одинаковое число мужчин и женщин – 49,8% и 50,2% соответственно; средний возраст пациентов – 73,5 года, причем средний возраст женщин на 5,6 года больше по сравнению с мужчинами – 76,3 и 70,7 года соответственно. Большинство из числа пациентов с ИМ старших возрастных групп были жителями города - 83,5%, без вредных привычек - 83,0%, пенсионеры - 73,0%, имели высшее образование- 69,4%, значительная часть из них были одинокими (42,0%) и нуждались в уходе после оперативного вмешательства (39,0%).

Среди пациентов старших возрастных групп с ОИМ имели инвалидность более половины (61,0%), значительное их число имели сопутствующие заболевания – гипертоническую болезнь (82,5%), сахарный диабет второго типа (60,4%), аритмию в анамнезе (49,0%), хроническую ишемию головного мозга (43,6%), инсульты в анамнезе (17,5%).

4.2. Распространенность основной возраст-ассоциированной патологии среди лиц пожилого и старческого возраста

В ходе научного исследования проведен анализ сопутствующей возраст-ассоциированной патологии среди пациентов с ОИМ, проходивших лечение в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» с акцентом на неврологическую патологию и представлен в таблицах 12, 13.

Таблица 12 — Сопутствующая неврологическая патология у пациентов с ИМ, проходивших лечение в кардиологическом отделении с 2016 по 2019 гг.

Неврологическая патология	2016г	2017г	2018г	2019г
Всего пациентов с ОИМ	283	321	317	322
Дисциркуляторная энцефалопатия (%)	142 (50,2)	96 (30)	78 (24,6)	79 (24,5)
Выявление значимого атеросклероза брахиоцентральных артерий (%)	0	46 (14,3)	53 (16,7)	64 (19,8)

Продолжение таблицы 12

Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (%)	42 (14,8)	36 (11,2)	45 (14,2)	36 (11,2)
Гипертонический криз с неврологической симптоматикой (%)	0	39 (12,1)	51 (16,1)	28 (8,6)
Острое нарушение мозгового кровообращения в раннем послеоперационном периоде (%)	3 (1,06)	4 (1,2)	2 (0,63)	3 (0,9)

Таблица 13 — Сопутствующая неврологическая патология у пациентов с ОИМ в возрасте старше 60 лет, проходивших лечение в кардиологическом отделении с 2016 по 2019 гг.

Неврологическая патология	2016 г	2017г	2018 г	2019 г
Всего пациентов с ОИМ	210	233	247	218
Дисциркуляторная энцефалопатия (%)	128 (60,9)	162 (69,5)	132(53,4)	125(57,3)
Выявление значимого атеросклероза брахиоцентральных артерий (%)	0	57 (24,5)	68 (27,5)	79 (36,2)
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (%)	53 (25,2)	45 (19,3)	52 (21,1)	47 (21,6)
Гипертонический криз с неврологической симптоматикой (%)	0	51 (21,9)	65 (26,3)	42 (19,3)
Острое нарушение мозгового кровообращения в раннем послеоперационном периоде (%)	8 (3,8)	11 (4,7)	10 (4,0)	9 (4,1)

Как следует из таблиц 12, 13, наибольшее число пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста госпитализировались в стационар с сопутствующей неврологической патологией или имели острые нарушения мозгового кровообращения в ранний послеоперационный период.

Наличие сопутствующей неврологической патологии оказывает значительное негативное влияние как на течение основного заболевания, так и на общее состояние пациента в целом, что в свою очередь требует специального профессионального подхода к пациенту на дооперационном и послеоперационном этапах со стороны такого специалиста мультидисциплинарной бригады, как невролог. Учитывая частое развитие острого нарушения мозгового

кровообращения непосредственно в рентгенооперационной или же в раннем послеоперационном периоде, участие специалиста невролога для пациента жизненно необходимо.

Своевременная оценка состояния пациента и выявление специфических клинических симптомов со стороны нервной системы специалистом неврологом позволяет своевременно диагностировать у пациента критические стенозы брахиоцефальных артерий, что в свою очередь позволяет отнести пациента в группу риска по развитию ОНМК и принять в последующем необходимые меры, в том числе хирургические, для предотвращения развития ОНМК.

При этом данная диагностика и лечение с последующим выбором тактики ведения пациента должна проводиться при непосредственном участии врача сердечно-сосудистого хирурга.

Более того, в дальнейшем эти пациенты должны быть внесены в регистр (в Зеленоградском административном округе, на базе ГБУЗ «ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ» и прикрепленных пяти поликлинических отделений округа, был создан регистр пациентов с инфарктом миокарда, проживающих в данном округе, с целью обеспечения преемственности в наблюдении и лечении таковых) пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых катастроф, что позволяет обеспечить их динамическое наблюдение в амбулаторном звене.

В таблицах 14, 15 приведены осложнения, которые развились у пациентов с инфарктом миокарда в раннем послеоперационном периоде и требовали непосредственного вмешательства сердечно-сосудистого хирурга.

Таблица 14 — Характеристика осложнений среди пациентов с ОИМ, проходивших лечение в кардиологическом отделении в период с 2016 по 2019 гг.

Осложнения ЧКВ	2016 г	2017 г	2018 г	2019 г
Всего пациентов с ОИМ	283	321	317	322
Гемотампонада (%)	5 (1,7)	4 (1,2)	2 (0,6)	4 (1,2)
Артерио-венозное соустье в месте пункции артерии (%)	3 (1,0)	4 (1,2)	2 (0,6)	5 (1,5)
Механические осложнения ИМ (%)	6 (2,1)	8 (2,5)	7 (2,2)	9 (2,8)
Рекомендовано АКШ (%)	18 (6,3)	23 (7,1)	17 (5,3)	21 (6,5)

Таблица 15 — Характеристика осложнений среди пациентов с ОИМ старше 60 лет, проходивших лечение в кардиологическом отделении за период с 2016 по 2019 гг.

Осложнения ЧКВ	2016 г	2017 г	2018 г	2019 г
Всего пациентов с ОИМ	210	233	247	218
Гемотампонада (%)	4 (1,9)	3 (1,3)	2 (0,8)	3 (1,4)
Артерио-венозное соустье в месте пункции артерии (%)	3 (1,4)	3 (1,3)	2 (0,8)	4 (1,8)
Механические осложнения ИМ (%)	5 (2,4)	7 (3,0)	6 (2,4)	8 (3,7)
Рекомендовано АКШ (%)	16 (7,6)	20 (8,5)	15 (6,0)	19 (8,7)

Участие сердечно-сосудистого хирурга также незаменимо и в операционной после выполнения диагностической коронароангиографии и получении результатов многососудистого и/или многоуровневого поражения коронарного русла. Непосредственно в рентгеноперационной специалистами мультидисциплинарной бригады, включающей врачей кардиолога, эндоваскулярного хирурга и сердечно-сосудистого хирурга, принималось единственно верное решение о дальнейшей тактике ведения пациента, определялась инфаркт-связанная артерия, выносилось решение о рекомендации пациенту дополнительного обследования после выполнения стентирования в виде проведения нагрузочного теста, стентирование другой коронарной артерии в отсроченном периоде или АКШ, что отражено в таблице 16.

Таблица 16 — Неотложные состояния, возникшие у пациентов с ОИМ на госпитальном этапе лечения и потребовавшие вмешательства кардиореаниматолога, по данным за 2016-2019 гг.

Неотложные состояния	2016 г	2017 г	2018 г	2019 г
Всего ОИМ	283	321	317	322
Сердечно-легочная реанимация (%)	24 (8,4)	21 (6,5)	33 (10,4)	18 (5,5)
Жизнеугрожающие аритмии (желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков) (%)	32 (11,3)	42 (13,0)	31 (9,8)	26 (8,0)

Временная эндокардиальная стимуляция (%)	11 (3,8)	19 (5,9)	23 (7,2)	26 (8,0)
--	----------	----------	----------	----------

Результаты анализа распространенности возраст-ассоциированной патологии у пациентов с ИМ различных возрастных групп, проходивших лечение в кардиологическом отделении за период с 2016 по 2019 гг., представлены в таблице 17.

Таблица 17 — Неотложные состояния, возникшие у пациентов с ОИМ 60 лет и старше на госпитальном этапе лечения и потребовавшие вмешательства кардиореаниматолога по данным за 2016-2019 гг.

Неотложные состояния	2016 г	2017 г	2018 г	2019 г
Всего ОИМ	210	233	247	218
Сердечно-легочная реанимация (%)	22 (10,5)	19 (8,1)	30 (12,1)	16 (7,3)
Жизнеугрожающие аритмии (желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков) (%)	30 (14,3)	39 (16,7)	28 (11,3)	21 (9,6)
Временная эндокардиальная стимуляция (%)	9 (4,3)	16 (6,8)	20 (8,1)	22 (10,1)

В пожилом и старческом возрасте у пациентов с ОИМ достоверно чаще, чем у пациентов молодого и среднего возраста встречались: синдром гипомобильности — 48,2% и 23,6% соответственно, синдром когнитивных дисфункций — 38,9% и 2,9%, саркопения — 34,7% и 0,6%, мальнутриция — 29,3% и 12,1%, синдром падений — 11,3% и 2,8%, синдром нарушений мочеиспускания — 3,8% и 1,8%, деменция — 2,7% и 1,2% и синдром пролежней — 1,2% и 0,3% ($p < 0,05$).

В то же время, отдельные патологические состояния среди пациентов с ОИМ имели высокую распространенность независимо от их пациентов. Это состояния, связанные с неврологическими нарушениями — психологические проблемы (76,0% и 72,0%), тревожно-депрессивный синдром (38,2% и 36,4%) и синдром нарушения сна (29,2% и 28,5%), что представлено в таблице 18.

Таблица 18 — Сравнительный анализ распространённости возраст-ассоциированной патологии среди пациентов с острым инфарктом миокарда различных возрастных групп (на 100 пациентов)

Патологические состояния	Пациенты в возрасте до 60 лет	Пациенты в возрасте 60 лет и старше
Психологические проблемы	72,0	76,0
Синдром гипомобильности	23,9	48,2*
Когнитивные дисфункции	2,9	38,9*
Тревожно-депрессивные расстройства	36,4	38,2
Саркопения	0,6	34,7*
Мальнутриция	12,1	29,3*
Нарушение сна	28,5	29,1
Болевой синдром	15,4	16,0
Падения	2,8	11,3*
Обстипационный синдром	4,9	5,9
Нарушения мочеиспускания	1,8	3,8*
Синдром деменции	1,2	2,7*
Пролежни	0,3	1,2*

*) достоверные различия между пациентами пожилого и старческого (60 лет и старше) и возраста и пациентами молодого и среднего возраста (младше 60 лет), $p < 0,05$.

В ходе исследования был проведен анализ экстренных ситуаций при поступлении пациентов пожилого и старческого возраста в РСЦ стационара с диагнозом острого коронарного синдрома.

Под наблюдением находилось 3 560 пациентов в возрасте от 60 лет до 91 года, средний возраст 73,5 года, госпитализированных в РСЦ стационара с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). С диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС) поступили: нестабильная стенокардия – 1363 чел. (38,3%) и острый инфаркт миокарда 908 чел. (25,5%), с диагнозом АВ блокада II-III степени или бради-форма фибрилляции предсердий с приступами МЭС или эквивалентами МЭС – 377 человек (10,6%), инфаркт миокарда второго типа – 302 человека (8,5%) гипертонический криз 74 человека (2,1%), ТЭЛА 149 человек (4,2%), хроническая сердечная недостаточность с приступами сердечной астмы 227 чел (6,4%), с пароксизмом фибрилляции предсердий 153 человек (4,3%), что отражено на рисунке 15.

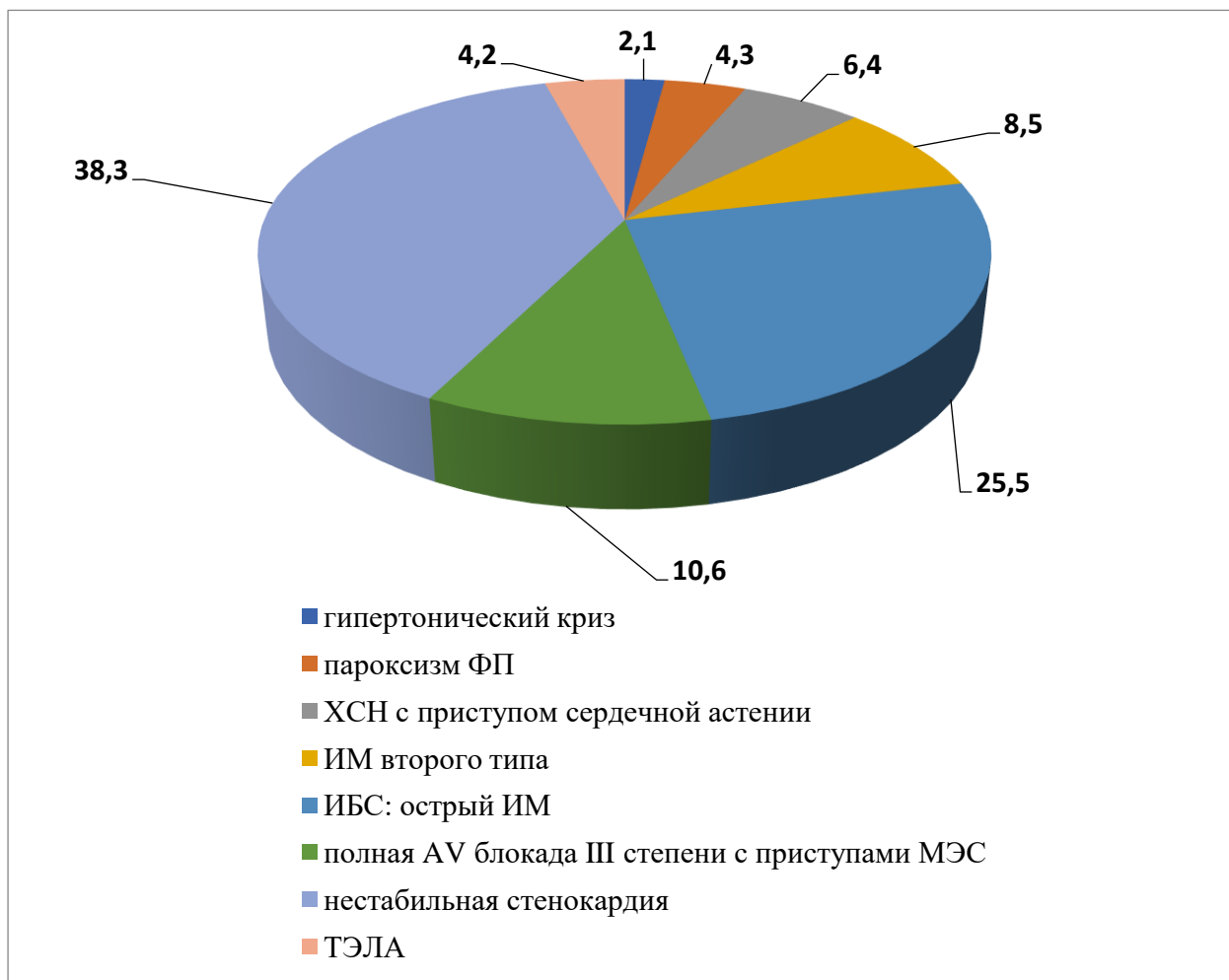


Рисунок 15 — Структура неотложных состояний, по которым были госпитализированы пациенты пожилого и старческого возраста в РСЦ за период с 2016 по 2019 гг. (%)

Структура сопутствующей патологии среди пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, поступивших в РСЦ, представлена на рисунке 16. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдались у 235 пациентов (25,9%), патология нервной системы – у 151 пациента (16,7%), заболевание эндокринной системы – 118 пациентов (13,0%), поражения опорно-двигательного аппарата – 100 пациентов (11,1%), заболевания мочевыводящей системы – 100 пациентов (11,1%), заболевание органов дыхания – 67 пациентов (7,4%), анемия - 50 пациентов (5,6%), ожирение – 33 пациентов (3,7%), онкология – 17 пациентов (1,9%).

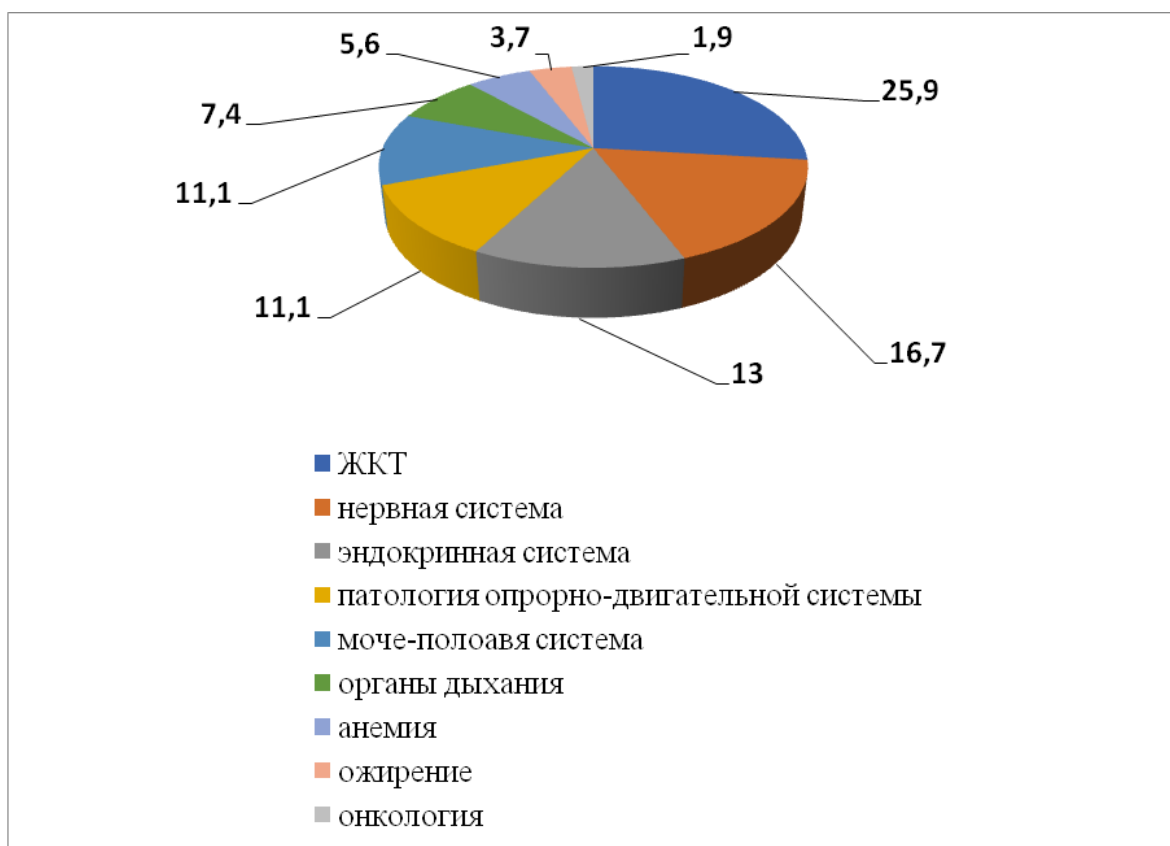


Рисунок 16 - Структура сопутствующей патологии среди пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, поступивших в РСЦ в период с 2016 по 2017 гг. (%)

Полученные выводы способствовали максимальному вниманию медико-организационным особенностям организации медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста в непосредственной клинической работе.

При изучении всех 908-ми случаев обеспечения медицинской помощью пациентов пожилого и старческого возраста и всех 96-ти случаев лечения пациентов группы среднего возраста при диагностированном остром первичном или повторном ОИМ оказалось, что возраст больного имел особенное значение в отношении назначения диагностических процедур и проведения специфического медикаментозного лечения, не исключая и возможного оперативного вмешательства.

Таким образом, 565-ти пациентам пожилого и старческого возраста (62,2%) из 908-ми была показана стандартная поэтапная медикаментозная терапия по профилю основного заболевания, остальные же пациенты этого возраста получали только симптоматическую терапию. Вместе с тем, из 96-ти больных среднего возраста 90 пациентам (86,5%) была назначена специализированная терапия, что оказалось статистически достоверно чаще, чем у больных пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$).

Клинический выбор врачей в пользу симптоматической терапии основывался на ряде причин, анализ которых представлен в таблице 19. Среди них оказались: хроническая сердечная недостаточность III степени и IV ФК, сопутствующий сахарный диабет 2-го типа инсулинопотребный, наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения, пожилой и старческий возраст, пребывание пациента на хроническом диализе при ХБП, тяжелые когнитивные расстройства, не позволяющие установить контакт с пациентом.

Необходимо отметить, что возраст, наличие сопутствующего сахарного диабета 2-го типа в стадии инсулинопотребности, перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, не были причинами отхода от медикаментозного специфического лечения больных группы среднего возраста, по сравнению с пациентами пожилого и старческого возраста.

Таблица 19 — Причины выбора симптоматической терапии (2016-2019 гг.)

Причины	Уровень значимости «р» (критерий V-Крамер)	
	Больные среднего возраста	Больные старшего возраста
Тяжелого когнитивное расстройство, препятствующее прямому контакту с больным	0,01	0,001
СД 2-го типа инсулинопотребный	0,1	0,001
ХСН III и ФКIV в анамнезе	0,006	0,004
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	0,2	0,02
Хронический диализ	0,01	0,03

Однако, при обработке документации медицинских карт пациентов старшей возрастной группы и анализе проводимой этим больным специализированной медицинской помощи (по направлению кардиологии), специалисты не использовали гериатрическую терминологию, а соответственно, выявлялись только основные возраст-ассоциированные синдромы, отдаленно связанные с ведущей патологией этих пациентов.

При этом, данные гериатрические синдромы в исследуемой медицинской документации выявлялись реже, чем позволяет мультидисциплинарный подход, научное обоснование которого представлено в следующих разделах работы.

Таким образом, в пожилом и старческом возрасте у пациентов с ИМ достоверно чаще, чем у пациентов молодого и среднего возраста встречались следующие сопутствующие основному заболеванию состояния: синдром гипомобильности – 48,2% и 23,6% соответственно, синдром когнитивных дисфункций – 38,9% и 2,9%, саркопения – 34,7% и 0,6%, проявления мальнутрици – 29,3% и 12,1%, пролежни – на 0,8%, дефекты мочеиспускания – на 2,0%, падения – 11,4% и 2,9%, синдром нарушений мочеиспускания – 3,9% и 1,9%, деменция – 2,7% и 1,2% и синдром пролежней – 1,2% и 0,3% ($p < 0,05$).

Наличие этих синдромов определяло тактику ведения пациентов с ИМ, которая менялась в зависимости от возраста пациентов. Стандартная этапная терапия по профилю основного заболевания назначалась пациентам с ИМ старших возрастных групп достоверно реже (62,3%), по сравнению с больными среднего возраста (62,5% и 86,5%, $p < 0,05$).

Кроме того, врачи-специалисты выявляли только основные возраст-ассоциированные синдромы и гораздо реже, чем позволяет мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с ОИМ старших возрастных групп.

4.3. Анализ потенциальных триггеров неблагоприятного течения острого инфаркта миокарда среди пациентов старших возрастных групп

При исследовании летальности от ОИМ среди пациентов пожилого и старческого возраста патоморфоз заключался в возрастающей доле женщин с

трудным течением ОИМ, повышенным возрастом умерших, доминированием трансмурального ОИМ у мужчин, особенно с частым среди фоновой патологии и наличием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа, или – наличие коморбидности этих пациентов.

Анализируя факторы риска среди умерших пациентов, следует выделить факторы, общие для мужчин и женщин, к числу которых относятся нарушение липидного обмена и артериальная гипертензия.

Факторами риска, повышающими вероятность смерти от ОИМ у мужчин являются курение, низкая приверженность лечению и позднее обращение к врачу, а у женщин – ожирение, осложненная наследственность и сахарный диабет, что отражено в таблице 20.

Таблица 20 — Факторы риска летального от ОИМ среди пациентов пожилого и старческого возраста в РСЦ за период 2016-2019 гг. (на 100 обследованных)

Факторы риска	Мужчины, n (r)	Женщины, n (r)
Курение	72 (0,6)	65 (0,3)
Ожирение	68 (0,7)	44 (0,4)
Отягощенная наследственность	87 (0,2)	74 (0,5)
Гипер- и дислипидемия	78 (0,4)	79 (0,4)
Заболеваемость ИБС более 15 лет	72 (0,1)	68 (0,5)
Позднее поступление в стационар (более 24 часов после дестабилизации ИБС)	47 (0,5)	62 (0,02)

Таким образом, анализ потенциальных триггеров неблагоприятного течения и исхода ОИМ у пациентов старших возрастных групп показал возраст 60 лет и старше у мужчин и 70 лет и старше у женщин.

Общими факторами риска для мужчин и женщин являются нарушения липидного обмена и артериальная гипертензия. Факторами риска у мужчин являются курение, низкая приверженность лечению и позднее обращение к врачу, а у женщин – ожирение, осложненная наследственность и сахарный диабет.

ГЛАВА 5. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ КОМАНДЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

5.1. Мультидисциплинарная сердечная команда как структурная единица регионального сосудистого центра

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной заболеваемости и смертности в современном мире. Борьба с болезнями сердечно-сосудистой системы по редукции смертности и заболеваемости построена на двух следующих концепциях.

Во-первых – это коррекция модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний за счет государственных программ в образовательной сфере, направленных на информирование граждан России и распространение и популяризацию здорового образа жизни, а также массовое обучение граждан основам оказания первой помощи.

Во-вторых – это профилактические мероприятия, включая терапевтические воздействия на когорту пациентов высокого и крайне высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений.

За последние 10 лет в Москве сделан существенный рывок вперед: проведена масштабная модернизация в системе здравоохранения города, стационары обеспечены новейшим оборудованием, медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями стала доступной и современной.

Дальнейшее совершенствование организации специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией в условиях стационара с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи - это

создание мультидисциплинарных бригад специалистов в структуре регионального сосудистого центра городской многопрофильной больницы.

Важной проблемой при оказании медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы является обеспечение помощью больным старшей возрастной группы с истинным (заподозренным врачом) острым коронарным синдромом (ОКС).

Постоянное совершенствование программы оказания помощи больным с острым коронарным синдромом осуществляется в том числе подробным и углубленным исследованием патогенеза заболевания и созданием новых алгоритмов терапии оказать терапевтических эффект, направленный на тот самый патогенез.

На основании данных, полученных L.M. Meltzer and B. Lown (1975) в 60-х – 70-х годах XX века, сделан вывод, что одной из главных причин ранней смерти при остром инфаркте миокарда является аритмия. Лечение (устранение) фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии во время оперативного вмешательства электрическим током (кардиоверсия или дефибрилляция) в исследованиях C.F. Beck (1956) и возможности предотвращения фатальных аритмий методом ЭКГ-мониторирования, целью которого является своевременное выявление аритмии и проведения лекарственной терапии с целью их нейтрализации – является одной из важнейших задач [28].

Таким образом, в медицине важнейшую роль в лечении таких пациентов стало играть отделение кардиореанимации – Coronary Care Units (CCU). D. Julian в 1961 году впервые провел исследование и описал работу кардиореанимации с проведением интенсивной терапии у пациентов с ИМ. Это исследование было выполнено и представлено в госпитале Сиднея. За последующие 5 лет лечение пациентов с ИМ в CCU оставалось единственным во всем мире.

Работа CCU обеспечила уменьшение летальности в стационаре у пациентов с ОИМ на 20% [28], что было, в первую очередь, достигнуто путем предотвращения развития жизнеугрожающих состояний (вплоть до смерти) за счет профилактики фибрилляции желудочков и желудочковых тахикардий, и

этому чуть в меньшей степени способствовали повышение качества динамического наблюдения за пациентами и уходом за ними.

В 80-х годах XX века произошел новый прорыв в лечении пациентов с инфарктом миокарда - введение в лечебную практику тромболитической терапии (ТЛТ), что ознаменовало начало второго этапа. Появление тромболитической терапии и ее широкое применение в практике медицинских учреждений позволило еще больше снизить летальность от ИМ.

Первые крупные многоцентровые исследования GISSI-1 (1986) и ISIS-2 (1988) показали эффективность применения ТЛТ.

Наряду с бурным ростом тромболитической терапии, в конце XX и начале XXI века, доказавшим свою эффективность в лечении мозговых катастроф, свою нишу заняли инвазивные процедуры в кардиологии: чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Применение ЧКВ при хронических и острых формах ишемической болезни сердца позволили значительно снизить заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда.

За последние 10 лет в московском регионе данные процедуры позволили статистически значимо снизить летальность от инфаркта миокарда с 16,5% до 7%.

В современной кардиологии ни один многопрофильный специализированный стационар, работающий по скорой помощи, не должен обходиться без отделения рентгенохирургии [28].

С 2008 года в рамках Национального проекта «Здоровье» в России началась работа по организации оказания медицинской помощи больным с острыми (как первичные, так и повторные) сердечно-сосудистыми заболеваниями (ОКС, ИМ, ОНМК). Была разработана новая, абсолютно современная и удовлетворяющая потребности медицины «сосудистая программа», в которую вошли: система транспортировки пациента (маршрутизация), широкое использование ТЛТ, в том числе еще на этапе доставки пациента в стационар, применение современных высокотехнологичных методов лечения и медикаментозной терапии у больных с ИМ. Вся эта система в настоящее время активно работает и развивается.

По всему миру открываются и работают региональные сосудистые центры, в которых выполняются экстренные рентгеноэндоваскулярные вмешательства у пациентов с ОИМ.

Так, основываясь на результатах мониторинга имеющихся в нашей стране региональных сосудистых центров, проводимого Минздравом России, количество выполненных рентгеноэндоваскулярных вмешательств у пациентов с ИМ и ОКС в 2009 году составило 19 815, а уже в 2011 году данный показатель увеличился в 2,8 раза и составил 55 228, при этом госпитальная смертность от ИМ за 2009 — 2011 гг. снизилась до 5,5%.

За двухлетний период (2010–2011 гг.) в регионах Российской Федерации, вошедших в «сосудистую программу», летальность от болезней системы кровообращения (БСК) сократилась на 11,4%, в то время как в других субъектах Российской Федерации (не вошедших в программу) — на 2,9%.

Полученные результаты свидетельствует о неоспоримой пользе «сосудистой программы» в снижении летальности от болезней системы кровообращения в нашей стране.

В 2016 году в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» был открыт региональный сосудистый центр, который вошел в состав «инфарктной сети» г. Москвы как центр с возможностью оказания высокотехнологической специализированной (высококвалифицированной) медицинской помощи. Работа РСЦ строго регламентирована Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №918н"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями", а также рекомендациями Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC).

Проанализировав работу РСЦ за 2016 год и определив медико-социальный портрет пациентов с ИМ, получены следующие результаты: из всего числа пациентов с ИМ, проходивших стационарное лечение в РСЦ в 2016 году (283 пациента с ИМ), большинство пациентов были мужчинами 60,8% (n=172),

женщины составили 39,2% (n=111). Исследование показало, что, в большинстве случаев, пациент с инфарктом миокарда является возрастным коморбидным пациентом с наличием серьезной сопутствующей патологии.

Приняв во внимание вышперечисленное, с целью совершенствования медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда и увеличения оперативной активности, снижения летальности среди пациентов с ИМ, уменьшения времени «дверь-баллон» (время, затрачиваемое на подготовку пациента с ИМ к оперативному лечению), повышения качества лечения пациента и, как следствие, снижения времени пребывания пациента с ИМ в стационаре, основываясь на рекомендациях Европейского общества кардиологов (ESC, 2016), было принято решение о создании мультидисциплинарных бригад из числа сотрудников дежурных служб РСЦ.

Проведен анализ всех случаев оперативного лечения пациентов с ИМ (283 пациента), проходивших стационарное лечение в 2016 году в РСЦ ГБУЗ ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» [37]. Эти пациенты имели абсолютные показания к оперативному лечению, при этом, 40 из них не были прооперированы, оперативная активность составила 86%.

Анализ данных по проведенным оперативным вмешательствам среди пациентов с ИМ, по данным за 2016-2019 гг., представлен в таблице 21 и на рисунке 17. Все случаи без оперативного лечения пациентов с ИМ были проанализированы и сведены в таблицу в зависимости от причин, приведших к невыполнению оперативного лечения.

Таблица 21 — Количество пациентов с ОИМ, которые были прооперированы в РСЦ, по данным за 2016-2019 гг.

Показатель	Годы			
	2016г	2017г	2018г	2019г
Всего пациентов с ОИМ, абс. число	283	321	317	322
из них, было прооперировано, абс. число	243	298	312	320
Оперативная активность, %	86	93	98,5	99,5

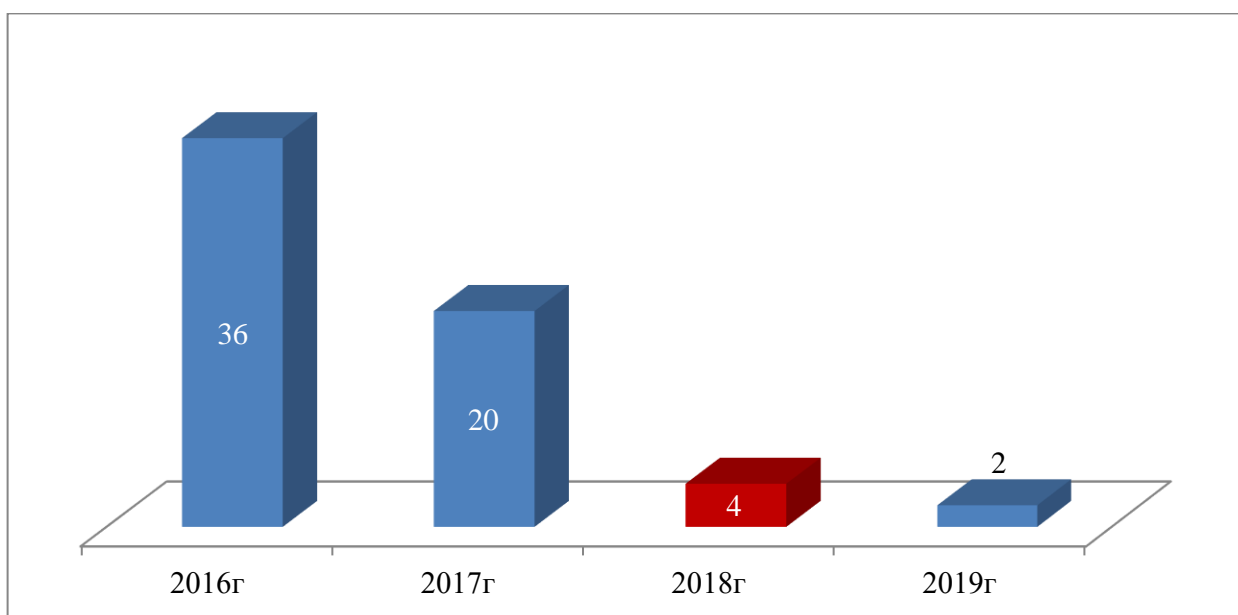


Рисунок 17 — Общее число пациентов с инфарктом миокарда без проведения чрескожного коронарного вмешательства (абс. число)

По определенным причинам (отказ пациента - 30, поздние сроки госпитализации - 4 и технические трудности - 5) не были проведены оперативные вмешательства среди больных пожилого старческого возраста, по результатам за 2016 год, что отражено в таблице 22.

Таблица 22 - Распределение пациентов пожилого и старческого возраста по причинам не проведения им оперативного вмешательства, по данным за 2016 год (абс. число)

Показатель	Количество
Всего пациентов с ОИМ, не подвергнутых оперативному лечению	36
Отказ пациента	30
Поздние сроки госпитализации пациентов с ОИМ	4
Технические трудности	2

Мультидисциплинарная сердечная команда (МСК) РСЦ — это обязательная организационно-штатная единица многопрофильного стационара, которая формируется с целью:

1) внедрения и применения на практике новейших методов диагностики и лечения пациентов с ИМ в первые часы развития заболевания;

- 2) своевременного восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии при ИМ;
- 3) снижения летальности от ИМ;
- 4) снижения объема пораженного миокарда при ИМ;
- 5) повышения экономической эффективности лечения пациентов с ИМ;
- 6) повышения эффективности реабилитационного лечения пациента с ИМ [37].

В состав МСК РСЦ входят на постоянной основе:

- врач кардиолог;
- врач рентгенхирург;
- сердечно-сосудистый хирург;
- врач УЗИ;
- невролог;
- кардиореаниматолог;
- медицинская сестра;
- другие специалисты по необходимости.

Мультидисциплинарный подход для оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста является чрезвычайно актуальным, поскольку с возрастом функциональные возможности организма закономерно угасают и потому пациенты старших возрастных групп подвержены большому числу заболеваний. Ввиду особенностей организма в этом возрасте возможны многочисленные осложнения любого заболевания.

Важным моментом является организация лечебно-диагностической, реабилитационной и медико-социальной помощи этой группе пациентов, чтобы они как можно дольше сохраняли физическую активность, не нуждаясь в постороннем уходе, что возможно только при комплексном междисциплинарном подходе.

В настоящее время необходимо внедрение принципа мультидисциплинарного подхода в гериатрии, так как это экономически выгодно;

повышает эффективность лечения и качество жизни пациента пожилого и старческого возраста.

Наибольший акцент в современном здравоохранении делается сейчас именно на экономическую составляющую и рациональное использование имеющихся ресурсов. С этих позиций мультисекторальный подход в лечении пациентов с ИМ в стационарных условиях является экономичным по следующим причинам:

1. Врач-руководитель МСК — одновременно ставит общую системную (стратегическую) задачу лечебно-диагностического процесса, медицинской реабилитации и задачу для каждого члена команды.

2. Легко и быстро определяется последовательность и приоритетность приемов (методик) лечебно-диагностического процесса и медицинской реабилитации, исключая неоправданные медико-экономические мероприятия.

3. Легко и быстро составляется индивидуальный график для пациента с учетом работы и необходимых периодов отдыха.

4. Специалисты МСК «учат» друг друга особенностям ведения каждого конкретного пациента пожилого и старческого возраста с возраст-ассоциированной патологией.

5. Расставляются все «красные» (противопоказания) и «желтые» (факторы риска) флаги при работе с пациентом.

6. Рекомендации пациенту даются согласовано и исключаются ситуации, противоречащие друг другу.

Как известно, успех восстановительного лечения нарушенных функций у пожилых больных в остром периоде инсульта зависит от правильной организации самого лечебно-диагностического и реабилитационного процесса. Вместе с тем, термин «реабилитация» часто понимается некоторыми специалистами как синоним физической терапии, включающей лечебную физкультуру, массаж и физиотерапию и, направляя больного к одному или нескольким специалистам, реализуется неверное представление об организации «реабилитации».

Однако эффективность самой реабилитации зависит от правильной координации и согласованности действий врачей многих специальностей. Обоснованность мультидисциплинарного подхода доказана в качественных рандомизированных исследованиях по ведению больных с инсультом, результаты которых продемонстрировали снижение летальности и инвалидизации пациентов до 30% [21; 88; 94; 105].

5.2. Функции мультидисциплинарной сердечной команды

В кардиологическом отделении РСЦ при ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» создана и работает одна мультидисциплинарная команда. Все участники мультидисциплинарной бригады коллективно определяют всю тактику диагностики и лечения пациента с острым инфарктом миокарда:

- определяют изначальное состояние больного, выявляют степень нарушения функций органов и систем организма;
- индивидуально для каждого пациента осуществляют перечень проблем;
- ставят цели в реабилитации (как краткосрочные, так и долгосрочные);
- четко определяют план необходимых реабилитационных процедур;
- проводят оценку эффективности от проводимых реабилитационных мероприятий;
- осуществляют координацию действий в бригаде.

В последние годы особое место в лечебно-диагностическом, а главное в реабилитационном процессе уделяется работе медицинской сестры, поскольку она непосредственно осуществляет непрерывное наблюдение за пациентом в течение 24 часов, выполняет назначения врача, то есть полностью включена в процесс повседневного общения с пациентом.

Таким образом, и от медицинской сестры напрямую зависит качество реабилитации пациента с ОИМ.

Для среднего медицинского персонала поставлены следующие задачи: обеспечить наблюдение круглосуточно за пациентом и непосредственно за его жизненными функциями, обеспечить удовлетворение физиологических потребностей, необходимость в безопасности, обеспечить выполнение мероприятий по профилактике осложнений и удовлетворение социальных потребностей.

Безусловно, профессиональный уход за пациентом — это целое искусство, а профессиональный уход за тяжелым больным — это максимально качественный уход.

Обязательными условиями качественного ухода являются: создание приемлемых условий пребывания для больного, деликатное и тактичное отношение к нему, готовность оказать качественную помощь своевременно. Главные современные принципы профессионального ухода — конфиденциальность, безопасность, недопущение развития инфекционных процессов, независимость, чувство достоинства, уважение.

Создание и регламент работы МСК РСЦ утверждены приказом главного врача больницы. Все специалисты МСК РСЦ работают по сменному графику [15, 37]. Старшим смены МСК РСЦ приказом назначается кардиолог отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля [15]. МСК РСЦ имеет собственное помещение (ординаторская смены МСК РСЦ), располагающееся на территории отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля [15]. Информация сотрудников скорой помощи о том, что в стационар транспортируется больной с ОКС, передается через специальную электронную систему, в которой описывается тяжесть пациента, характер ОКС и наличие осложнений [15].

Созданная МСК РСЦ объединяет специалистов разных профилей (не всегда смежных), которые действуют как единая команда с определенной выработанной согласованностью действий (алгоритм), что обеспечивает целенаправленный подход к выполнению поставленных задач в диагностике и лечении пациентов с ИМ, госпитализированных в стационар по каналу скорой медицинской помощи и

получающих высокотехнологичную медицинскую помощь, согласно порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями [33].

5.3. Обоснование оптимального алгоритма действий междисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда

Мультидисциплинарная сердечная команда реализует принцип современного мультидисциплинарного подхода к пациенту, при котором организована команда специалистов РСЦ, решающих определенную локальную задачу, но в целом осуществляющих комплексное лечение пациента с инфарктом миокарда на госпитальном этапе.

В состав мультидисциплинарной сердечной команды вошли следующие специалисты РСЦ:

- врач-кардиолог отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля,
- врач-невролог отделения реанимации и интенсивной терапии для больных [15] с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК),
- врач отделения функциональной диагностики (дежурный врач смены),
- врач рентген-эндоваскулярный хирург отделения рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения (ОРДЛ),
- врач-кардиолог отделения кардиологии для больных с ОИМ,
- сердечно-сосудистый хирург отделения кардиохирургии,
- медицинская сестра отделения реанимации интенсивной терапии для больных кардиологического профиля, знающая методики ухода за больными с ОИМ и их реабилитации [15, 37], что отражено на рисунке 18.

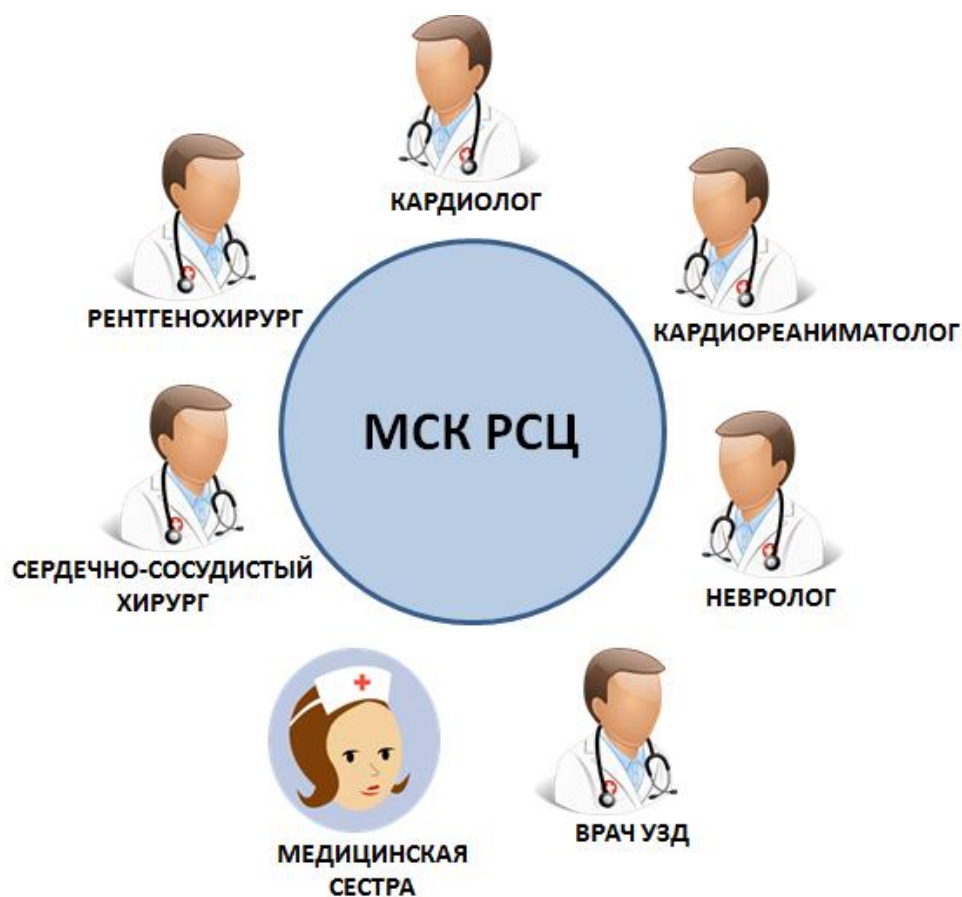


Рисунок 18 — Состав мультидисциплинарной сердечной команды регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара

Алгоритм работы МСК разделен на три этапа стационарного лечения пациента с ИМ.

Дооперационный этап начинается после госпитализации пациента с ОИМ в РСЦ, когда включается в работу специалисты МСК.

Второй этап – операционный, проходит в тесном взаимодействии с каждым членом команды.

Третий этап – послеоперационный, требующий активного участия всех специалистов МСК [15].

При транспортировке больного с ОКС в стационар, информация со скорой медицинской помощи передается через специальную электронную систему, в которой описывается тяжесть пациента, характер ОКС и наличие осложнений. Осмотр пациента с острым коронарным синдромом, госпитализированного по

каналу СМП «инфарктная сеть» осуществляется незамедлительно всеми специалистами МСК РСЦ (еще на каталке скорой медицинской помощи), где, параллельно с осмотром, медицинская сестра МСК РСЦ осуществляет регистрацию ЭКГ и забор крови, освобождение пациента от одежды и заполнение «чек-листа» пациента с ОКС [15]. Также во время осмотра, пациенту выполняется эхокардиография (ЭХО КГ) и ультразвуковая диагностика брахиоцефальной артерии (УЗДГ БЦА), не влияющее на время «дверь-проводник»), врачом функциональной диагностики МСК РСЦ [15].

По результатам физикального осмотра пациента, клинических данных, лабораторной инструментальной диагностики — принимается решение о дальнейшей маршрутизации пациента [15].

В случае подтверждения острой сердечной патологии пациент незамедлительно направляется в рентгенэндоваскулярную лабораторию в сопровождении врача и медицинской сестры МСК [15]. Также пациента осматривает врач эндоваскулярный хирург, оценивает зоны нарушения сократимости левого желудочка, выявленные при ЭХО-КГ (с целью определения симптом-связанной артерии), динамику на ЭКГ, выбирает место артериального интервенционного доступа.

Ежедневно, перед началом дежурства все сотрудники МСК проходят инструктаж, обсуждение пациентов с острой кардиологической патологией, находящихся на лечении в отделении кардиореанимации или переведенных в коечное отделение после выполненного ЧКВ [15].

Важной особенностью при поступлении пациента с ИМ в стационар является коллегиальный подход к диагностике сопутствующей патологии пациента с ОИМ, такой как острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), механические повреждения сердечной мышцы, которые могут быть распознаны на ранних этапах диагностики пациента.

Основные этапы работы междисциплинарной бригады при оказании медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, поступающих в региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара и маршрутизация пациента с ОИМ представлены на рисунках 19, 20, 21.

Госпитализация пациента с ОИМ в отделение кардиореанимации минуя приемное отделение бригадой СМП

Прием пациента с ОИМ в отделении кардиореанимации специалистами МСК в специальном оснащённом помещении

Работа специалистов МСК:

1. Оценка тяжести состояния пациента
2. Оценка витальных функций пациента
3. Сбор (при возможности) анамнеза пациента
4. Проведение дифференциальной диагностики ОИМ с другими жизнеугрожающими заболеваниями
5. Подтверждение или исключение диагноза ОИМ
6. Выявление сопутствующей патологий у пациента и оценка влияния их на его состояние.
7. Оказание реанимационных мероприятий (сердечно-легочная реанимация, интубация пациента, установка временной ЭКС) при необходимости.

Техническая работа с пациентом с ОИМ

1. Освобождение пациента от одежды
2. Обеспечение пациента вспомогательными средствами (кислород)
3. Регистрация ЭКГ, измерение АД, ЧСС, ЧД, SpO₂.
4. Забор крови: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, тропониновый тест, КЩС.
5. Подсоединение к пациенту монитора
6. Обеспечение пациенту венозного доступа (в случае его отсутствия) или проверка его проходимости (в случае установки его ранее)
7. Установка мочевого катетера

Выполнение ЭХО КГ и УЗИ органов брюшной полости и УЗИ сосудов шеи для исключения другой жизнеугрожающей патологии и исключения механических повреждений сердца (отрыв хорды клапана, разрыв сердечной мышцы) (если данная диагностика не увеличивает время до открытия инфаркт-зависимой артерии)

В случае подтверждения командой специалистов МДБ диагноза ОИМ и принятия решения о необходимости пациенту выполнения оперативного вмешательства, пациенту обеспечивается прием необходимых лекарственных препаратов (согласно национальным руководствам и международным рекомендациям)

Коллегиальное информирование и разъяснение пациенту специалистами МДБ о необходимости выполнения ему оперативного вмешательства (в случае необходимости такового) Оформление письменного информированного согласия пациента на оперативное вмешательство.

Транспортировка пациента с ИМ в рентгенооперационную персоналом отделения кардиореанимации в сопровождении врача.

Рисунок 19 — Основные этапы работы междисциплинарной бригады при оказании медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, поступающих в Региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара

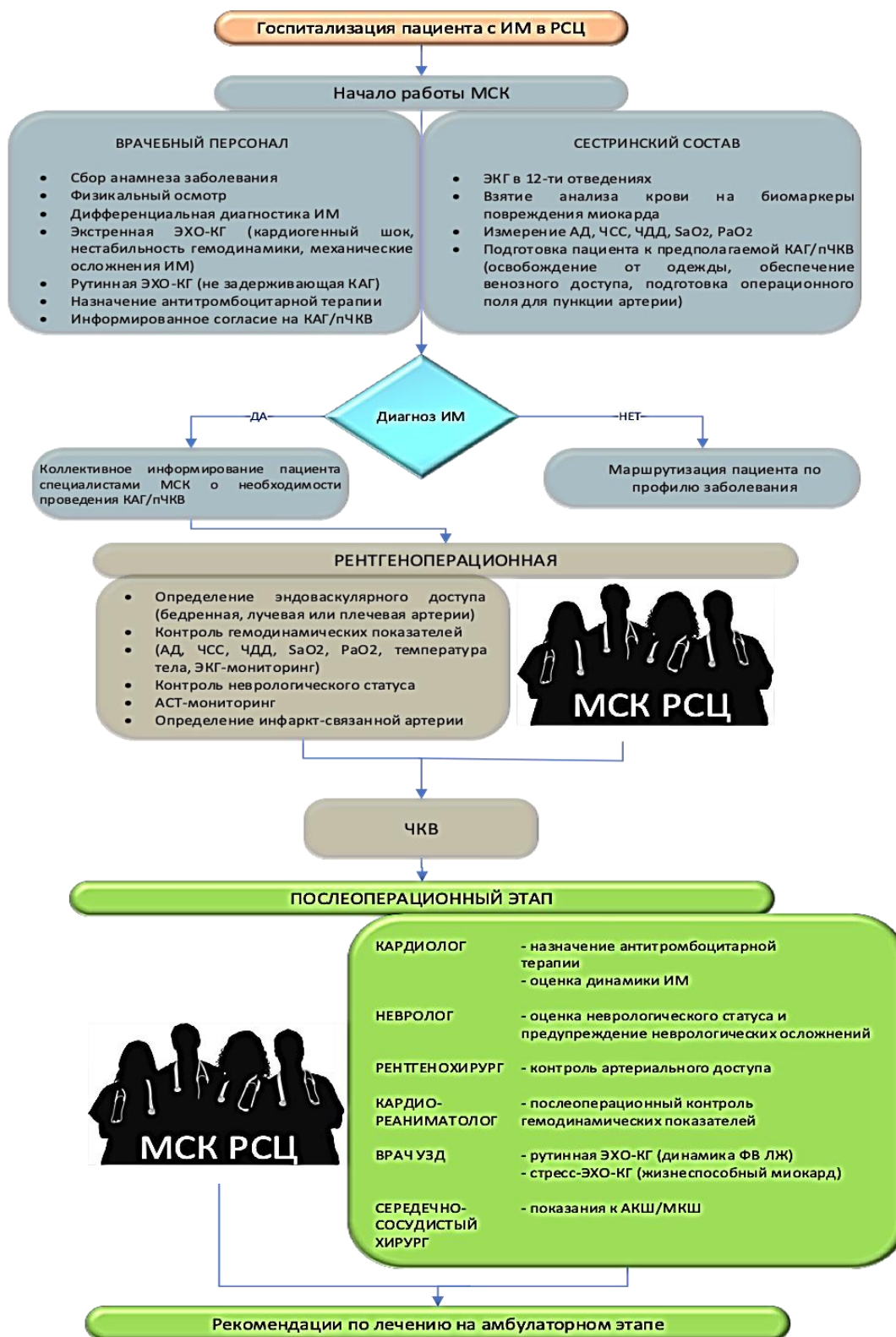


Рисунок 20 — Медико-организационная модель деятельности мультидисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда в условиях регионального сосудистого центра городского стационара

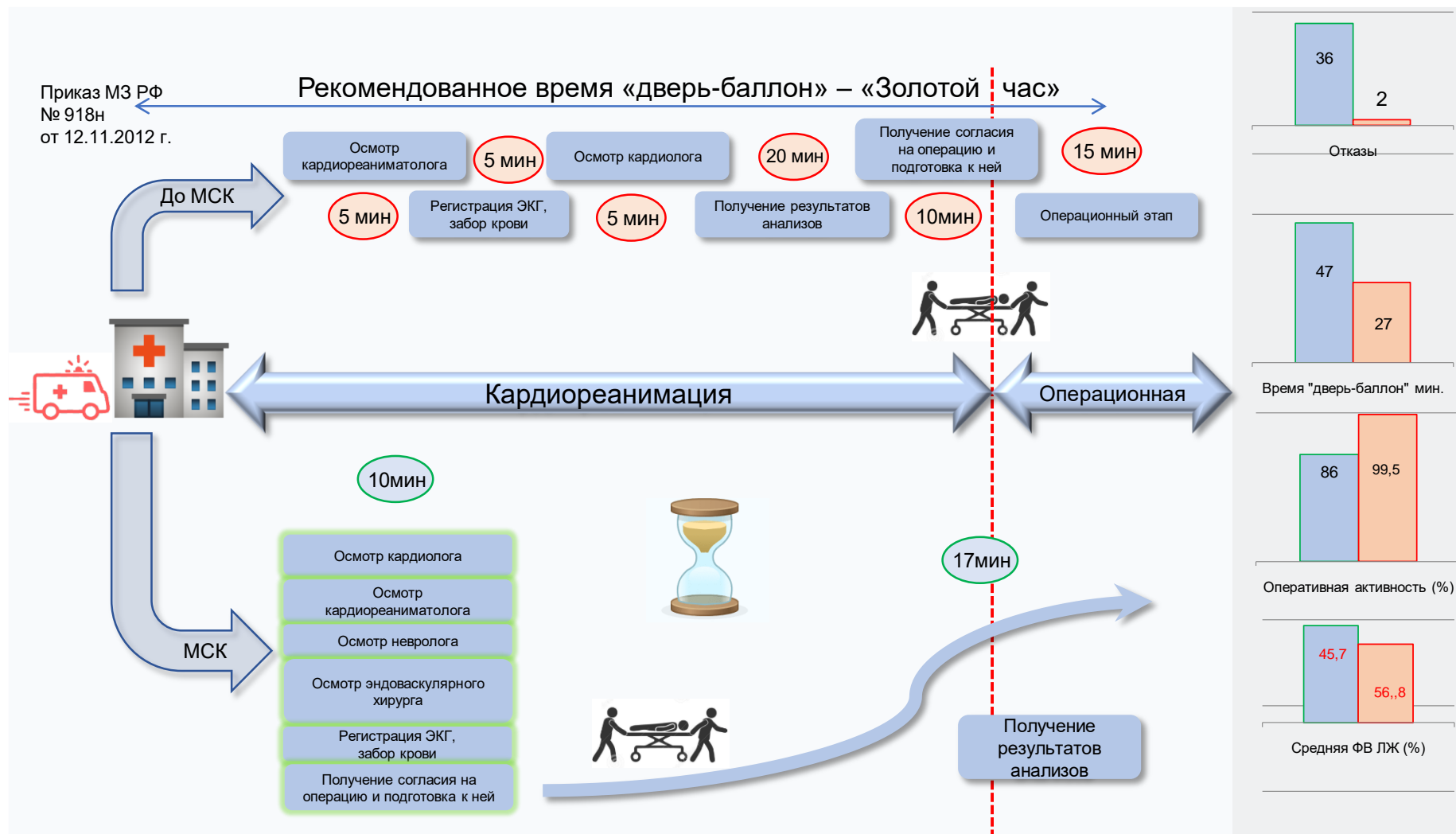


Рисунок 21 — Алгоритм действий специалистов РСЦ до внедрения МСК (сверху) и после внедрения МСК (нижняя половина рисунка) при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда

На рисунке 21 представлен алгоритм работы специалистов МСК, причем нижняя часть рисунка отражает алгоритм действий медицинского персонала до внедрения МСК в работу больницы.

Алгоритм имеет трехэтапную последовательность.

Первый этап — дооперационный, включает неотложное комплексное обследование и лечение пациента перед проведением предполагаемого интервенционного вмешательства.

Второй этап — интраоперационный, заключается в эндоваскулярном открытии инфаркт-связанной артерии.

Третий этап — послеоперационный, включающий наблюдение и лечение пациентов с инфарктом миокарда в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, предложенная концепция мультидисциплинарности заключается в коллегиальном принятии решения на всех этапах стационарного лечения и смене тактики ведения пациента с острым инфарктом миокарда с «последовательной», как представлено на верхней части слайда, на «параллельную», представленную в нижней части слайда.

В результате мультидисциплинарного подхода при лечении пациентов старших возрастных групп с ОИМ значительно (от 47 минут до 27 минут) сократилось время от поступления пациента в региональный сосудистый центр до начала оперативного вмешательства (время «дверь-баллон»), а также улучшились и другие показатели, характеризующие медицинскую эффективность лечения.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

6.1. Оценка медицинской эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда

Мультидисциплинарная сердечная команда (МСК) регионального сосудистого центра (РСЦ) объединяет врачей из разных областей, действующих одной командой с определенной последовательностью действий, что способствует более качественной диагностике и лечению пациентов с острым инфарктом миокарда, госпитализированных в стационар по каналу скорой медицинской помощи и получающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [33].

В рамках исследования проведен анализ медицинской эффективности внедрения мультидисциплинарной сердечной команды в деятельность РСЦ.

Начиная с 2017 года, отмечался значительный рост числа оперативных вмешательств, ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной артерии (ИСА) у пациентов, госпитализированных в РСЦ не только с острым инфарктом миокарда, но и у плановых пациентов, требующих реваскуляризации миокарда, что отражено в таблице 23.

Так, в 2017 году, по сравнению с 2016 годом, прирост числа операций чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) составил 42,0%, в 2018 году —

76,2% и в 2019 году — 107,7%. Это обусловлено, прежде всего, внедрением в процесс диагностики пациентов с коронароатеросклерозом специалистов междисциплинарной сердечной команды, действующих сообща с коллегиальным принятием решений.

Таблица 23 — Динамика числа экстренных и плановых операций ЧКВ в РСЦ, 2016-2019 гг. (абс. число)

Показатель	Годы							
	2016г		2017г		2018г		2019г	
Всего ОИМ	283		321		317		322	
Количество ЧКВ в РСЦ	374		531		659		777	
	243	131	298	233	312	347	320	457
Динамика в сравнении с 2016 годом, %	100		142,0		176,2		207,7	

Оценивая возрастной состав пациентов, которым были сделаны оперативные вмешательства до и после введения работы МСК, было выявлено, что средний возраст пациентов с ИМ остался без изменений (таблица 24), то есть в этой ситуации не наблюдается увеличения продолжительности здоровой жизни среди пациентов пожилого возраста. Также следует отметить, что примерно на одном уровне оставалась доля лиц с ОИМ пожилого и старческого возраста – 72–78% (таблица 23), то есть примерно четверть от общего числа пациентов с ОИМ приходилось на лиц трудоспособного возраста – в возрасте младше 60 лет.

Таблица 24 — Динамика среднего возраста пациентов с ОИМ, проходивших лечение в РСЦ с 2016 по 2019 гг. ($M \pm \sigma$, лет)

Год	Все пациенты с ИМ	Женщины	Мужчины
2016	66,5±6,8	72,0±7,2	62,9±5,9
2017	66,0 ±6,9	73,6± 7,4	61,4±6,1
2018	67,0±7,01	74,2±7,01	61,8±5,8
2019	65,5±6,9	73,5±7,2	61,1±6,1
Всего	66,2±6,8	73,4± 7,1	61,7±5,9

Важным показателем медицинской эффективности внедрения МСК является увеличение оперативной активности или доли прооперированных пациентов с ИМ от общего числа пациентов с ИМ, госпитализированных в РСЦ, что отражено в таблице 25 и на рисунке 22 и подтверждает положительную динамику в диагностике и лечении при совместной работе врачей МСК.

Таблица 25 — Динамика числа пациентов с инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста, госпитализированных в РСЦ за 2016-2019 гг.

Возрастной состав пациентов	2016г	2017г	2018г	2019г
Пациенты с ОИМ всех возрастов, абс. число	283	321	317	322
Пациенты в возрасте 60 лет и старше, абс. число	210	233	247	218
Доля пациентов в возрасте 60 лет и старше, %	74	72,5	77,9	67,7

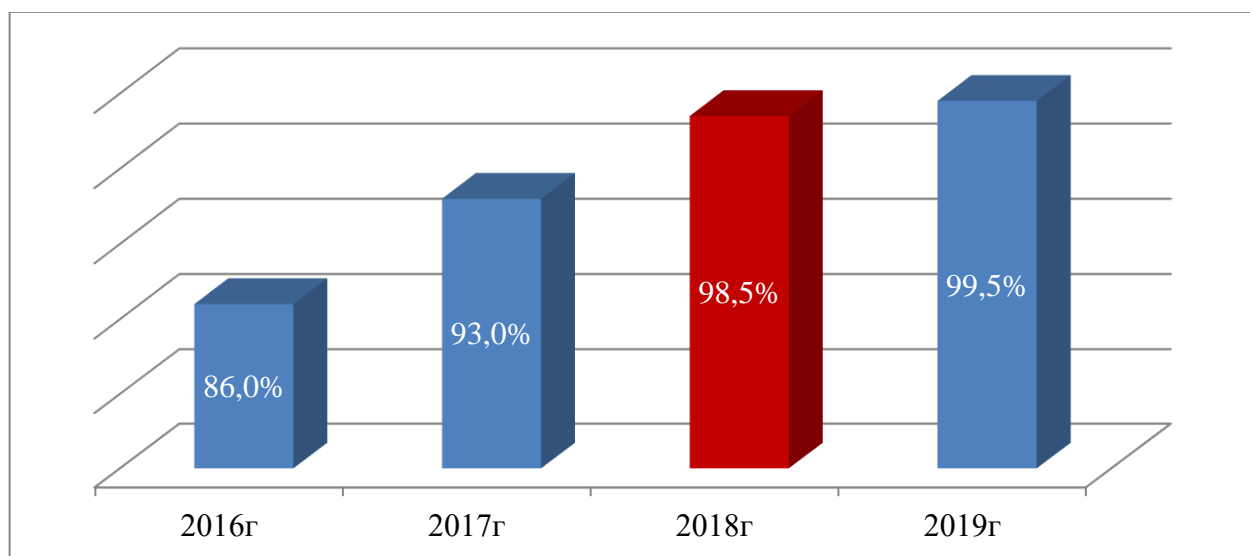


Рисунок 22 — Динамика доли прооперированных пациентов с ОИМ, госпитализированных в РСЦ в 2016–2019 гг.

Необходимо отметить сокращение числа невыполнения операций пациентам с ИМ за четырехлетний период, в том числе по причине отказа самого пациента, а технические причины перестали быть причиной невыполнения операций (рисунок 23).

Снижение отказов от оперативных вмешательств с 23 отказов в 2016 году до 5 отказов в 2019 году связано с междисциплинарным подходом, который предусматривает более полное информирование пациента о пользе и риске процедуры.

До внедрения МСК информирование пациента о предстоящей процедуре зачастую проводилось одним врачом, что не внушало пациенту уверенности в положительном исходе операции, которая возникает при коллегиальном подходе в лечении пациента.

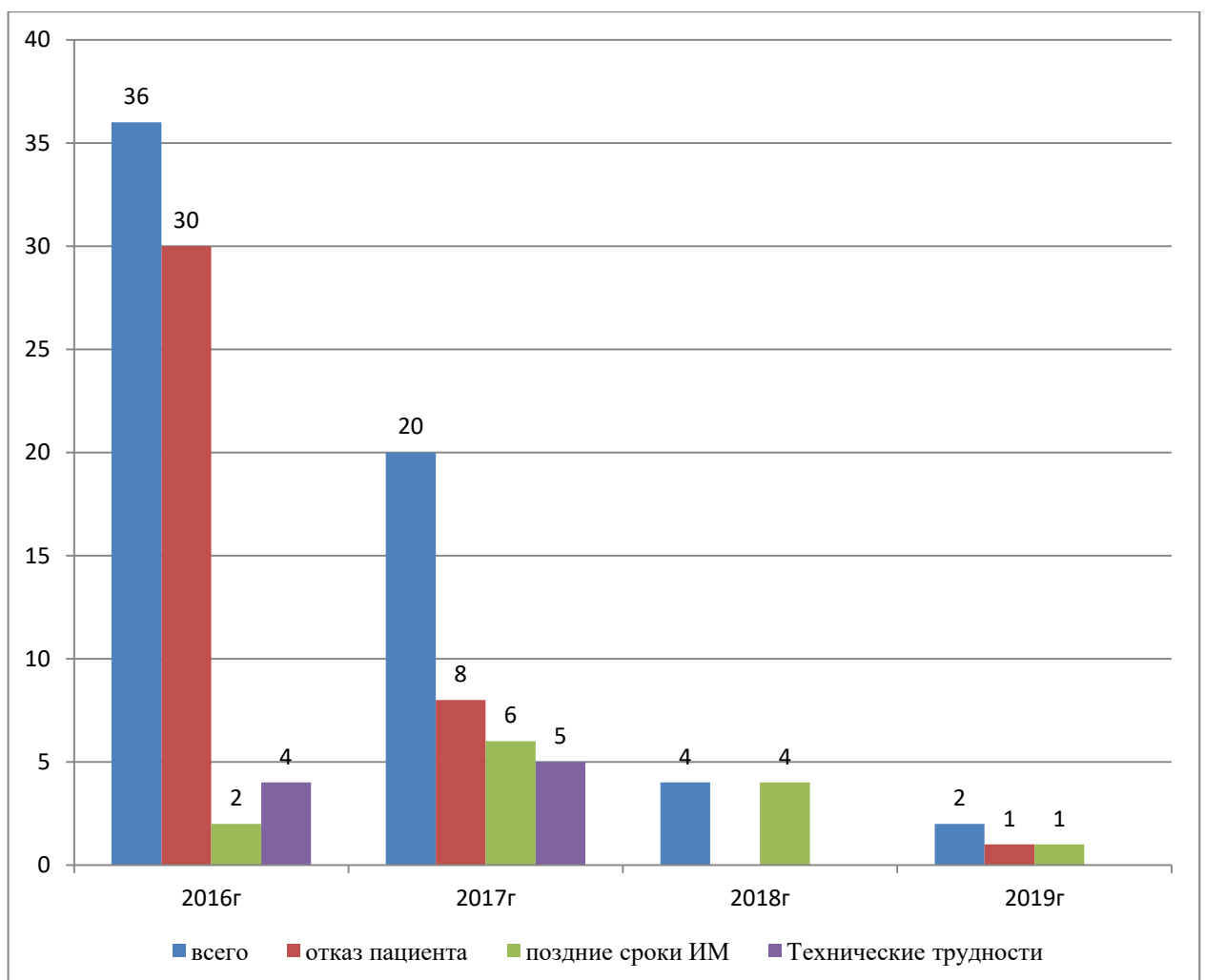


Рисунок 23 — Динамика причин невыполнения ЧКВ пациентам с ОИМ, госпитализированным в РСЦ в 2016–2019 гг.

Благодаря слаженной работе коллектива РСЦ, удалось добиться снижения времени от момента госпитализации пациента с острым инфарктом миокарда в стационар до открытия ИСА (время «дверь-баллон»), от 47 минут в 2016 году до 31 минуты в 2018 году и до 27 мин в 2019 году [37], как показано на рисунке 24.

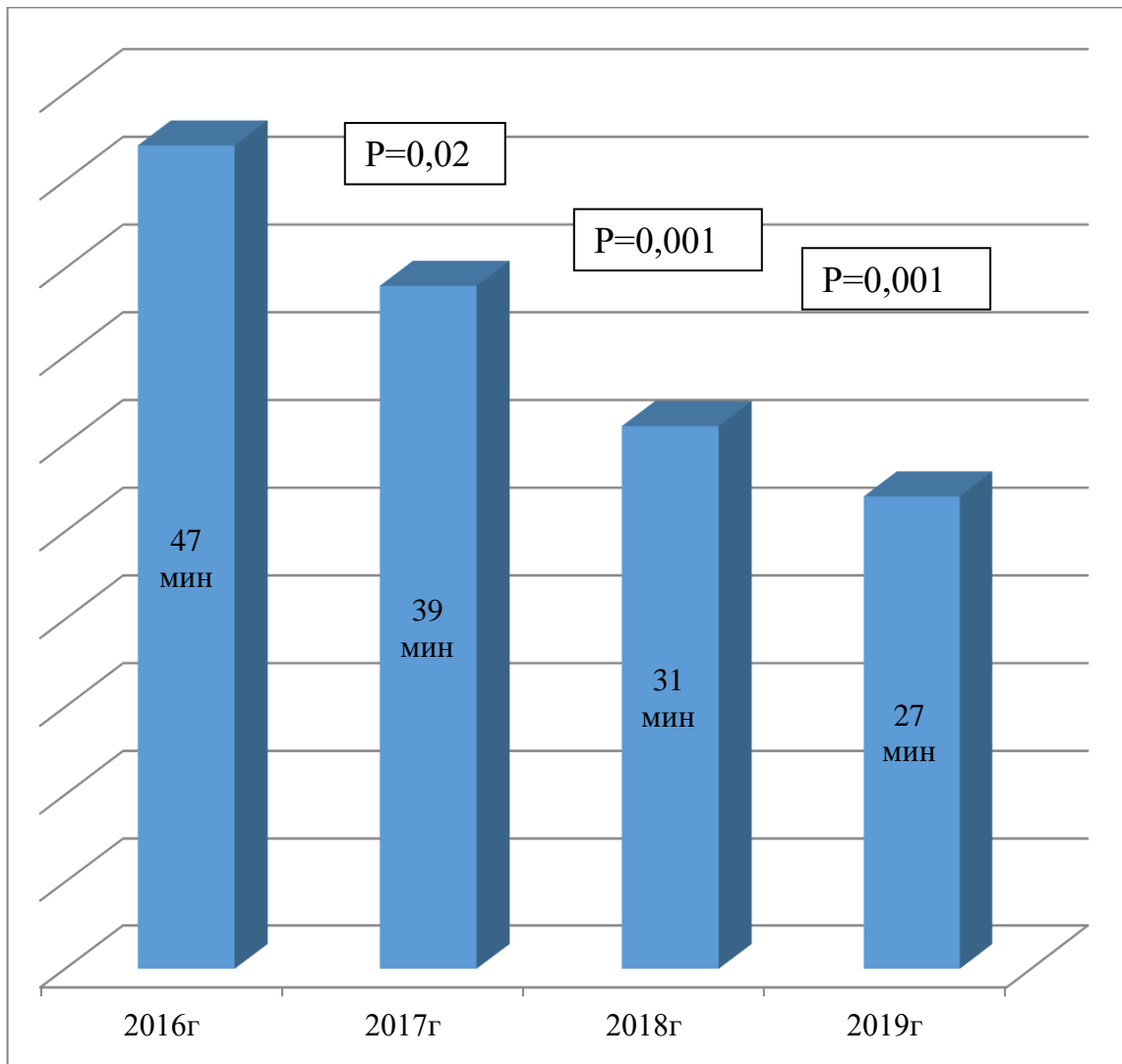


Рисунок 24 — Динамика времени от момента госпитализации пациентов с ОИМ до открытия инфаркт-зависимой коронарной артерии (время «дверь–баллон») за 2016-2019 гг.

Своевременность оказания медицинской помощи пациентам с ОИМ повлияла на такой существенный показатель оценки деятельности стационара, как снижение летальности среди пациентов, который снизился за период с 2014 по 2019 гг. в 18 раз — от 29% до 2,0%, что отражено на рисунке 25.

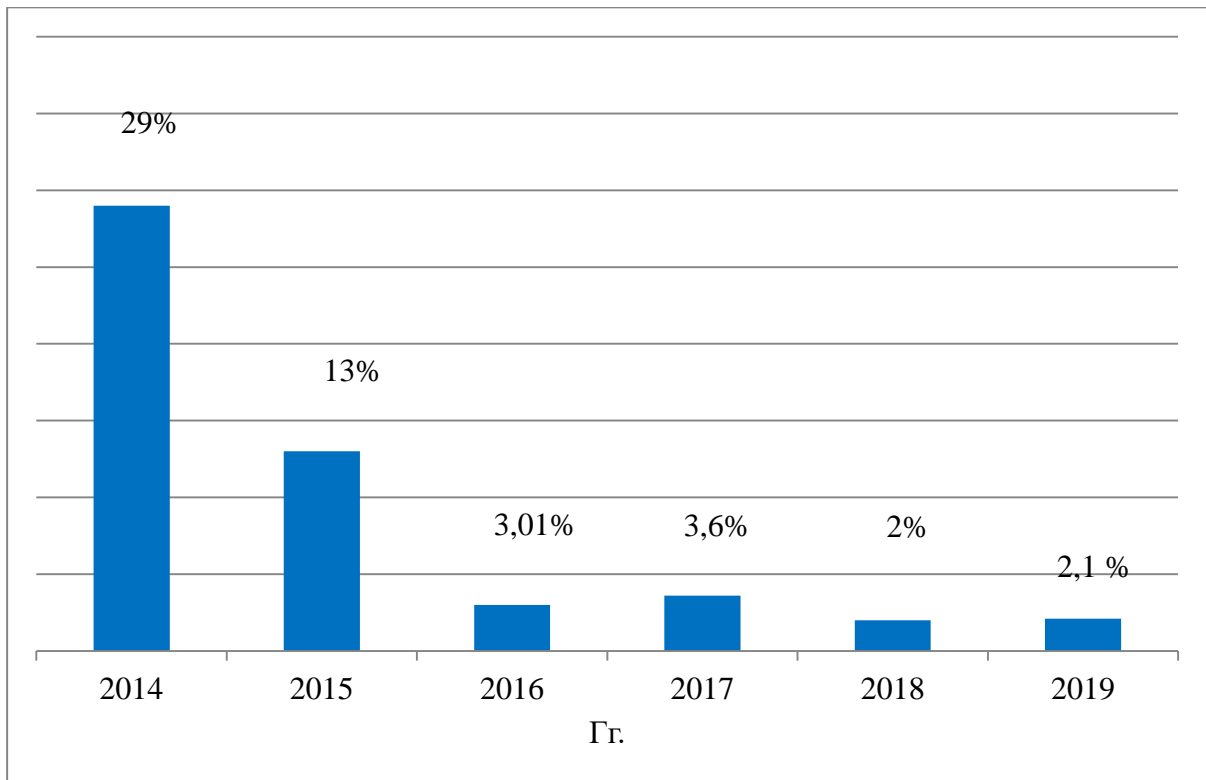


Рисунок 25 — Динамика летальности пациентов с ОИМ, госпитализированных в РСЦ за 2014–2019 гг. (%)

За время работы МСК в структуре РСЦ (2017–2019 гг.), отмечается статистически достоверно значимое снижение ($p < 0,01$) времени открытия инфарктзависимой коронарной артерии (ИСА), по сравнению с 2016 годом до введения мультидисциплинарного подхода и начала работы МСК. Так, среднее время открытия ИСА за период работы МСК составило 32,3 минуты, что на 14,6 минут меньше по сравнению с 2016 годом.

Таким образом, внедрение мультидисциплинарного подхода и создания МСК в структуре РСЦ при лечении пациентов с ОИМ стало фактором, уменьшившим объем поражения сердечной мышцы за счет уменьшения временных промежутков лечения пациента.

О медицинской эффективности внедрения мультидисциплинарного подхода и создания МСК в структуре РСЦ говорит и значительное снижение летальности пациентов с ИМ – в 1,5 раза, что представлено на рисунке 26. Следует отметить, что создание регионального сосудистого центра на базе городского многопрофильного стационара в апреле 2016 года привело к значительному

снижению летальности от ИМ среди пациентов, госпитализированных в стационар – от 29,0% в 2014 году и 13,0% в 2015 году до 3,0% в 2016 году и до 2,1% в 2019 году [37].

Кроме того, сократилась доля лиц молодого и среднего возраста (в возрасте менее 60 лет) среди умерших от инфаркта миокарда – от 13,0% и 22,0% в 2014 и 2015 гг. соответственно до 0-6,0% в 2016-2019 гг., как показано в таблице 26.

Таблица 26 — Динамика доли пациентов пожилого и старческого возраста, умерших от инфаркта миокарда в РСЦ, 2014-2019 гг.

Показатели	Годы					
	2014г	2015г	2016г	2017г	2018г	2019г
Общее число пациентов, умерших от ОИМ, абс. число	32	24	10	16	12	16
Количество пациентов в возрасте 60 лет и более, умерших от ОИМ, абс. число	25	21	10	15	12	15
Доля пациентов в возрасте 60 и более лет, умерших от ИМ, %	78,1	87,5	100	93,7	100	93,7

Средняя длительность пребывания пациента с инфарктом миокарда в стационаре снизилась от 6,6 койко-дня в 2016 году до 4,9-5,2 койко-дня в 2017-2019 гг. ($p < 0,01$), как показано в таблице 27, рисунке 26.

Таблица 27 — Динамика средней длительности пребывания в кардиологическом отделении РСЦ пациента с ОИМ за 2016-2019 гг. (M+σ, койко-дни)

Параметр	2016г	2017г	2018г	2019г
Количество пациентов с ОИМ, абс. число	283	321	317	322
Всего проведено койко-дней, абс. число	1862	1579	1 619	1680
Средняя длительность пребывания, койко-дни	6,58±1,01	4,92±0,61	5,11±0,58	5,22±0,51

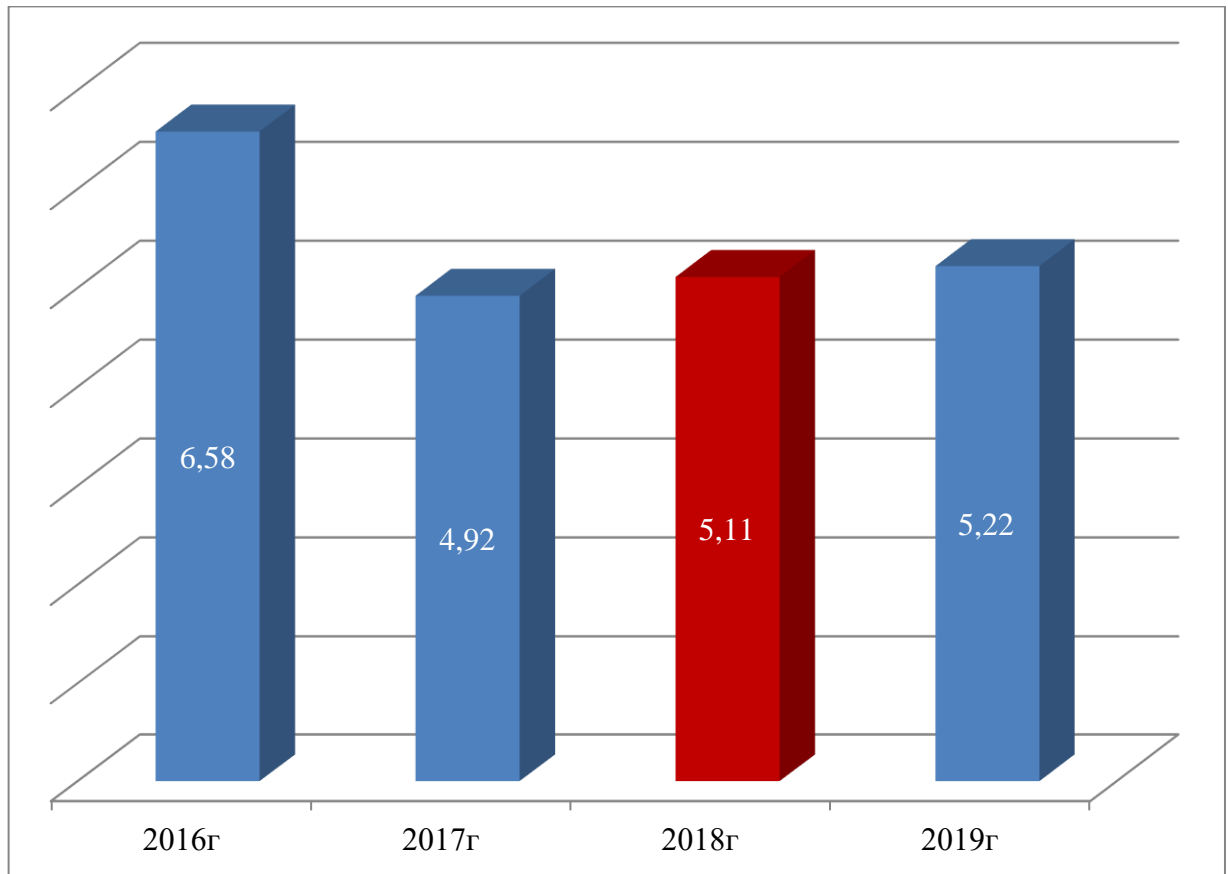


Рисунок 26 — Динамика средней длительности пребывания в кардиологическом отделении РСЦ пациента с ОИМ за 2016-2019 гг. (койко-дни)

Анализ динамики средней длительности пребывания в кардиологическом отделении РСЦ пациента с ОИМ пожилого и старческого возраста отражен в таблице 28, рисунке 27. Средняя длительность пребывания в стационаре пациента с ИМ старших возрастных групп снизилась от 7,1 койко-дня в 2016 году до 5,2-5,5 койко-дней в 2017-2019 гг. ($p < 0,01$).

Следует отметить, что средняя длительность пребывания в стационаре пациента с ОИМ пожилого и старческого возраста больше, чем в среднем среди пациентов с ОИМ всех возрастных групп, госпитализированных в РСЦ.

Это также свидетельствует о более длительном восстановлении пациентов старших возрастных групп, в связи с наличием сопутствующих заболеваний и возрастом ассоциированных осложнений, важности мультидисциплинарного подхода в лечении и реабилитации этих пациентов.

Таблица 28 — Динамика средней длительности пребывания в кардиологическом отделении РСЦ пациента с ОИМ пожилого и старческого возраста за 2016-2019 гг. ($M \pm \sigma$, койко-дни)

Показатели	2016г	2017г	2018г	2019г	p
Количество пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, абс. число	210	233	247	218	
Всего проведено койко-дней пациентами пожилого и старческого возраста с ОИМ, абс. число	1 839	1 682	1 619	1 587	
Средняя длительность пребывания, койко-дни	7,1 \pm 0,8	5,28 \pm 0,54	5,28 \pm 0,51	5,46 \pm 0,47	0,001

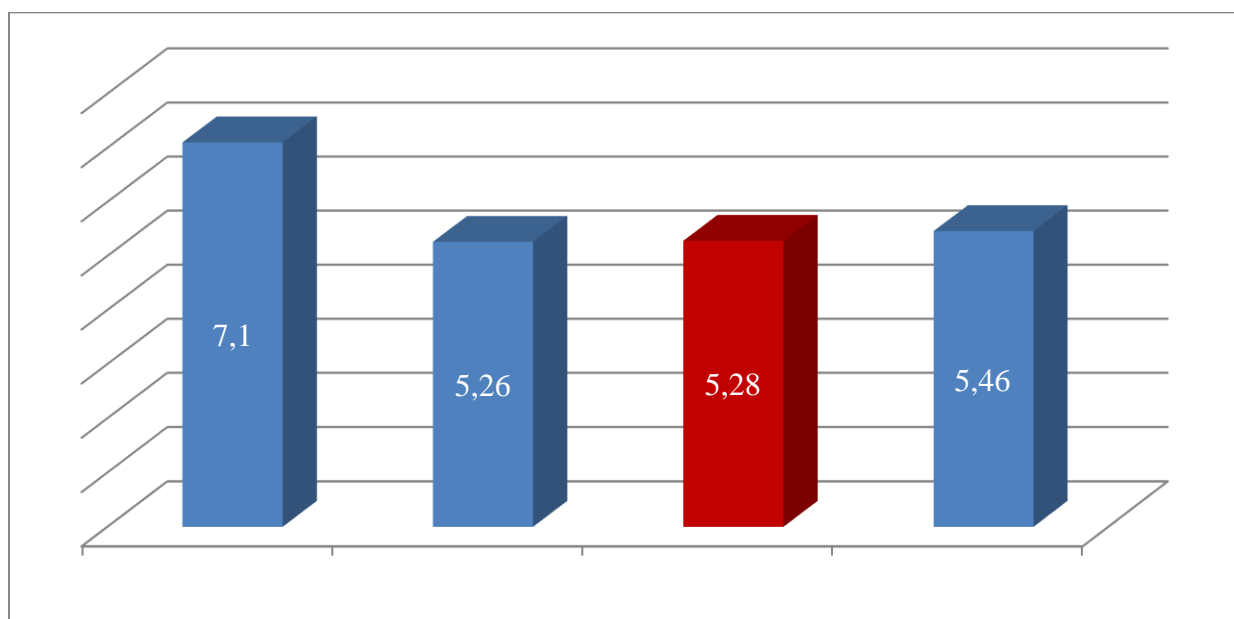


Рисунок 27 — Динамика средней длительности пребывания в кардиологическом отделении РСЦ пациента с ОИМ пожилого и старческого возраста за 2016-2019 гг. (койко-дни)

Таким образом, оценивая медицинскую эффективность внедрения мультидисциплинарного подхода и МСК в деятельности РСЦ за трехлетний период с 2017 по 2019 гг., были получены следующие результаты:

1. Выросла в два раза оперативная активность РСЦ, то есть увеличилось число оперативных вмешательств среди госпитализированных пациентов с острым

инфарктом миокарда и плановых пациентов, нуждающихся в реваскуляризации миокарда.

2. Сократилось в 4,5 раза (с 23 до 5 случаев) число отказов пациентов с острым инфарктом миокарда от оперативного вмешательства за счет коллегиальной работы специалистов МСК по информированию пациентов о важности для них этой процедуры и ее исходах.

3. Сократилось в 1,7 раза время «дверь-баллон» — от момента госпитализации пациента в стационар до открытия ИСА — с 47 до 27 минут в 2016 и 2019 гг. соответственно, и в 1,5 раза сократилось время открытия ИСА артерии — с 46,9 до 32,3 минут в 2016 и 2019 гг. соответственно, что является показателями своевременности оказания экстренной медицинской помощи пациенту с острым инфарктом миокарда и повышает его выживаемость.

4. Снизилась на 1% летальность среди пациентов с ОИМ — с 4,7% в 2016 году до 3,6% в 2019 году соответственно.

5. Сократилась средняя длительность пребывания пациента с острым инфарктом миокарда в кардиологическом отделении РСЦ — с 6,6 до 4,9–5,2 койко-дней в 2016 и 2017-2019 гг. соответственно.

6.2. Оценка экономической эффективности деятельности мультидисциплинарной сердечной команды при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда

6.2.1. Факторы экономической целесообразности изменения организационно-штатной структуры РСЦ

Важнейшими составляющими успеха в лечении пациента с острым инфарктом миокарда является выполнение как можно раннего оперативного лечения (реканализации инфаркт-связанной артерии). Время от момента развития острого инфаркта миокарда до момента оперативного вмешательства влияет на

размер пораженного миокарда, а скорость процесса восстановления после состоявшегося инфаркта миокарда отражается в сроке пребывания пациента в стационаре. Чем меньший объем погибшего миокарда, тем быстрее идет восстановление насосной функции левого желудочка, тем самым сокращаются сроки пребывания в стационаре.

Таким образом, в случае стационарного лечения пациента с острым инфарктом миокарда в сосудистом центре время "дверь-проводник" коррелирует с фракцией выброса левого желудочка, летальностью и средней длительностью пребывания пациента на койке.

Эти основные показатели эффективности лечения ИМ рассмотрены на выборке пациентов пожилого и старческого возраста с ОИМ, госпитализированных в РСЦ и прошедших оперативное лечение ЧКВ за период с 2016 по 2019 гг., с целью оценки экономических показателей деятельности многопрофильного стационара. Эти показатели оценивались до и после внедрения МСК в работу РСЦ.

Важнейшим условием улучшения экономической эффективности лечения пациентов с ОИМ является программа по внедрению МСК в работу РСЦ многопрофильного стационара.

Неотъемлемой частью программы внедрения МСК в стационар является улучшение материально-технической базы стационара, направленной на интервенционную кардиологию, позволяющую оказывать необходимую специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь больным с острым инфарктом миокарда на всех этапах (дооперационный, операционный и ранний послеоперационный этапы) в кратчайшие сроки и на высоком профессиональном уровне.

Программа включает следующие этапы.

1. Внедрение и оптимизация работы РСЦ в стационаре с ведением больных с инфарктом миокарда на дооперационном этапе.

2. Совершенствование диагностики инфаркта миокарда путем обеспечения круглосуточной работы диагностических служб (проведение нагрузочных тестов, УЗИ диагностика артерий, эхокардиография) в РСЦ.

3. Оптимизация системы ведения больных с ОИМ в остром периоде, путем создания сети первичных отделений для диагностики и лечения ОИМ в многопрофильных специализированных больницах здравоохранения Российской Федерации, их оснащение и укомплектование кадрами; создание региональных сосудистых центров, оказывающих высокотехнологичную специализированную помощь больным с сосудистой патологией в прикрепленном регионе, координирующих систему профилактики, лечения и реабилитации при цереброваскулярной патологии и ИБС, обеспечивающих эпидемиологический мониторинг и контролирующих проведение профилактических мероприятий на прикрепленной территории.

4. Совершенствование лечения больных с инфарктом миокарда за счет применения концепции мультидисциплинарного подхода – принятия коллегиального решения о тактике ведения больного.

5. Внедрение ранней реабилитации пациента с перенесенным инфарктом миокарда.

6. Внедрение комплекса индивидуализированной профилактики повторных ОИМ, включающих коррекцию лекарственной терапии и хирургическую (интервенционную) профилактику - ЧКВ.

7. Повышение качества терапии пациентам с ИМ на всех этапах лечения пациента - ведение госпитального и территориально-популяционного регистра пациентов с ОИМ в субъектах РФ.

Сосудистые центры многопрофильных больниц территориальных субъектов оказывают преимущественно высокотехнологическую медицинскую помощь за счет малотравматичных интервенционных процедур, включая лечение жителей округа кардиологического, неврологического и хирургического профилей.

Помимо проведения стандартных интервенционных процедур по лечению пациентов с ОИМ, данные сосудистые центры обеспечивают функции

стандартных сердечно-сосудистых отделений округа. Для полноценной работы таких региональных сосудистых центров одним из обязательных условий является наличие мультиспиральной КТ в круглосуточном режиме, наличие ангиографической установки и дополнительной операционной для работы на сосудах головного мозга, оборудованием для ультразвуковой диагностики (эхокардиограф, дуплексный сканер, транскраниальный доплер, велоэргометр, стресс-ЭХО-КТ).

Создание в крупном мегаполисе, на базе многопрофильного стационара, регионального сосудистого центра, повышает доступность и качество дорогостоящей, высокотехнологичной медицинской помощи населению.

В состав центра должен входить круглосуточный консультативный кабинет, имеющий онлайн телемедицину с хирургическими сердечно-сосудистыми отделениями. Целью оперативной связи является как можно более быстрая диагностика сосудистых патологий, осуществляющаяся в реальном времени. телемедицинской связью для оказания экстренной диагностической помощи (визуализация КТ ангиограмм, рентгеновских снимков, медицинских карт, результатов исследований, консультаций смежных специалистов, ангиографических файлов).

Онлайн режим также обеспечивает оперативный вызов санитарной авиации и незамедлительную транспортировку пациента в случае необходимости.

Главный РСЦ территориальной местности обеспечивает взаимодействие подразделений и лечебно-профилактических учреждений и их специалистов, касательно терапии больных с острой и плановой сердечно-сосудистой патологией в регионе, входящем в данную программу.

Разработанная новая организационная модель работы сосудистого центра побуждает к реорганизации деятельности РСЦ без изменения штатного расписания, но с одновременным выделением определенной группы специалистов – МСК, с четким алгоритмом совместной работы и временными индикативами, для улучшения таких показателей как: оперативная активность, время «дверь-

проводник», средняя фракция выброса у пациента с острым инфарктом миокарда, летальность, средний койко-день.

6.2.2. Результаты оценки экономической эффективности

мультидисциплинарного подхода при ведении пациентов пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда

В рамках исследования выполнен сравнительный анализ таких показателей экономической эффективности лечения ОИМ как: среднее количество стентов на одного пациента, средняя длительность пребывания пациента на койке в РСЦ, средняя длительность пребывания пациента на койке в отделении кардиологии РСЦ, средняя стоимость лекарственных средств на одного пациента, средняя стоимость медицинских расходных материалов в отделении рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения (ОРДЛ) на одного пациента, средняя стоимость общебольничных затрат на одного пациента.

Эти показатели сравнивали на примере выборки из 80 пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста, разделенных на две группы по 40 человек – I группа включала пациентов, госпитализированных в РСЦ в 2016 году и II группа включала пациентов, госпитализированных в РСЦ в 2019 году, до и после внедрения МСК в работу РСЦ стационара. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 29.

Таблица 29 — Сравнительная оценка денежных затрат на лечение в РСЦ пациентов пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда в 2016 и 2019 гг.

Показатель	2016г ($n_{16} = 40$)	2019г ($n_{19} = 40$)
Средний возраст ($M \pm \sigma$), лет	74,8 \pm 8,7	74,1 \pm 7,8
Мужчины, абс. число	21	21
Женщины, абс. число	19	19
Среднее количество стентов на одного пациента	1,2	1,2

Средняя длительность пребывания пациента на койке ($M \pm \sigma$), койко-дни	7,5±0,75	6,1±0,49
Средняя длительность пребывания пациента на койке в отделении кардиологии ($M \pm \sigma$), койко-дни	5,5±0,51	4,2±0,35
Средняя стоимость лекарственных средств на одного пациента, руб.	2928	1182
Средняя стоимость медицинских расходных материалов в ОРДЛ на одного пациента, руб.	59 438	56 072
Средняя стоимость общепольничных затрат на одного пациента, руб.	74 718	63 756
Суммарная стоимость лечения одного пациента, руб.	137 084	121 009

Из данных, представленных в таблице 29 видно, что анализируемые группы пациентов в 2016 и 2019 годах были сопоставимы по возрасту, полу, количеству стентов, имплантированных за одну госпитализацию.

Отмечается снижение итогового расхода денежных средств на одного пациента с острым инфарктом миокарда в 2019 году по сравнению с 2016 годом на 16 075 руб.

Учитывая, что за год в РСЦ в среднем проходят лечение 310 пациентов с ОИМ, которым выполняется ЧКВ, то экономия бюджетных средств на лечение таких пациентов за год составляет почти 5 млн. рублей ($16\,075 \text{ руб.} \times 310 = 4\,983\,250 \text{ рублей}$).

Таким образом, экономическая эффективность от внедрения МСК в деятельность РСЦ выражалась в снижении затрат на лекарственные средства и расходные материалы в расчете на одного пациента в размере 16075 руб., что в пересчете на всех пациентов, ежегодно госпитализируемых в РСЦ, составит около 5 млн. рублей.

Обобщенные результаты исследования по оценке медицинской и экономической эффективности внедрения мультидисциплинарного подхода и мультидисциплинарной сердечной команды в деятельность РСЦ городского многопрофильного стационара представлены в таблице 30.

Таблица 30 — Сравнительная оценка медицинских и экономических показателей эффективности лечения пациентов пожилого и старческого возраста ОИМ до и после внедрения МСК в деятельность РСЦ, 2016-2019 гг.

Показатели	До внедрения	После внедрения		
	2016г	2017г	2018г	2019г
Пациенты с ОИМ пожилого и старческого возраста, абс. число	210	233	247	218
Средний возраст ($M \pm \sigma$), лет.	73,5±7,2	73,8±7,2	73,1±7,1	73,7±7,3
Мужчины, абс. число	112	113	115	112
Мужчины (%)	53,5	48,5	46,6	51,4
Женщины, абс. число	98	120	132	106
Женщины, %	46,6	51,5	53,4	48,6
Прооперировано, абс. число	174	213	243	216
Оперативная активность, %	86,0	93,0*	98,5**	99,5**
Время «дверь-баллон» на одного пациента ($M \pm \sigma$), мин.	47,5±11,2	39,4±9,6 ***	31,2±7,3***	27,4±10,1***
Летальность, %	4,7	3,8*	4,0*	3,6**
Средняя длительность лечения одного пациента ($M \pm \sigma$), койко-дни	7,1±0,8	5,3±0,5*	5,28±0,5*	5,5±0,4**
ФВ ЛЖ, %	45,7**	51,7**	55,5**	56,8**
Суммарные затраты на лечение одного пациента в год, руб.	137 084	—	—	121009***

Достоверность различий по t-критерию Стьюдента: *) $p < 0,05$; **) $p < 0 < 0,01$; ***) $p < 0,001$

Из представленных в таблице данных видно, что за трехлетний период, с 2017 по 2019 гг., после внедрения в работу РСЦ мультидисциплинарной сердечной команды, отмечалось улучшение показателей, характеризующих медицинскую и экономическую эффективность мультидисциплинарного подхода

при оказании медицинской помощи пациентам с ОИМ пожилого и старческого возраста.

Медицинская эффективность характеризовалась такими показателями как повышение оперативной активности кардиологического отделения РСЦ, уменьшение отказов пациентов от оперативного вмешательства, сокращение времени «дверь-баллон» и времени открытия инфарктзависимой коронарной артерии, уменьшение средней длительности пребывания пациента на койке, повышение средней фракции выброса левого желудочка и снижении летальности. Экономическая эффективность выражалась в снижении суммарных денежных затрат на лекарственные препараты и расходные материалы.

Заключение

В течение последнего времени развитие современной медицины было стратегически направлено на снижение заболеваемости от сердечно-сосудистой патологии, снижение смертности, в особенности от острого инфаркта миокарда (ОИМ), а также снижение инвалидизации населения, в том числе среди пациентов пожилого и старческого возраста.

Важнейшим направлением в решении вопроса снижения смертности и инвалидизации пациентов от ОИМ является применение концепции мультидисциплинарного подхода. Это может быть реализовано на основе разработки алгоритмов лечения пациентов с внедрением в работу стационара мультидисциплинарной сердечной команды.

Анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности с инфарктом миокарда, показал, что разработанные методические рекомендации носят общий характер, отсутствует определенный подход к организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пожилым пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с использованием мультидисциплинарного подхода.

В частности, не регламентирован мультидисциплинарный подход при диагностике и лечении инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста.

Используя принцип мультидисциплинарного подхода в диабетологии, неврологии, онкологии и кардиологии, можно существенно улучшить качество жизни пациентов с полиморбидным состоянием. Данный тип организации медицинской помощи позволит эффективно бороться с неинфекционной эпидемией XXI века.

Пожилые пациенты нуждаются в качественно новом виде медицинской помощи, которая становится возможной при осуществлении комплексного процесса именно в аспекте мультидисциплинарного подхода.

Таким образом, особую актуальность приобретает разработка и внедрение мультидисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с ОИМ с определением алгоритмов действий врачей узких специальностей, направленных на диагностику причин неотложного состояния.

Основанные на принципе мультидисциплинарного подхода алгоритмы позволят своевременно и качественно оказывать специализированную помощь на госпитальном этапе, а также уточнять степень декомпенсации соматической патологии у пожилых пациентов, поступающих в многопрофильный стационар.

У пациентов пожилого и старческого возраста высока вероятность распространения хронических сердечно-сосудистых патологий, которые могут усиливать функциональные нарушения, провоцирующие развитие гериатрических синдромов (синдром мальнутриции, деменция, когнитивные расстройства, старческая астения), кроме того, у пациентов старшей возрастной группы гораздо чаще возникают побочные эффекты от приема назначаемых лекарств.

Все это непосредственно отражается на психоэмоциональном и физиологическом состоянии пожилого человека, а, следовательно, на качестве жизни.

Именно поэтому организация процесса оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста должна строиться по методу комплексного мультидисциплинарного подхода с учетом всех элементов ее составляющей: диагностики, лечения, реабилитации и социальной защиты. Особенно это актуально для лидирующей патологии в структуре заболеваемости населения, такой как сердечно-сосудистая, в частности – ИМ.

Безусловно, работа каждого специалиста в процессе организации помощи может изменяться в зависимости от специфики проблем и поставленных целей больного старшей возрастной группы.

В связи с этим, необходимо осуществлять определенную стратификацию больных и диагностировать наиболее слабых и требующих к себе внимания в мультидисциплинарном подходе.

Главной задачей специалистов бригады является максимальное обеспечение качественной диагностикой и лечением пациента с ИМ, для исключения перехода состояния больного на более затратные уровни медицинской помощи.

Именно поэтому в последние годы в лечебно-профилактическом процессе активно внедряется понятие мультидисциплинарного подхода для своевременного и эффективного оказания специализированной медицинской помощи. Мультидисциплинарная бригада специалистов способствует комплексной оценке состояния пациента пожилого возраста, включая оценку сопутствующих заболеваний, что особенно актуально для пациентов пожилого и старческого возраста, которым мультидисциплинарный подход необходим в большей степени, нежели пациентам молодого и среднего возраста.

Вместе с тем, трудно переоценить разработку алгоритмов деятельности мультидисциплинарной сердечной команды (МСК) в многопрофильном стационаре в условиях регионального сосудистого центра, поскольку экстренное состояние пациента пожилого и старческого возраста необходимо наблюдать в динамике, и только специалисты, работающие в МСК, могут круглосуточно и своевременно корректировать режим диагностики возникновения экстренных состояний, комплексного ухода, регулируя характер и интенсивность оказываемой помощи при коллегиальном решении всех специалистов МСК.

Учитывая наличие у пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста сопутствующей патологии, как было показано в исследовании - всем специалистам, включаемым в состав мультидисциплинарной сердечной команды целесообразно освоить программу дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) по специальности «гериатрия».

Таким образом, создание и внедрение мультидисциплинарного подхода при лечении пациентов с ОИМ на госпитальном этапе является актуальным в настоящее время, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Анализ карт стационарного пациентов с ОИМ и проведение опроса среди пациентов, пролеченных в условиях регионального сосудистого центра (РСЦ) ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» за 4-х летний период, с 2016 по 2019

гг., позволил выявить основные медико-социальные характеристики пациента с ОИМ.

Сделан акцент на медико-социальные характеристики пациентов с ОИМ пожилого и старческого возраста.

Показано наличие у таких пациентов различной сопутствующей патологии. У этой группы пациентов выявлены основные возраст-ассоциированные синдромы: гипомобильности, когнитивных нарушений, мальнутриции, падения, нарушения мочеиспускания, пролежней, деменции и пр.

В ходе исследования определен необходимый перечень специалистов междисциплинарной сердечной команды (МСК), включающий следующих специалистов:

- врача-кардиолога отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля,
- врача-невролога отделения реанимации и интенсивной терапии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения,
- врача отделения функциональной диагностики,
- врача по рентгенэндоваскулярной хирургии,
- врача-кардиолога,
- сердечно-сосудистого хирурга,
- медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля [15, 37].

Создание и регламент работы МСК РСЦ утверждается приказом главного врача больницы. Причем все специалисты МСК РСЦ должны работать по сменному графику [37].

На основании сравнительного анализа пролеченных пациентов с ОИМ в различные периоды работы стационара (2016-2019 гг.) до и после внедрения МСК также были определены критерии оценки медицинской и экономической эффективности лечения таких пациентов.

Разработана методика расчета экономической эффективности лечения пациентов с инфарктом миокарда на госпитальном этапе.

За трехлетний период с 2017 по 2019 гг. после внедрения в работу регионального сосудистого центра мультидисциплинарной сердечной команды отмечалось улучшение показателей, характеризующих медицинскую эффективность диагностики и лечения: повышение оперативной активности кардиологического отделения, уменьшение отказов пациентов от оперативного вмешательства, достоверное сокращение времени «дверь-баллон» и времени открытия инфарктзависимой коронарной артерии, повышение средней фракции выброса левого желудочка при выписке пациента, сокращение средней длительности пребывания пациента на койке и снижение летальности.

Начиная с 2017 года, отмечался значительный рост числа оперативных вмешательств (ангиопластика и стентирование ИСА) у пациентов, госпитализированных в РСЦ не только с острым инфарктом миокарда, но и у плановых пациентов, требующих реваскуляризации миокарда. Так, в 2017 году прирост операций чрезкожной реваскуляризации (ЧКВ) составил 38%, по сравнению с периодом 2016 года, когда МСК еще не была введена в стационаре. В 2018 году количество ЧКВ увеличилось на 76%, а в 2019 году этот показатель увеличился на 107% по сравнению с 2016 годом.

Безусловно, это связано с внедрением в процесс диагностики пациентов с коронароатеросклерозом команды специалистов МСК, действующих сообща с коллегиальным принятием решений. В результате повышения оперативной активности кардиологического отделения РСЦ, сокращения времени «дверь-баллон» и времени открытия инфарктзависимой коронарной артерии у пациентов пожилого и старческого возрастов с ОИМ отмечается уменьшение среднего объема поражения миокарда, тем самым снижается продолжительность времени лечения в стационаре, что в свою очередь также отражается на финансовых затратах стационара на лечение пациентов с ОИМ.

Экономическая эффективность внедрения мультидисциплинарной сердечной команды выразилась в снижении ежегодных суммарных денежных затрат на лекарственные препараты и расходные материалы на 16 075 руб. в среднем на одного пациента или около 5 млн. руб. в год в пересчете на всех

пациентов пожилого и старческого возраста кардиологического отделения регионального сосудистого центра.

Совершенствование оказания медицинской помощи в любом многопрофильном стационаре пациентам с инфарктом миокарда является одной из главных задач, которые стоят перед администрацией. В основе улучшения оказания медицинской помощи пациентам лежат три составляющих: непрерывное повышение квалификации медицинского персонала, оснащение стационара современным медицинским оборудованием, лекарственными средствами и расходными материалами, слаженная и коллегиальная работа каждого из специалистов мультидисциплинарной команды.

Выводы

1. Региональный сосудистый центр городского многопрофильного стационара оказывает медицинскую помощь по четырем профилям заболеваний – кардиология, неврология, сосудистая хирургия и нейрохирургия. Ежегодно через него проходит 20% от общего числа пациентов, госпитализированных в стационар, причем около половины пациентов регионального сосудистого центра получают медицинскую помощь по профилю кардиология (47%). Также ежегодно в регионально сосудистом центре проходят стационарное лечение около 320 пациентов с инфарктом миокарда.

2. Среди пациентов с острым инфарктом миокарда, проходивших обследование и лечение в региональном сосудистом центре, 73,0% составили пациенты старше 60 лет, более половины из которых инвалиды (61,0%). Пациенты этих возрастных групп имели сопутствующие заболевания – гипертоническую болезнь (82,5%), сахарный диабет второго типа (60,4%), хроническую ишемию головного мозга (43,6%), аритмию (49,0%) и инсульты в анамнезе (17,5%). Лечение пациентов с острым инфарктом миокарда старше 60 лет осложнялось возраст-ассоциированными синдромами, такими как гипомобильность (48,2%), когнитивные дисфункции (38,9%), саркопения (34,7%), мальнутриция (29,2%), падения (11,4%), нарушения мочеиспускания (3,9%), деменция (2,7%) и пролежни (1,2%), наличие которых определяло тактику ведения пациентов и требовало мультидисциплинарного подхода с участием врачей различных специальностей, что обосновывает необходимость повышения квалификации медицинским персоналом по специальности «Гериатрия».

3. Учитывая коморбидность и наличие возраст-ассоциированных синдромов при оказании специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда старше 60 лет, в работу регионального сосудистого центра была внедрена модель работы мультидисциплинарной сердечной команды, в основу которой был положен принцип коллегиальности, а также проведена смена концепции лечения от

«последовательного» к «параллельному». Мультидисциплинарная сердечная команда, осуществляющая диагностику и лечение пациентов, включала следующих специалистов: врач-кардиолог, врач-невролог, врач по ультразвуковой диагностике, врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сердечно-сосудистый хирург, реаниматолог отделения кардиореанимации и медицинская сестра.

4. За трехлетний период с 2017 по 2019 гг. после внедрения в работу регионального сосудистого центра мультидисциплинарной сердечной команды отмечалось улучшение показателей, характеризующих медицинскую эффективность диагностики и лечения: повышение оперативной активности кардиологического отделения, уменьшение отказов пациентов от оперативного вмешательства, достоверное сокращение времени «дверь-баллон» и времени открытия инфарктзависимой коронарной артерии, повышение средней фракции выброса левого желудочка при выписке пациента, сокращение средней длительности пребывания пациента на койке и снижение летальности. Экономическая эффективность внедрения мультидисциплинарной сердечной команды выражалась в снижении ежегодных суммарных денежных затрат на лекарственные препараты и расходные материалы на 16 075 руб. в среднем на одного пациента или около 5 млн. руб. в год в пересчете на всех пациентов пожилого и старческого возраста кардиологического отделения регионального сосудистого центра.

Практические рекомендации

1. На уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации

- целесообразно внесение изменений в приложение №15 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года №918н с акцентированным выделением мультидисциплинарной сердечной команды в штатной структуре сосудистого Центра.

2. На уровне многопрофильной больницы:

- в многопрофильном стационаре при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста целесообразно использование принципа мультидисциплинарного подхода с созданием мультидисциплинарной сердечной команды из специалистов сосудистого центра;

- для оценки медицинской эффективности работы мультидисциплинарной сердечной команды при лечении пациентов с инфарктом миокарда на госпитальном этапе целесообразно использование следующих критериев: фракция выброса левого желудочка; время до первичного чрескожного вмешательства («дверь-баллон»); оперативная активность у больных с инфарктом миокарда; летальность от инфаркта миокарда;

- при оценке экономической эффективности лечения больных инфарктом миокарда в РСЦ многопрофильного стационара целесообразно использование интегрального показателя эффективности койки и средний койко-день.

3. На уровне образовательных медицинских организаций:

- всем работникам, включаемым в состав мультидисциплинарной сердечной команды, целесообразно освоить программу дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) по специальности «Гериатрия».

Список сокращений и условных обозначений

АКШ	— аорто-коронарное шунтирование
БЦА	— брахиоцефальная артерия
ИСА	— инфаркт-связанная артерия
МДБ	— мультидисциплинарная бригада
МЭС	— медико-экономический стандарт
МСК	— мультидисциплинарная сердечная команда
ОИМ	— острый инфаркт миокарда
ОКС	— острый коронарный синдром
ОНМК	— острое нарушение мозгового кровообращения
ОРДЛ	— отделение рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии
РСЦ	— региональный сосудистый центр
СМП	— скорая медицинская помощь
ССЗ	— сердечно-сосудистые заболевания
ТЛТ	— тромболитическая терапия
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УЗД БЦА	— ультразвуковая диагностика брахиоцефальной артерии
ФВ ЛЖ	— фаза выброса левого желудочка
ФК	— функциональный класс
ХИМ	— хроническая ишемия головного мозга
ХСН	— хроническая сердечная недостаточность
ЧКВ	— чрескожное коронарное вмешательство
ЭХОКГ	— ЭХО-кардиография

Список литературы

1. Аканов А. Мультидисциплинарный подход в диабетологии / А. Аканов, Б.П. Султанова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №3-2. – С. 250-254.
2. Александрова Е.Б. Хроническая сердечная недостаточность у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца: возрастные и гендерные аспекты / Е.Б. Александрова // Кардиология. – 2013. – Т. 53. – Хроническая сердечная недостаточность у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. – №7. – С. 40-44.
3. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / С.В. Шишкин [и др.]. – Москва: НИУ ВШЭ, 2019. – 94 с.
4. Арутюнов А.Г. Первое открытое исследование синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации. Независимый регистр ОРАКУЛ-РФ / А.Г. Арутюнов, Д.О. Драгунов, Г.П. Арутюнов и др. // Кардиология. – 2015. – Т. 55. – №5. – С.12-21.
5. Белоусов Ю.Б. Сравнительный клинико-экономический анализ применения тромболитиков Фортелизин® и Актилизе® у пациентов с острым инфарктом миокарда / Ю.Б. Белоусов, С.К. Зырянов, Д.Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2011. – Т. 3. – С. 42-53.
6. Бойцов С.А. Эпидемиологическая ситуация как фактор, определяющий стратегию действий по снижению смертности в Российской Федерации / С.А. Бойцов, С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Терапевтический архив. – 2020. – Т. 92. – №1. – С. 4-9.
7. Буланова А.А. Федеральный проект «Старшее поколение»: проблемы измерения и перспективы реализации / А.А. Буланова // Власть и управление на Востоке России. – 2019. – №4 (89). – С. 101-115.

8. Бутуханова, И.С. Проблемы диагностики и лечения острого коронарного синдрома в пожилом и старческом возрасте / И.С. Бутуханова, Л.Б. Содномова // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - №3. –С. 12-19.

9. Васильева Е.Ю. Лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Организация работы «инфарктной сети» в Москве / Е.Ю. Васильева, Н.Ф. Плавунцов, А.И. Калинская и др. // Кардиология. – 2016. – Т. 56. – №12. – С. 48-53.

10. Гарганеева А.А. Программа ВОЗ “регистр острого инфаркта миокарда” возможности и перспективы в изучении и прогнозировании исходов социально значимых патологий на популяционном уровне / А.А. Гарганеева, С.А. Округин, К.Н. Борель // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2015. – Т. 30. – №2. – С. 125-130.

11. Гафарова, А.В. Инфаркт миокарда: смертность и сопутствующие ей факторы (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» и «МОНИКА») / А.В. Гафарова, В.В. Гафаров // Сибирский медицинский журнал. – 2009.– №1-1 (24). – С. 12-14.

12. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / С. Гланц. – Москва: Практика, 1998. – 459 с.

13. Грицанчук А.М. Об организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом в региональном сосудистом центре / А.М. Грицанчук, О.В. Гриднев, В.В. Фомин и др. // Военно-Медицинский Журнал. – 2020. – Т. 341. – №8.

14. Демографический ежегодник России. 2015.–Москва:Росстат,2015. – 263 с.

15. Стеклов В.И. Эффективность организации оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом в региональном сосудистом центре / В.И. Стеклов, А.М. Грицанчук,

О.В. Гриднев, Е.В. Песенникова, В.В. Фомин // Клиническая медицина. – 2020. – Т. 98. N 4. – С. 294-299.

16. Денисов И.Н. Особенности медико-социальной эффективности медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных учреждениях здравоохранения / И.Н. Денисов, Н.М. Куницына, К.И. Прощаев и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – Т. 4. – С. 56-59.

17. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе.– Женева:ВОЗ,2018.– 24 с.

18. Здравоохранение в России. 2017 (Статистический сборник). – Москва: Росстат, 2017. – 170 с.

19. Кадырова Л.Р. Мультидисциплинарный подход к пациенту с хронической болью / Л.Р. Кадырова, Е.С. Акарачкова, К.С. Керимова и др. // РМЖ. – 2018. – №7. – С. 34-41.

20. Капутин М.Ю. Наш опыт оптимизации и легитимизации работы сердечной команды (врачебного консилиума для определения тактики лечения больного с ИБС) / М.Ю. Капутин, А.В. Бирюков, В.Ю. Ульченко // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2016. – Т. 175. – №2. – С. 94-97.

21. Ковальчук В.В. Мультидисциплинарный принцип ведения пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха физической, нейропсихологической и медикаментозной реабилитации / В.В. Ковальчук, Е.Р. Баранцевич, А.С. Галкин и др.// Эффективная Фармакотерапия.–2020.–Т.16.–№31.

22. Ковальчук В.В. Пациенты после инсульта: особенности ведения и реабилитация / В.В. Ковальчук // Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – №1 (103). – С. 99-106.

23. Ковальчук В.В. Реабилитация пациентов после инсульта / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116 (12). – С. 59-64.

24. Ковальчук В.В. Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов после инсульта как фактор эффективной реабилитации / В.В. Ковальчук, Т.Н. Хайбулин, Т.И. Миннулин // Наука и здравоохранение. – 2015. – №4. – С. 29-41.

25. Консон К. Мультидисциплинарный подход в гериатрии / К. Консон, Е.В. Фролова, О.М. Костюкович // Вестник Северо-Западного Государственного Медицинского Университета Им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т. 10. – №4.

26. Концевая А.В. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году / А.В. Концевая, О.М. Драпкина, Ю.А. Баланова и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – №2. – С. 156-166.

27. Кутовой В.И. Особенности клиники и оказания экстренной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда пожилого возраста / В.И. Кутовой // Медицина неотложных состояний. – 2013. – Т. 2. – №49.

28. Куц О.В. Развитие системы организации медицинской помощи при остром коронарном синдроме в Российской Федерации / О.В. Куц // Медицина в Кузбассе. – 2013. – №3. – С. 25-31.

29. Максимова С.С. Анализ динамики и частоты острого инфаркта миокарда в различных возрастных категориях пациентов // Материалы XI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» / С.С. Максимова, Л.Р. Хучаева. – 2019.

30. Население России: численность, динамика, статистика [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.statdata.ru/russia> (дата обращения: 14.06.2021).

31. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от

07.05.2018 №204 [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/>.

32. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов: Постановление Правительства Москвы №1703-ПП от 27.12.2018 [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.mos.ru/authority/documents/doc/40626220/> (дата обращения: 24.05.2021).

33. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №918н. – Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2012.

34. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. №38н [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/> (дата обращения: 24.05.2021).

35. Овечкина Н.И. К вопросу о смертности населения России / Н.И. Овечкина // Вестник НГУЭУ. – 2018. – №1. – С. 93-102.

36. Оганов, Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2012. - №1 (11). - С. 5-10.

37. Грицанчук А.М. Оптимизация лечения пациентов с инфарктом миокарда на госпитальном этапе в формате мультидисциплинарной сердечной команды / А.М. Грицанчук, И.А. Яроцкая, И.Н. Никушкина, В.В. Фомин, М.В. Емельяненко // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2020. – Т. 15. – №4. – С. 63-68.

38. Округин С.А. Возрастно-гендерные и клинико-anamнестические особенности атипичных клинических форм острого инфаркта миокарда / С.А. Округин, А.А. Гарганеева, Е.А. Кужелева и др. // Российский медицинский журнал. – 2017. – Т. 23. – №2. – С. 79-83.

39. Олеговна Р.А. Ожирение: современный взгляд на проблему / Р.А. Олеговна, А.Е. Евгеньевич, Р.С. Давидовна // Ожирение и метаболизм. – 2016. – Т. 13. – Ожирение. – №1. – С. 3-8.

40. Ощепкова, Е.В. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000-2011 гг. / Е.В. Ощепкова, Ю.Е. Ефремова, Ю.А. Карпов // Терапевтический архив. – 2013. – №4 (85). – С. 4-10.

41. Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. по данным федерального статистического наблюдения / Г.В. Петрова, В.В. Старинский, О.П. Грецова и др. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2019. – Т. 8. – №1. – С. 32-40.

42. Петрова Н.Г. Организационно-правовая база оказания помощи населению Российской Федерации при заболеваниях системы кровообращения / Н.Г. Петрова, С.Г. Погосян // Медицинская сестра. – 2013. – №6. – С. 3-6.

43. Письмо Минтруда РФ от 05.01.2003 N 30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_127253/ (дата обращения: 15.06.2021).

44. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 (ред. от 07.06.2021) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» (с изм. и доп., вступ. в силу с 15.06.2021) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162171/ (дата обращения: 15.06.2021).

45. Правдикова Н.В. Изучение демографического старения в странах Центральной и Восточной Европы / Н.В. Правдикова. – Социально-экономическая география в XXI веке: региональное развитие: материалы Межвузовского республиканского семинара, 17–18 ноября 2016 г., Минск / БГУ, Географический фак., Каф. экономической географии Беларуси и государств Содружества, Каф. экономической географии зарубежных стран; редкол.: Е. А. Антипова (пред.) [и др.]. – Минск : БГУ, 2017.-С. 150-153.

46. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. -URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/ (дата обращения: 15.06.2021).

47. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.03.2016 N 41405) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195444/ (дата обращения: 15.06.2021).

48. Приказ Минздрава РФ от 28.07.1999 N 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности гериатрического центра», «Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи») – Консультант Плюс [Электронный ресурс].– URL:

<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=282906#05011859832465142> (дата обращения: 15.06.2021).

49. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/ (дата обращения: 15.06.2021).

50. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.01.2020 N 1н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/73462529/> (дата обращения: 24.05.2021).

51. Прожерина Ю. О профиле здоровья населения в странах Европы /Ю. Прожерина // Ремедиум. – 2019. – Тт. 1-2. – С. 40-46.

52. Прожерина Ю. Россия строит будущее без табака. / Ю. Прожерина, И. Широкова // Ремедиум. – 2018. – Тт. 1-2. – С. 41-44.

53. Птуха М.В. Очерки по статистике населения / М.В. Птуха. – Москва: Госстатиздат, 1960. – 408 с.

54. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2020 (Статистический сборник). – Москва: Росстат, 2020. – 145 с.

55. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [Электронный ресурс]. – URL: <https://szn.ivanovoobl.ru/wp-content/uploads/sites/5/2017/09/Strategiya-dejstvij-v-interesah-pozhilyh.pdf>.

56. Романова А.С. Атипичные Формы Инфаркта Миокарда / А.С. Романова, Е.С. Загубная // Смоленский Медицинский Альманах. – 2017. – №1. – С. 308-312.

57. Российский статистический ежегодник. 2018 (Статистический сборник). – Москва: Росстат, 2015. – 694 с.

58. Россия в цифрах. 2020 (Краткий статистический сборник). – Москва: Росстат, 2020. – 550 с.

59. Сайгилов, Р.Т. Сердечно-сосудистые заболевания в контексте социальноэкономических приоритетов долгосрочного развития России / Р.Т. Сайгилов, А.А. Чулок // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. – 70 (3). – С. 286–299.

60. Самородская И.В. Смертность населения в Российской Федерации в 2006 и 2015 годах / И.В. Самородская, В.Ю. Семенов, С.А. Бойцов // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №4. – С. 6-17.

61. Семенов В.Ю. Динамика смертности от болезней системы кровообращения до и в период реализации программы модернизации здравоохранения /В.Ю. Семенов, И.Н. Ступаков//Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-Сосудистые Заболевания.–2015.–Т.16.–№S6.– С. 260.

62. Ситникова М.Ю. Результаты Российского госпитального регистра хронической сердечной недостаточности в 3 субъектах Российской Федерации / М.Ю. Ситникова, Е.А. Лясникова, А.В. Юрченко и др –2015.– Т.55.–№10.–С. 5-13.

63. Смертность по данным Росстат: официальная статистика [Электронный ресурс]. – URL: <https://rosinfostat.ru/smertnost/> (дата обращения: 24.05.2021).

64. Совершенствование медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Региональном сосудистом центре / А.М. Грицанчук [и др.] // Трудный Пациент. – 2020. – Т. 18. – №4.

65. Солопова А.Г. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных / А.Г. Солопова, Л.Э. Идрисова, А.Д.Макацария и др.//Акушерство, Гинекология И Репродукция.–2017.–Т.11.–№4.

66. Голощапов-Аксенов, Р. С. Научно-методическое обоснование современной организации рентгенэндоваскулярной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях на региональном уровне: диссертация ... доктора медицинских наук : 14.02.03./ Голощапов-Аксенов Роман Сергеевич. – Москва, 2019. – 291 с. – Место защиты: Сеченовский Университет.

67. Третьяков В.В. Анализ показателей смертности в группах регионов с разным уровнем социально-экономического развития / В.В. Третьяков, И.В. Самородская, С.А. Бойцов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №7. – С. 46-56.

68. Тукиш О.В. Трудности диагностики острого инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста и их влияние на тактику ведения в остром периоде заболевания / О.В. Тукиш, А.А. Гарганеева // Российский кардиологический журнал. – 2019. – №3. – С. 17-23.

69. Тукиш, О.В. Острый инфаркт миокарда у лиц пожилого и старческого возраста: эпидемиологическое исследование по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» / О.В. Тукиш, С.А. Округин, Е.Ю. Юнусова и др. // Успехи геронтологии. – 2016.-- №1 (29). – С. 123-127.

70. Тукиш О.В. Прогнозирование отдаленных исходов острого инфаркта миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста (по данным 5-летнего

перспективного клинико-эпидемиологического исследования): Дисс. ... канд. мед. наук / О.В. Тукиш. – Томск, 2018. – 182 с.

71. Тулебаев Т. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене / Т. Тулебаев, Б.С. Турдалиева, Г.Д. Кузиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №4. – С. 379-384.

72. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 “О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года” [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (дата обращения: 15.06.2021).

73. Улумбекова Г.Э. Доклад Центра стратегических разработок «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени». Основные впечатления / Г.Э. Улумбекова, Н.Ф. Прохоренко // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – №1 (11). – С. 27-29.

74. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 15.06.2021).

75. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 N 442-ФЗ (последняя редакция) / КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения: 15.06.2021).

76. Хохлунов С.М. Оказание Высокотехнологичной Помощи По Профилю «Сердечно-Сосудистая Хирургия» В Приволжском Федеральном Округе / С.М.

Хохлунов, Д.М. Дупляков // Грудная И Сердечно-Сосудистая Хирургия. – 2017. – Т. 59. – №4. – С. 229-237.

77. Хрипун А.И. Кардиологическая служба Москвы. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» / А.И. Хрипун // Московская медицина. – 2020. – Т. 3. – №37. – С. 1.

78. Шипунов А. Б.Наглядная статистика. Используем R! / А.Ю. Шипунов, Е.М. Балдин, П.А. Волкова и др. – Москва: ДМК Пресс, 2012. – 298 с.

79. Ширшова Е.В. Мультидисциплинарный подход при восстановительном лечении и реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 277 с.

80. Шишкин С.В. Здоровоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики. Здоровоохранение / С.В. Шишкин, В.В. Власов, М.В. Колосницына и др. publisher: Центр стратегических разработок. – Москва: Центр стратегических разработок, 2018. – 56 с.

81. Школьников В.М. Быстрый рост рекордной продолжительности жизни реальных поколений / В.М. Школьников, Д.А. Жданов, Е.М. Андреев и др. // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – №2.

82. Шнайдер В.В. Анализ медико-демографической ситуации в России в контексте проблем постарения населения / В.В. Шнайдер, Д.С. Хмара, К.Ю. Путихин // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9. – №4 (33). – С. 397-400.

83. Шойму, Е.А. Особенности клинического течения, пути оптимизации диагностики и лечения острого коронарного синдрома у лиц старших возрастных групп : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / Шойму Елена Анатольевна. – Москва, 2008. - 22 с.

84. Якушин С.С. Инфаркт миокарда / Якушин С.С., Никулина Н.Н., Селезнев С.В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 145 с.

85. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info> (дата обращения: 14.06.2021).

86. Демографическая политика: некоторые важные показатели и решения за 6 лет [Электронный ресурс]. – URL: <http://government.ru/info/32109/> (дата обращения: 24.05.2021).

87. Разина А.О. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире / А.О. Разина, С.Д. Руненко, Е.Е. Ачкасов // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. – 2016. – Т. 71. – Проблема ожирения. – №2.

88. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России | Экспериментальная и клиническая урология [Электронный ресурс]. – URL: <https://ecuro.ru/article/sovremennaya-demograficheskaya-situatsiya-i-problemy-uluchsheniya-reproduktivnogo-zdorovya-n> (дата обращения: 24.05.2021).

89. Ahn C. Randomized Clinical Trials in Stroke Research / C. Ahn, D. Ahn // Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research. – 2010. – Vol. 58. – №2. – P. 277-281.

90. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2006 / American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2006. – Vol. 29 Suppl 1. – P. S4-42.

91. Beard J.R. The World Report on Ageing and Health / J.R. Beard, A.M. Officer, A.K. Cassels // The Gerontologist. – 2016. – Vol. 56 Suppl 2. – P. S163-166.

92. Bélanger E. More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams / E. Bélanger, C. Rodríguez // *Journal of Interprofessional Care*. – 2008. – Vol. 22. – №6. – P. 587-597.
93. Brandmüller T. Eurostat regional yearbook: 2020 edition. / T. Brandmüller, Å. Önnersfors, Statistical Office of the European Communities. – 2020.
94. Casalino L. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases / L. Casalino, R.R. Gillies, S.M. Shortell et al. // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289. – №4. – P. 434-441.
95. Cieza A. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / A. Cieza, K. Causey, K. Kamenov et al. // *Lancet (London, England)*. – 2021. – Vol. 396. – №10267. – P. 2006-2017.
96. Fogarty C.T. Team huddles: the role of the primary care educator / C.T. Fogarty, S. Schultz // *The Clinical Teacher*. – 2010. – Vol. 7. – №3. – P. 157-160.
97. Garattini L. Access to primary care in Italy: time for a shake-up? / L. Garattini, A. Curto, N. Freemantle // *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*. – 2016. – Vol. 17. – №2. – P. 113-116.
98. Ghorob A. Sharing the care to improve access to primary care / A. Ghorob, T. Bodenheimer // *The New England Journal of Medicine*. – 2012. – Vol. 366. – №21. – P. 1955-1957.
99. Holland R. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure / R. Holland, J. Battersby, I. Harvey et al. // *Heart (British Cardiac Society)*. – 2005. – Vol. 91. – №7. – P. 899-906.
100. Macinko J. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries,

1970-1998 / J. Macinko, B. Starfield, L. Shi // *Health Services Research*. – 2003. – T. 38. – №3. – C. 831-865.

101. Manjunath G. Level of kidney function as a risk factor for atherosclerotic cardiovascular outcomes in the community / G. Manjunath, H. Tighiouart, H. Ibrahim et al. // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2003. – Vol. 41. – №1. – P. 47-55.

102. Nancarrow S. Dynamic role boundaries in intermediate care services / S. Nancarrow // *Journal of Interprofessional Care*. – 2004. – Vol. 18. – №2. – P. 141-151.

103. Kenneth Mangion, Colin Berry, Survival in the elderly after acute myocardial infarction: room for more improvement, *Age and Ageing*, Volume 43, Issue 6, November 2014, Pages 739–740, <https://doi.org/10.1093/ageing/afu139>

104. Nichols M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update / M. Nichols, N. Townsend, P. Scarborough et al. // *European Heart Journal*. – 2014. – Vol. 35. – №42. – P. 2929.

105. Pencina M.J. Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease: the framingham heart study / M.J. Pencina, R.B. D'Agostino, M.G. Larson et al. // *Circulation*. – 2009. – Vol. 119. – №24. – P. 3078-3084.

106. PrvuBettger J.A. Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation Services in Postacute Care: State-of-the-Science. A Review / J.A. PrvuBettger, M.G. Stineman // *Archives of physical medicine and rehabilitation*. – 2007. – Vol. 88. – №11. – P. 1526-1534.

107. Roe M.T. Predicting long-term mortality in older patients after non-ST-segment elevation myocardial infarction: the CRUSADE long-term mortality model and risk score / M.T. Roe, A.Y. Chen, L. Thomas et al. // *American Heart Journal*. – 2011. – Vol. 162. – №5. – P. 875-883.e1.

108. Schroder C. Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool / C. Schroder, J. Medves, M. Paterson et al. // *Journal of Interprofessional Care*. – 2011. – Vol. 25. – №3. – P. 189-195.

109. Scott I. Chronic heart failure management in Australia -- time for general practice centred models of care? / I. Scott, C. Jackson // *Australian Family Physician*. – 2013. – Vol. 42. – №5. – P. 343-346.

110. Sinsky C.A. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices / C.A. Sinsky, R. Willard-Grace, A.M. Schutzbank et al. // *Annals of Family Medicine*. – 2013. – T. 11. – №3. – C. 272-278.

111. Alabas OA, Allan V, McLenachan JM, et al. Age-dependent improvements in survival after hospitalisation with acute myocardial infarction: an analysis of the Myocardial Ischemia National Audit Project (MINAP), Age Ageing 2013 10.1093/ageing/aft201.

112. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Mortality Report 2019. CD-ROM. POP/DB/WMR/Rev.2019/1/FA1 [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/world-mortality-cdrom-2019.asp>.

113. Woo J.S. Impact of gender differences on long-term outcomes after successful percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction / J.S. Woo, W. Kim, S.J. Ha et al. // *International Journal of Cardiology*. – 2010. – Vol. 145. – №3. – P. 516-518.

114. World population ageing: 2015 highlights. – USA: New York: United Nations, 2015. – 164 p.

115. World population prospects Highlights, 2019 revision Highlights, 2019 revision. – USA: New York: United Nations, 2019.

116. Xu J. Deaths: Final Data for 2013 / J. Xu, S.L. Murphy, K.D. Kochanek et al. // National Vital Statistics Reports. – 2016. – 64 (2). – P. 1-119.
117. Mechanic OJ, Gavin M, Grossman SA. Acute Myocardial Infarction. [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
118. Cambroner-Cortinas E. Outcomes, and Predictors of Ventricular Thrombus after Reperfused ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction by Using Sequential Cardiac MR Imaging / E. Cambroner-Cortinas ,C. Bonanad ,J.V. Monmeneu et al.// Radiology.-2017.-Vol. 284(2).-P. 372-380.
119. Davies A.J. Disparities in the incidence of acute myocardial infarction: longterm trends from the Hunter region / A.J. Davies, C. Naudin, M. Al-Omary et al. // Intern Med J.-2017.-47(5).-P.557-562.
120. Gonzales T.K. Myocardial infarction in the Wisconsin Longitudinal Study: the interaction among environmental, health, social, behavioural and genetic factors / T.K. Gonzales, J.A. Yonker, V. Chang et.al. // BMJ Open.-2017.-Vol.7(1).-e011529.
121. Hai J.J. Incidence and predictors of sudden arrhythmic death or ventricular tachyarrhythmias after acute coronary syndrome: An asian perspective/ Hai J.J., E.Tam, P.H. Chan et al.//Heart Rhythm.-2017.-Vol. 14(1).-P. 81-87.

Приложение А

Анкета

«Медико-социальная характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с острым инфарктом миокарда, проходивших лечение в региональном сосудистом центре больницы им. М.П. Кончаловского» (%)

Вопрос, варианты ответа	Москва	ГКБ им М.П. Кончалов ского кардиолог ия	РСЦ	Всего
1. Пол				
1. Мужской пол	25,4	27,8	27,9	29,1
2. Женский пол	59,4	67,0	69,0	69,7
3. ответа нет	4,3	4,2	5,4	4,6
1. Возраст				
1. от 55 до 59				14,2
2. от 60 до 64				18,5
3. от 65 до 69				14,3
4. от 70 до 74				23,5
5. от 75 и старше				333,5
2. Семейное положение				
1. Не состоял в браке	6,1	7,2	2,4	5,2
2. Зарегистрированный брак	42,0	33,9	37,8	38,2
3. Незарегистрированный брак	2,0	2,9	1,4	2,0
4. В разводе	11,3	13,5	13,4	12,4
5. Вдова, вдовец	39,8	43,4	44,9	42,2
3. Сколько раз Вы состояли в браке				
1. Один	66,9	67,3	71,7	68,1
2. Два	24,6	24,8	24,6	24,7
3. Три и более	2,1	2,2	1,3	1,9
4. Нет ответа	6,6	7,5	2,5	5,3

Вопрос, варианты ответа	Москва	ГКБ им М.П. Кончаловского кардиология	РСЦ	Всего по краю
4. Ваше образование?				
1. Незаконченное среднее образование	10,7	18,6	14,4	13,6
2. Среднее образование	17,1	18,0	20,1	18,3
3. Среднее специальное образование	35,7	32,0	34,9	34,7
4. Незаконченное высшее образование	2,5	2,3	2,9	2,6
5. Высшее образование	32,9	29,1	27,7	30,4
6. Наличие ученой степени	1,0	-	-	0,5
5. Наличие хронических заболеваний?				
1. Да	68,5	76,0	67,9	69,8
2. Нет	31,5	24,0	32,1	30,2
6. Состоите на диспансерном учете?				
1. Да	47,7	52,7	59,6	52,1
2. Нет	45,0	46,4	36,7	43,1
3. Без ответа	6,3	2,8	3,7	4,8
7. В какой медицинской организации Вы состоите на учете?				
1. Поликлиника	92,8	90,0	94,7	95,0
2. Туберкулезный диспансер	3,6	2,1	2,9	1,0
3. Онкологический диспансер	2,5	2,3	2,4	2,4
4. Другое	1,1	4,4	0,1	1,6
8. Находились ли Вы в стационаре в течение последнего года?				
1. Находился	25,9	27,5	25,7	26,1
2. Не находился	72,0	71,4	72,9	72,3
3. Без ответа	2,1	0,5	1,4	1,6
9. Часто ли Вы обращаетесь к услугам врачей?				
1. Раз в неделю	3,8	4,5	4,6	2,2
2. Раз в месяц	24,7	25,5	19,4	25,1
3. Несколько раз за 6 мес.	17,5	16,1	22,7	21,0
4. Несколько раз за 12 мес.	29,0	28,2	25,6	24,6
5. Реже чем раз в 12 мес.	27,1	25,8	27,6	27,1
10. Наличие инвалидности?				
1. Имеется	36,8	35,3	31,0	35,6
2. Отсутствует	63,2	64,7	69,0	64,4
11. Укажите группу инвалидности?				
1. 1-я	12,4	5,8	7,5	11,7

2. 2-я	69,3	68,9	75,5	70,2
3. 3-я	18,4	25,3	17,0	18,1
12. Место проживания?				
1. Квартира	82,3	76,9	81,2	84,5
2. Коммунальная квартира	3,0	14,1	5,5	6,3
3. Отдельный дом	4,5	3,9	4,8	3,3
4. Часть отдельного дома	1,0	0,7	3,4	3,2
5. Без постоянного жилья	1,9	1,6	-	0,3
6. Без ответа	7,2	0,7	5,1	2,3
13. Ваши бытовые условия в жилище?				
1. Отопление центрального типа	85,8	96,1	87,6	87,8
2. Наличие водопровода	81,3	96,1	88,4	86,0
3. Наличие канализации	83,3	98,2	86,8	86,3
4. Наличие газа	79,6	62,6	81,2	75,6
5. Электроплита	49,0	48,6	42,0	46,7
6. Горячее водоснабжение	85,3	93,4	79,1	85,9
7. Ванная комната	91,5	92,5	82,8	85,0
8. Стационарный телефон (или мобильный)	81,8	68,8	77,7	76,2
9. Наличие мусоропровода	36,6	45,5	24,7	34,9
10. Наличие лифта	28,6	47,4	27,4	35,2
14. Вы довольны условиями жилья?				
1. Доволен (-а)	50,1	64,4	54,8	55,3
2. Скорее доволен, чем не доволен	21,9	20,3	24,1	22,3
3. Скорее не доволен, чем доволен	11,7	8,4	11,7	11,7
4. Совсем не доволен	7,5	5,1	6,2	6,2
5. Без ответа	11,7	1,2	1,1	5,6
15. Ваша оценка уровня своей жизни на данный момент?				
1. Живу в нормальном достатке	9,8	8,9	11,6	10,4
2. Живу относительно сносно	35,3	25,5	24,4	34,9
3. Живу от выплаты до выплаты (пенсия)	44,0	54,6	55,9	54,1
4. Трудно (не свожу концы с концами)	3,3	4,2	5,1	3,8
5. Нищета	2,2	7,1	2,1	3,1
16. Нуждаетесь, ли Вы в информации о состоянии своего здоровья?				
1. Нуждаюсь	36,3	42,9	44,5	45,3
2. Не нуждаюсь	21,9	23,4	25,7	25,0
3. Затрудняюсь сказать	24,6	24,2	25,3	25,5
4. Без ответа	12,7	7,5	5,5	13,2
17. Интересует ли Вас информация о льготах?				
1. Интересует	36,8	45,2	36,4	38,0
2. Не интересуется	25,9	28,1	36,8	26,7
3. Затрудняюсь сказать	24,6	22,5	27,1	25,3

4. Без ответа	14,7	6,2	5,7	8,0
---------------	------	-----	-----	-----

18. Нуждаетесь ли Вы в получении информации по поводу досуга?				
1. Нуждаюсь	12,4	12,0	12,8	13,1
2. Не нуждаюсь	33,6	37,4	43,8	36,1
3. Затрудняюсь сказать	37,3	36,2	39,1	37,0
4. Без ответа	16,7	14,4	6,3	17,8

19. Как осуществляется Ваша трудовая занятость?				
1. Постоянная основа	56,2	77,9	85,9	63,0
2. Контракт	27,2	25,1	14,1	38,5
3. Без ответа	16,6	-	-	9,4

20. Вы осуществляете профилактику здоровья?				
1. Осуществляю	44,0	52,6	48,8	45,8
2. Не всегда	36,1	33,1	34,0	33,4
3. Не осуществляю	22,9	18,3	17,2	17,8

21. Какую профилактику здоровья осуществляете?				
1. Посещение специалистов поликлиники	71,1	75,1	73,5	67,5
2. Санаторно-курортное лечение	12,2	24,5	16,6	18,5
3. Следую заповедям	4,6	-	-	1,2
4. Нетрадиционная медицина	15,8	15,5	23,1	18,8
5. Плавание	7,3	7,2	7,5	6,6
6. Школа здоровья	8,9	9,3	6,3	8,0
7. Затрудняюсь ответить	8,9	5,1	6,8	9,9

22. Самое ценное в жизни для Вас?				
1. Семья	76,6	79,3	77,8	75,9
2. Трудовая деятельность	12,4	12,5	5,8	8,7
3. Состояние здоровья	83,3	83,8	89,3	83,0
4. Религия	8,5	8,3	13,5	7,5
5. Материальные условия	38,5	48,4	37,5	42,7
6. Духовная культура	7,2	6,8	2,4	2,6
7. Справедливость	12,9	11,2	7,7	12,3
8. Коллективное чувство	6,2	6,8	6,6	6,6
9. Родина	8,7	12,6	13,1	8,3
10. Друзья	9,7	11,8	10,5	11,6
11. Профессиональная пригодность	2,7	3,3	1,9	1,2
12. Демократия	2,2	4,9	1,4	2,3
13. Свобода выбора	4,6	4,2	3,3	3,6
14. Такой, как все	3,0	0,8	2,6	1,2
15. Затрудняюсь ответить	2,5	0	0,5	0,7

Приложение Б

Примеры денежных затрат на лечение одного пациента с инфарктом миокарда до и после внедрения междисциплинарной сердечной команды в деятельность Регионального сосудистого центра городского многопрофильного стационара (2016 и 2019 гг.)

Таблица Б 1 — Примеры денежных затрат на лечение одного пациента с инфарктом миокарда до внедрения междисциплинарной сердечной команды, по данным за 2016 год (в рублях)

№п/п	Шифр	пол	возраст	Общее кол-во койко-дней ИБ	Кол-во койко-дней в кард. отд. с ОИМ	Стоимость лекарственных средств на случай лечения (кард. отд. с ОИМ) ЛСко	Стоимость медицинских расходных материалов на случай лечения (ОРДЛ) РМордл	Стоимость лекарственных средств на койко-день в кард. отд. с ОИМ	Стоимость общебольничных затрат на случай лечения (кард. отд. с ОИМ) ОБЗ	ИТОГО расход средств на ИБ	*Справочно: кол-во стентов
1	2			3	4	5	6	7	8	9	10
1	Пациент Р. (ИБ №2206/33747)	ж	71	8	5	4 628,50	61 027,23	925,70	71 500,00	137 155,73	1
2	Пациент Ш. (ИБ №1500/23387)	ж	91	10	5	2 397,92	46 118,23	479,58	71 500,00	120 016,15	2
3	Пациент К. (ИБ №2303/35154)	м	84	7	4	2 803,63	67 178,77	700,91	57 200,00	127 182,40	1
4	Пациент А. (ИБ №2182/33404)	ж	74	7	3	1 504,91	53 508,88	501,64	42 900,00	97 913,79	1
5	Пациент П. (ИБ №2365/36003)	м	68	8	5	3 239,09	59 255,93	647,82	71 500,00	133 995,02	1
6	Пациент Д. (ИБ №2134/32738)	м	71	9	7	4 985,29	159 931,45	712,18	100 100,00	265 016,73	2
7	Пациент В. (ИБ №2159/33142)	м	72	7	5	2 908,65	52 281,87	581,73	71 500,00	126 690,52	1
8	Пациент Б. (ИБ №2231/34084)	ж	76	7	5	2 609,91	86 858,47	521,98	71 500,00	160 968,38	2
9	Пациент П. (ИБ №2230/33926)	ж	85	8	6	3 487,64	50 855,71	581,27	85 800,00	140 143,34	1
10	Пациент В. (ИБ №2215/34052)	м	65	7	6	3 189,32	84 573,05	531,55	85 800,00	173 562,37	2
11	Пациент Т. (ИБ №22736)	м	67	9	6	5 473,28	60 935,49	912,21	85 800,00	152 208,77	1
12	Пациент К. (ИБ №22928)	м	79	8	6	2 928,73	28 353,44	488,12	85 800,00	117 082,17	1
13	Пациент К. (ИБ №23897)	М	78	7	5	1 336,88	48 206,83	267,38	71 500,00	121 043,71	1
14	Пациент Ш. (ИБ №23927)	м	65	7	4	2 674,36	69 591,93	668,59	57 200,00	129 466,28	2
15	Пациент С. (ИБ №24088)	ж	78	7	4	2 326,92	49 435,81	581,73	57 200,00	108 962,73	1
16	Пациент О. (ИБ №24089)	м	67	9	6	3 131,90	63 890,87	521,98	85 800,00	152 822,77	1
17	Пациент А. (ИБ №24142)	м	68	8	5	2 906,36	47 966,98	581,27	71 500,00	122 373,34	1
18	Пациент П. (ИБ №22586)	ж	81	7	7	3 720,87	50 014,96	531,55	100 100,00	153 835,83	1
19	Пациент Р. (ИБ №22118)	ж	63	10	7	3 441,38	49 130,47	491,63	100 100,00	152 671,85	1
20	Пациент Ш. (ИБ №22391)	м	63	6	3	1 526,91	57 718,21	508,97	42 900,00	102 145,12	1
21	Пациент С. (ИБ №24740)	ж	86	10	5	2 852,98	59 723,76	570,60	71 500,00	134 076,74	1
22	Пациент С. (ИБ №23020)	ж	86	7	5	2 765,56	60 626,63	553,11	71 500,00	134 892,19	1

23	Пациент П. (ИБ№22923)	м	65	6	5	2 878,89	50 689,79	575,78	71 500,00	125 068,68	1
24	Пациент М. (ИБ№24046)	м	93	10	7	3 924,24	49 255,75	560,61	100 100,00	153 279,98	1
25	Пациент К. (ИБ№24421)	ж	79	7	5	2 483,96	60 872,42	496,79	71 500,00	134 856,38	1
26	Пациент К. (ИБ№25364)	м	65	5	3	1 566,39	41 257,83	522,13	42 900,00	85 724,22	1
27	Пациент К. (ИБ№25624)	м	77	9	8	3 865,99	49 359,94	483,25	114 400,00	167 625,93	1
28	Пациент Т. (ИБ№24728)	м	66	6	3	1 694,40	59 429,25	564,80	42 900,00	104 023,65	1
29	Пациент А. (ИБ№24809)	м	78	6	3	1 505,68	60 628,74	501,89	42 900,00	105 034,42	1
30	Пациент М. (ИБ№22283)	ж	67	8	5	2 486,46	57 409,87	497,29	71 500,00	131 396,33	1
31	Пациент К. (ИБ№25235)	ж	78	8	5	2 445,09	73 584,93	489,02	71 500,00	147 530,02	1
32	Пациент К. (ИБ№27105)	ж	74	8	6	4 608,03	68 602,76	768,01	85 800,00	159 010,79	1
33	Пациент П. (ИБ№26866)	ж	84	11	5	2 474,01	48 207,08	494,80	71 500,00	122 181,09	1
34	Пациент П. (ИБ№26667)	ж	65	9	6	2 581,57	72 762,73	430,26	85 800,00	161 144,30	2
35	Пациент С. (ИБ№27151)	м	82	8	5	2 577,56	62 071,89	515,51	71 500,00	136 149,45	1
36	Пациент С. (ИБ№25560)	м	68	10	8	4 014,66	49 364,73	501,83	114 400,00	167 779,39	1
37	Пациент Б. (ИБ№28203)	м	65	8	5	2 626,46	51 785,27	525,29	71 500,00	125 911,73	1
38	Пациент Б. (ИБ№26116)	ж	73	6	4	2 167,07	48 209,90	541,77	57 200,00	107 576,97	1
39	Пациент Ж. (ИБ№27243)	ж	88	9	6	3 390,08	46 107,91	565,01	85 800,00	135 297,99	1
40	Пациент К. (ИБ№26207)	ж	89	12	6	2 980,76	60 746,83	496,79	85 800,00	149 527,59	1
ИТОГО:				319	209	117 112	2 377 533	-	2 988 700	-	46
Итого среднее:				8	5	2 928	59 438	560	74 718	137 084	1,2

Пациент Б. (ИБ №2231/34084) 2016 год						
Вид ВМП:				14. 00. 25. 003		
Лекарственные средства (кардиологическое отделение с ОИМ)						
Итого стоимость лекарственных средств:						2 609,91
Количество койко-дней:						5
Итого стоимость койко-дня:						521,98
№ п/п	Наименование лекарственных средств	Дозировка	Цена дозы, руб.	Назначаемая дозировка	Кратность	Стоимость, руб.
1	Гепарин р-р для в/в и п/к вв 5000МЕ/мл фл 5мл Эльфа Лаборатории Индия №5х1	5 000	117,13	5 000	20	2342,60
2	Клопидогрел Канон табл. п/пл/об. 75 мг упконтяч N 7х4 Канонфармапродакш н ЗАО Россия	75	10,40	75	5	52,00
3	Ацетилсалициловая кислота таб 500мг бл Фармстандарт-Лексредства Россия №10х2	500	0,77	125	5	0,96

4	Бисопролол табл. п/пл/об. 5 мг упконтяч N 30x1 Озон Фарм ООО Россия	5	2,60	5	5	13,00
5	Периндоприл-Тева табл. п/пл/об. 10 мг конт N 30x1 Тева Венгрия	10	10,25	10	5	51,25
6	Спиринолактон таб 25мг бл №10x2 Синтез Россия	25	2,20	50	5	22,00
7	Аторвастатин табл. пл/о 40мг бл №10x3 АЛСИ Фарма Россия	40	12,81	80	5	128,10
Медицинские расходные материалы ОРДЛ						
№ п/п	Наименование медицинских расходных материалов	Дозировк а	Цена за ед. , руб.	Кратность	Стоимость, руб.	
ИТОГО стоимость медицинских расходных материалов:						86858,47
1	Катетер баллонный TREK OTW 2,5мм*20мм	1	12850,00	1	12850,00	
2	Стент коронарный Калипсо с биорезорбируемым лекарственным покрытием на системе доставки по ТУ 9444- 003-83540797-2011: Стент коронарный из сплава кобальт- хром L605. KL28300 (3. 0 x 28)	1	31 623,73	1	31623,73	
3	Стент коронарный Калипсо с биорезорбируемым лекарственным покрытием на системе доставки по ТУ 9444- 003-83540797-2011: Стент коронарный из сплава кобальт- хром L605. KL23350 (3. 5 x 23)	1	31 623,73	1	31623,73	
4	ИнтродьюсерPrelude 6F	1	2000,00	1	2000,00	
5	Сканлюкс 370,р-р внутревен. и внутриартериального введения 370мг йода/мл фл. 50мл №1	370	1417,02	6	8502,12	
6	Лидокаин р-р д/ин 2% амп 2мл Белмедпрепараты Белоруссия №10x1	1	2,57	1	2,57	
7	Гепарин р-р для в/в и п/к вв 5000МЕ/мл фл 5мл Эльфа Лаборатории Индия №5x1	5 000	117,13	2	234,26	
8	Натрия хлорид р-р д/инф 0. 9% фл п/этил 500мл №1x1 Гематек Россия	500	20,36	1	20,36	
9	Нитроглицерин 0,0005 N40	0,005	1,70	1	1,70	

Таблица Б 2 — Примеры денежных затрат на лечение одного пациента с инфарктом миокарда после внедрения междисциплинарной сердечной команды, по данным за 2019 год (в рублях)

№ п/п	Шифр	пол	возраст	Общее кол-во койко-дней ИБ	Кол-во койко-дней в кард. отд. с ОИМ	Стоимость лекарственных средств на случай лечения (кард. отд. с ОИМ) ЛС-ко	Стоимость медицинских расходных материалов на случай лечения (ОРДЛ) РМордл	Стоимость лекарственных средств на койко-день в кард. отд. с ОИМ	Стоимость общебольничных затрат на случай лечения (кард. отд. с ОИМ) ОБЗ	ИТОГО расход средств на ИБ	*Справочно: кол-во стентов
1	2			3	4	5	6	7	8	9	10
1	Пациент К. (ИБ 2006/30407)	ж	88	5	3	736,73	89 245,47	245,58	43 470,00	133 452,20	2
2	Пациент Ч. (ИБ 2042/30616)	ж	82	6	4	1 107,26	27 146,16	276,82	57 960,00	86 213,42	1
3	Пациент К. (ИБ 2085/31527)	м	80	6	3	2 716,80	52 269,85	905,60	43 470,00	98 456,65	1
4	Пациент В. (ИБ 1730/26059)	м	67	7	4	1 207,70	50 691,80	301,92	57 960,00	109 859,50	1
5	Пациент А. (ИБ 2116/31671)	ж	80	6	2	464,90	52 236,38	232,45	28 980,00	81 681,28	2
6	Пациент К. (ИБ 1955/29424)	ж	88	6	5	798,07	48 022,91	159,61	72 450,00	121 270,98	1
7	Пациент Г. (ИБ 2028/30589)	ж	65	6	4	1 614,30	44 334,95	403,57	57 960,00	103 909,24	1
8	Пациент Р. (ИБ 1801/27002)	м	65	7	4	744,02	28 424,14	186,00	57 960,00	87 128,16	1
9	Пациент М. (ИБ 2009/30273)	м	85	6	2	1 306,03	80 992,91	653,01	28 980,00	111 278,94	2
10	Пациент Т. (ИБ №26121)	м	70	7	5	346,11	47 330,63	69,22	72 450,00	120 126,74	1
11	Пациент Д. (ИБ№1683/25559)	м	77	5	3	910,29	105 830,35	303,43	43 470,00	150 210,64	3
12	Пациент С. (ИБ №25481)	м	84	8	5	510,38	35 662,49	102,08	72 450,00	108 622,87	1
13	Пациент Ч. (ИБ 1659/25086)	ж	87	7	4	235,95	36 301,57	58,99	57 960,00	94 497,52	1
14	Пациент Л. (ИБ №24905)	ж	83	7	5	3 076,38	59 718,21	615,28	72 450,00	135 244,59	1
15	Пациент Н. (ИБ №970/14691)	ж	85	3	3	580,91	28 424,14	193,64	43 470,00	72 475,05	1
16	Пациент М. (ИБ №954/13843)	м	67	6	4	4 087,19	61 951,69	1 021,80	57 960,00	123 998,88	1
17	Пациент М. (№916/13802)	м	69	7	5	644,60	28 428,00	128,92	72 450,00	101 522,59	1
18	Пациент Т. (ИБ №914/13846)	ж	72	8	6	1 850,65	36 291,40	308,44	86 940,00	125 082,05	1
19	Пациент А. (ИБ №798/11942)	ж	76	10	7	287,73	52 443,44	41,10	101 430,00	154 161,17	1
20	Пациент С. (ИБ №813/12175)	ж	83	9	6	184,48	73 584,93	30,75	86 940,00	160 709,41	1
21	Пациент С. (ИБ №827/12383)	м	67	7	5	173,32	51 043,94	34,66	72 450,00	123 667,26	1
22	Пациент Ц. (ИБ №840/12501)	м	74	5	5	489,23	89 223,51	97,85	72 450,00	162 162,74	2
23	Пациент М. (ИБ №832/12625)	ж	65	8	6	787,37	46 411,78	131,23	86 940,00	134 139,15	1
24	Пациент Б. (ИБ №12866)	м	67	7	5	2 027,10	51 973,20	405,42	72 450,00	126 450,30	1
25	Пациент К. (ИБ №13605)	м	69	4	4	1 767,02	60 754,31	441,75	57 960,00	120 481,33	1
26	Пациент Р. (ИБ №13438)	ж	78	8	5	1 930,34	70 513,16	386,07	72 450,00	144 893,50	1
27	Пациент М. (ИБ №907/13700)	ж	76	4	4	293,33	42 474,82	73,33	57 960,00	100 728,15	1
28	Пациент М. (ИБ №15094)	м	67	6	5	1 860,79	58 957,17	372,16	72 450,00	133 267,96	1
29	Пациент Т.	м	68	8	5	1 258,09	68 617,48	251,62	72 450,00	142 325,57	1

	(ИБ №14615)										
30	Пациент П. (ИБ№1121/14429)	м	70	13	7	945,76	75 412,85	135,11	101 430,00	177 788,61	2
31	Пациент Р. (ИБ №955/14280)	м	68	5	4	3 982,92	73 680,62	995,73	57 960,00	135 623,54	1
32	Пациент М. (ИБ №951/14133)	м	65	5	4	1 284,26	71 544,53	321,07	57 960,00	130 788,79	2
33	Пациент К. (ИБ №945/14198)	ж	70	5	4	294,10	38 444,51	73,53	57 960,00	96 698,61	1
34	Пациент Я. (ИБ №943/14196)	ж	73	7	5	187,67	50 580,02	37,53	72 450,00	123 217,69	1
35	Пациент Г. (ИБ №14966)	ж	87	7	5	115,74	70 513,16	23,15	72 450,00	143 078,90	1
36	Пациент Я. (ИБ №864/13030)	ж	65	6	5	1 162,07	63 181,06	232,41	72 450,00	136 793,13	1
37	Пациент П. (ИБ №861/12963)	м	67	6	2	2 556,25	41 029,97	1 278,12	28 980,00	72 566,22	1
38	Пациент С. (ИБ №862/12968)	м	78	7	5	1 297,58	60 381,81	259,52	72 450,00	134 129,39	1
39	Пациент Н. (ИБ №878/13204)	ж	73	8	5	617,52	70 511,44	123,50	72 450,00	143 578,96	1
40	Пациент В. (ИБ №838/12371)	м	65	6	2	819,92	48 296,68	409,96	28 980,00	78 096,60	1
ИТОГО:				264	176	47 261	2 242 877	-	2 550 240	-	48
Итого среднее:			7		4	1 182	56 072	308	63 756	121 009	1,2

Пациент М. (ИБ №2009/30273) 2019 год						
Вид ВМП:				14. 00. 34. 001		
Лекарственные средства (кардиологическое отделение с ОИМ)						
Итого стоимость лекарственных средств:						1 306,03
Количество койко-дней:						2
Итого стоимость койко-дня:						653,01
№ п/п	Наименование лекарственных средств	Дозировка	Цена дозы, руб.	Назначаемая дозировка	Кратность	Стоимость, руб.
1	Аторвастатин табл. пл/о 40мг бл №10х3 АЛСИ Фарма Россия	40	12,81	80	2	51,24
2	Клопидогрел Канон табл. п/пл/об. 75 мг упконтяч N 7х4 Канонфармапродакшн ЗАО Россия	75	10,40	75	2	20,80
3	Эналаприлтаб 10мг бл №10х2 Озон Россия	10	0,66	10	2	1,32
4	Фамотидин таб плен/об 20мг бл №10х2 Озон Россия	20	1,16	20	2	2,32
5	Ацетилсалициловая кислота таб 500мг бл Фармстандарт-Лексредства Россия №10х2	500	0,77	100	2	0,31
6	Гепарин р-р для в/в и п/к вв 5000МЕ/мл фл 5мл Эльфа Лаборатории Индия №5х1	5000	117,13	5 000	8	937,04

7	Эмоксибел р-р д/инф. 5 мг/мл 100 мл бут N 1x1 Белмедпрепараты Беларусь	5	293,00	5	1	293,00
Медицинские расходные материалы ОРДЛ						
№ п/п	Наименование медицинских расходных материалов	Дозировка	Цена за ед. , руб.	Кратность	Стоимость, руб.	
ИТОГО стоимость медицинских расходных материалов:						80 992,91
1	Стент коронарный Калипсо с биорезорбируемым лекарственным покрытием на системе доставки по ТУ 9444-003-83540797-2011: Стент коронарный из сплава кобальт-хром L605. KL23350 (3. 5 x 23)	1	31 623,73	1	31 623,73	
2	СтенткоронарныйXIENCEXpedition с лекар. покрытием эверолимус (4. 0x28)	1	43 115,60	1	43 115,60	
3	ИнтродьюсерPrelude 6F	1	2 000,00	1	2 000,00	
4	Ультравист р-р д/инъек. 370 мг йода/мл 100 мл фл N 1x1 Полисан НТФФ ООО Россия	1	1 325,06	3	3 975,18	
5	Новокаин р-р д/инъек. 0. 5% 10 мл амп N 10x1 Гротекс Россия	1	3,68	1	3,68	
6	Гепарин р-р для в/в и п/к вв 5000МЕ/мл фл 5мл Эльфа Лаборатории Индия №5x1	5 000	117,13	2	234,26	
7	Натрия хлорид р-р д/инф 0. 9% фл п/этил 500мл №1x1 Гематек Россия	500	20,36	1	20,36	
8	Нифедипин табл. п/пл/об. 10 мг упконтяч N 10x5 Озон Фарм ООО Россия	10	0,67	30	20,10	