

Здравоохранение России

Информационно-аналитическое издание

Специальный
выпуск ко Дню
медицинского
работника



Лейла Адамян:

«Я как была ученицей 46 лет назад,
так и остаюсь ею» [56]

Загрузите
и читайте!



18+

«Выявили группу риска — лечите больного, не упускайте его»

На межрегиональной научно-практической конференции «Инфаркт. Инсульт. Первая помощь» выступил генеральный секретарь Российского кардиологического общества Александр Недошивин, ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук. Он обозначил векторы развития сердечно-сосудистой службы и новые опорные точки профилактики, соблюдение которых поможет выполнить задачи, поставленные президентом РФ.

Сжатые сроки

— Перед нами сейчас стоит важная государственная задача по увеличению продолжительности жизни населения. Причем достичь мы этого должны путем снижения смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тысяч. В России этот показатель сегодня в среднем 500–600, а где-то и 700. Возникает вопрос: как мы добьемся цели? Как это ни просто звучит, легче всего добиться этого общепризнанным в мире путем — укреплением и развитием здорового образа жизни, потому что эффективность первичной профилактики болезней системы кровообращения напрямую зависит от этого. Именно поэтому нам нужна популяционная стратегия в масштабах страны, тесная работа со СМИ, информирование населения о важности физической активности, правильном питании, а для закрепления эффекта стоит говорить и о последствиях нездорового образа жизни. Нам надо донести до наших сограждан понимание того, что большая часть ответственности за состояние здоровья лежит на них, и именно от них в большой степени зависит продолжительность и качество жизни. И если ты позволяешь себе курить, злоупотреблять алкоголем, нерационально питаться, то ты должен понимать, что если ты не будешь о себе заботиться, то через 20 лет начнутся проблемы, которые будет очень сложно решать. Как бы ни была сложна эта цель, но она достижима. Например, в Финляндии в 70–80-е годы прошлого века этого добились, но у наших соседей ушло на это 15–20 лет, а у нас с вами только семь.



Перейти на сайт Российского кардиологического общества — scardio.ru

Контролируем факторы риска

— По данным эпидемиологических исследований, в среднем 40% населения страны — гипертоники, следовательно, и частота высокого риска по шкале SCORE также высока. Стратегия высокого риска — это сложная, но важная концепция. Мы должны выявлять пациентов с высоким риском развития сердечного заболевания

и максимально активно с ними работать, а это даже не ранняя диагностика, ведь патологии еще нет. Мы очень много говорим о диспансеризации, но давайте признаем, что плоды ее не всегда успешны. Мы выявляем людей с высоким риском, но зачастую наши дальнейшие действия не слишком активны. У врачей недостаточно навыков работы с группой риска, когда есть только предрасположенность к заболеванию.



Я думаю, что именно эта стратегия должна стать основой тех результатов, которые мы должны достичь к 2024 году.

Для оценки принадлежности к группе риска рассматриваются объективные признаки: возраст, курение, артериальное давление, состояние липидного обмена. Доказана прямая зависимость риска инфаркта миокарда от статуса курения, уровней систолического и диастолического АД.

Риски начинают существенно расти при превышении 140 мм. рт. ст. Это и есть обоснование того, почему за последние 20 лет во всем мире ассоциации кардиологов снижают пороги диагностики артериальной гипертонии, понижают уровень целевого АД. Из причин высокой смертности от болезни системы кровообращения на первом месте стоит артериальная гипертензия, на втором — нарушения липидного обмена, на третьем — курение, а затем те факторы, на которые мы можем повлиять в рамках профилактики. Именно концентрация на пациентах групп высокого риска позволит нам добиться результатов в рамках реализации нацпроекта.

Вторичная профилактика

— Вторичная профилактика — это то, чем мы занимаемся каждый день. Она касается людей, которые уже перенесли острые коронарные эпизоды, инсульт, болящих сахарным диабетом с сопутствующими сосудистыми осложнениями, больных с сердечной недостаточностью, с аритмиями. Мы умеем спасать таких больных при острых ситуациях и тем самым продлевать им жизнь. Однако на сегодняшних достижениях мы не должны останавливаться:

«Чтобы держать пациентов на контроле, человек должен быть уверен, что его примут, выслушают. Для него должно быть очевидно, что он под сопровождением. Пациент не должен чувствовать, что он просто предоставлен сам себе».

важно обеспечить длительное диспансерное динамическое наблюдение за такими больными. Например, больные с сердечной недостаточностью, с фибрилляцией предсердий должны всегда находиться под пристальным вниманием врача. Поэтому в стране активно развиваются центры по ведению больных с сердечной недостаточностью, центры антикоагулянтной терапии, и результаты их работы видны.

С чего начать

— Все звенья оказания медицинской помощи работают правильно и согласно сегодняшним требованиям. Нельзя сказать, что какое-то из них упускает пациента. Важно именно сейчас поднять первичное звено с его лечебно-профилактическими возможностями до нового уровня, в это будут вкладываться большие деньги, и их надо правильно потратить. Провели диспансеризацию, выявили группу риска — лечите больного, не отпускайте его. Гораздо большая проблема в том, что наши сограждане не очень охотно идут на диспансеризацию. Причин много, но нередко люди уверяют, что на это нет времени, а так бы они с радостью. Правительство предложило выделять выходной день для прохождения

обследования — это правильно, на мой взгляд, но должен быть какой-то контроль, чтобы этот так называемый целевой отгул был использован по назначению.

Успехи здравоохранения и задел на будущее

— За последние 20 лет система здравоохранения достигла огромных успехов: по всей стране создана сеть сосудистых центров, центров сердечно-сосудистой хирургии; обеспечена возможность первичных вмешательств при остром коронарном синдроме. Все уже забыли, что такое лист ожидания на проведение коронарного шунтирования. Только подумайте, 20 лет назад пациент мог стоять в очереди на кардиохирургическую операцию больше года! Безусловно, есть проблемы. Например, пациента прооперировали, провели лечение, положенное после операции, а потом человек уходит с уверенностью, что теперь с ним все в порядке, но это не так. Все должны понимать, что пациент с сердечно-сосудистым заболеванием после вмешательства нуждается в реабилитации, диспансерном наблюдении. Это направление работы, я уверен, будет активно развиваться. ||