

Российский кардиологический
научно-производственный комплекс

Профессор Ипатов П.В.

Доклад

**Проблемы оказания первой помощи при
внезапной сердечной смерти и остром
коронарном синдроме**

Число и доля (%) умерших в стационарах и вне стационаров по классу болезней системы кровообращения в 2007 году в Российской Федерации

Наименование причин смерти	Общее число умерших	Число (%) умерших в стационарах	Число (%) умерших вне стационаров
Болезни системы кровообращения (БСК)	1 185 172*	202 633 (17%)*	982 539 (83%)
• ишемическая болезнь сердца (ИБС)	594183*	78 781 (13%)*	515 402 (87%)

Общее число и доля (%) умерших в стационарах и вне стационаров от болезней сердца в 1999 году в Соединенных Штатах Америки

(Zheng Z.J. et al. Weekly February 15, 2002 / 51(06);123-6)

	Общее число умерших	Место смерти			
		В госпитале		Вне госпиталя	Место смерти не известно
		Всего	В приемном отделении		
Болезни сердца (коды МКБ-10: I00-I09, I11, I13 и I20 -I51, Q20-Q24)	728 743	52,6 %	16,5 %	46,9 %	0,5 %

Официальная статистика

Впервые с этого года стала представлять данные о

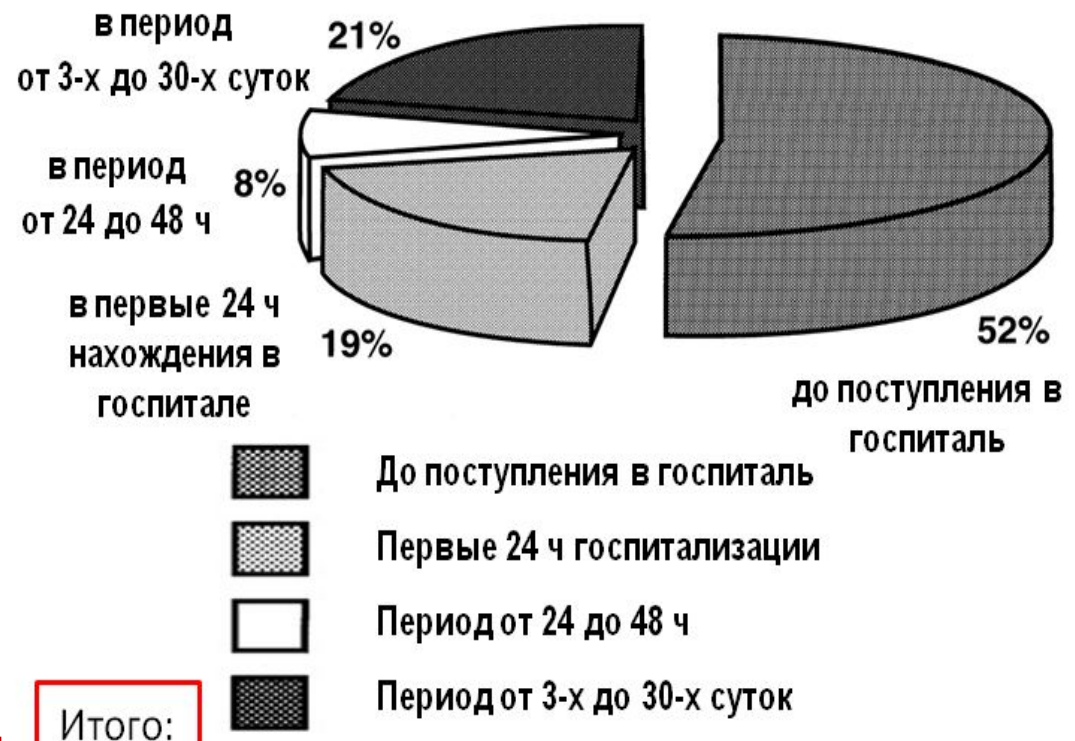
Число умерших от инфаркта миокарда в стационаре и на дому в 2008 г.

	Число умерших, тыс.		
	Всего	В стационаре	На дому
Российская Федерация	66158	40355 (61%)	25803 (39%)

Судя по этим данным мы опять «впереди планеты всей» и существенно превосходим Соединенные Штаты Америки, где

Доля (%) умерших от инфаркта миокарда на догоспитальном и госпитальном этапах оказания помощи в Соединенных Штатах Америки

Взрослое население всех возрастных групп



До поступления в стационар	- 52 %
В стационаре	- 48 %

* Circulation 2000;102:I-172-I-203



Смертность населения в возрасте **25-64 лет** в трех районах Новосибирска от острого инфаркта миокарда в период с 1992 г. по 1995 г. включительно*
(Гафаров В.В., Благинина М.Ю.– Кардиология. – 2005. - № 5)

Место смерти	Число умерших					
	Всего		мужчин		женщин	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дома до прибытия врача	583	53,4	416	54,3	167	51,6
Дома в присутствии врача	25	2,3	15	2,0	10	3,5
В общественном месте	26	2,4	18	2,3	8	3,0
При транспортировке в больницу	13	1,2	9	1,2	4	1,5
На рабочем месте	84	7,7	63	8,2	21	6,5
На улице	107	9,8	91	11,8	16	5,1
Итого вне стационара	838	76,8 %	612	80,0 %	226	69,5 %
В стационаре	253	23,2 %	154	20,0 %	99	30,5 %
Все места	1091	100	766	100	325	100

*Эпидемиологическое исследование с **международным контролем качества** диагностики ИМ (Центром контроля качества г. Данди (Шотландия). Количество вскрытий от общего числа умерших составило 84,6 % (924 человека).

Число умерших от болезней системы кровообращения на догоспитальном этапе из 100 умирающих по этой причине жителей Баку в 1998 – 2000 гг.

Причины смерти	Число умерших на догоспитальном этапе из 100 умирающих по этой причине жителей		
	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Болезни системы кровообращения	92	94	96
В том числе:			
• Гипертоническая болезнь	73	93	85
• Ишемическая болезнь сердца (ИБС) с гипертонической болезнью	88	85	80
• ИБС без гипертонии	99	95	96
• Острый инфаркт миокарда	97	97	99
• Цереброваскулярные заболевания	97	97	95

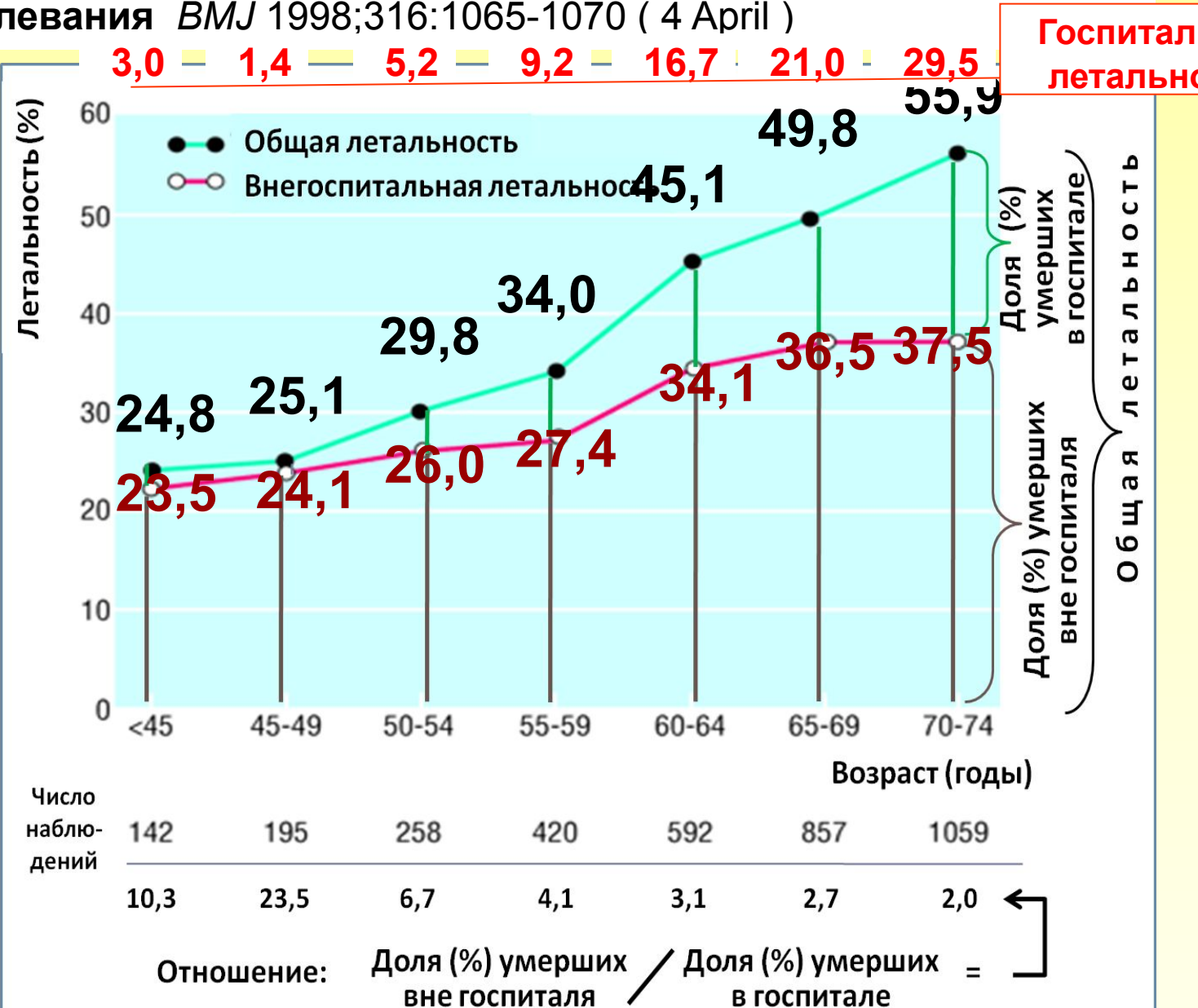
Алиев А.Ф. Анализ причин внебольничной смертности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2003. - №2. – С. 30-34.)

Еще более сложная ситуация со статистикой ОКС и ВКС

Данные эпидемиологического исследования в трех регионах Англии (Brighton, южный Glamorgan, и York) с населением около 1 млн. жителей. Анализ **3 523** случаев смерти **от острых форм ИБС**, произошедших вне стационара и в стационаре до 30 дня заболевания *BMJ* 1998;316:1065-1070 (4 April)

Острые формы ИБС:

- **ОКС** (нестабильная стенокардия и ИМ)
- **Внезапная смерть:**
 - больных ИБС
 - на фоне ангинозных болей
 - на фоне стеноза КА на 50% и более (по результатам вскрытия)



Число случаев смерти от острых коронарных эпизодов (ИМ+НС+ВКС), произошедших вне стационара и в стационаре, число выживших и умерших на каждом этапе оказания помощи до 30 дня заболевания в трех регионах Англии в 1994-1995 г.

Возраст (лет)	Общее число случаев	Число умерших вне госпиталя	Догоспитальная летальность (%) *	Поступило в госпиталь	Число смертей в госпитале	Госпитальная летальность (%) **	Общая (догосп+госп) летальность (%) ***	Доля (%) умерших вне госпиталя
<45	132	31	23,5	101	3	3,0	25,8	93,9
45-49	195	47	24,1	148	2	1,4	25,1	95,9
50-54	258	67	26,0	191	10	5,2	29,8	87,0
55-59	420	115	27,4	305	28	9,2	34,0	80,4
60-64	592	202	34,1	390	65	16,7	45,1	75,7
65-69	857	313	36,5	544	114	21,0	49,8	73,3
70-74	1059	397	37,5	662	195	29,5	55,9	67,1
<45-74	3523	1172	33,3%	2351	417	17,7%	45,1%	73,4%

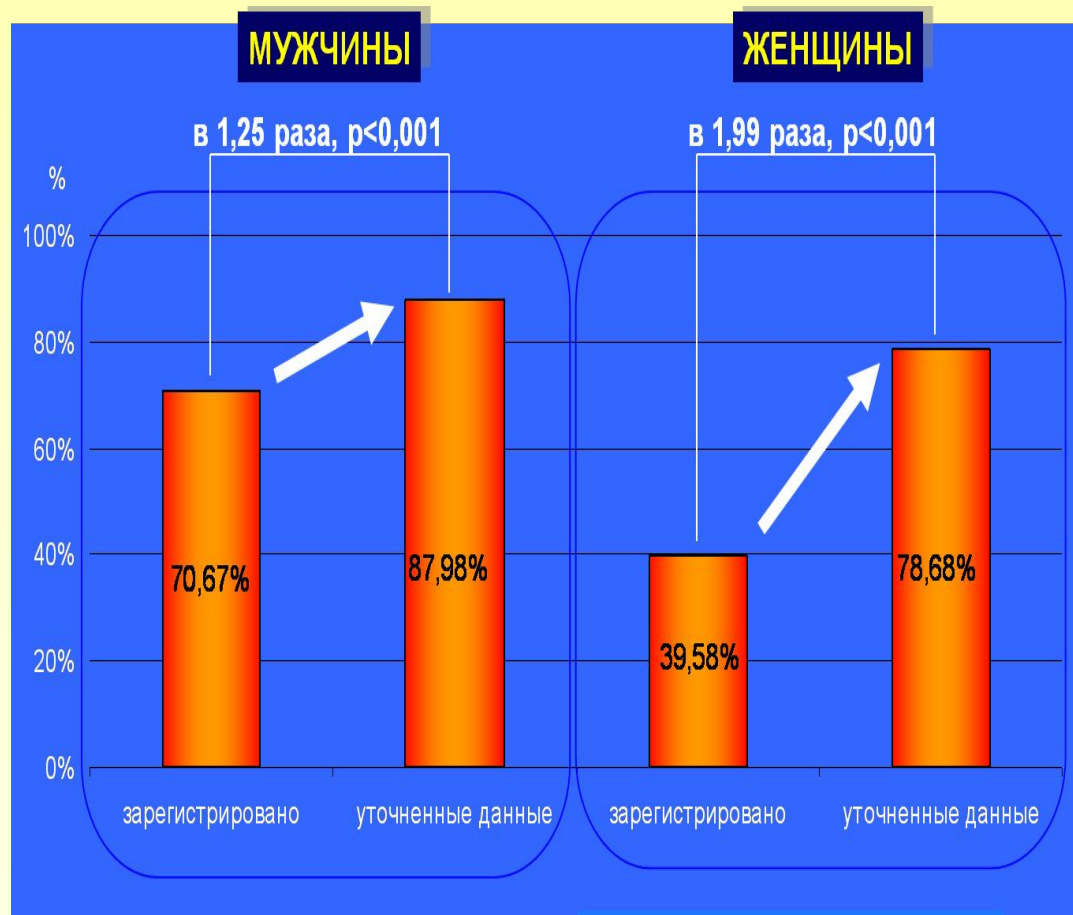
(Norris R. M. Fatality outside hospital from **acute coronary events** in three British health districts, 1994-5. *BMJ* 1998;316:1065-1070)

Показатели летальности в зависимости от места и времени наступления смерти от ИМ и ВКС мужчин и женщин Москвы в возрасте от 35 до 64 лет в период с 1985 по 1990 г.г. в сравнении с аналогичными усредненными показателями в 29 городах 18 стран мира

Страна	Населенный пункт, популяция	28-дневная летальность (общая) (%)		28-дневная госпитальная летальность (%)		28-дневная госпитальная летальность без умерших в первые сутки		Догоспитальная летальность (%)		Летальность в первые сутки (24 часа) от начала ИМ (%)	
		Муж	Жен.	Муж	Жен.	Муж	Жен.	Муж	Жен.	Муж	Жен.
Россия	Москва	58.9	64.2	29.8	40.1	17.3	26.0	41.6	40.2	50.6	51.7
Усредненные данные по 29 городам 18 стран мира		49.4	51.3	21.8	26.9	13.5	16.4	32.4	32.2	40.9	41.7

• *Chambless L., et al. Circulation. 1997; 96:3849-3859. От России в глобальном проекте ВОЗ МОНИКА участвовали: Т. Варламова (главный исследователь), В. Наумова, М. Осокина, Н. Сердюченко, Н. Попова. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва)*

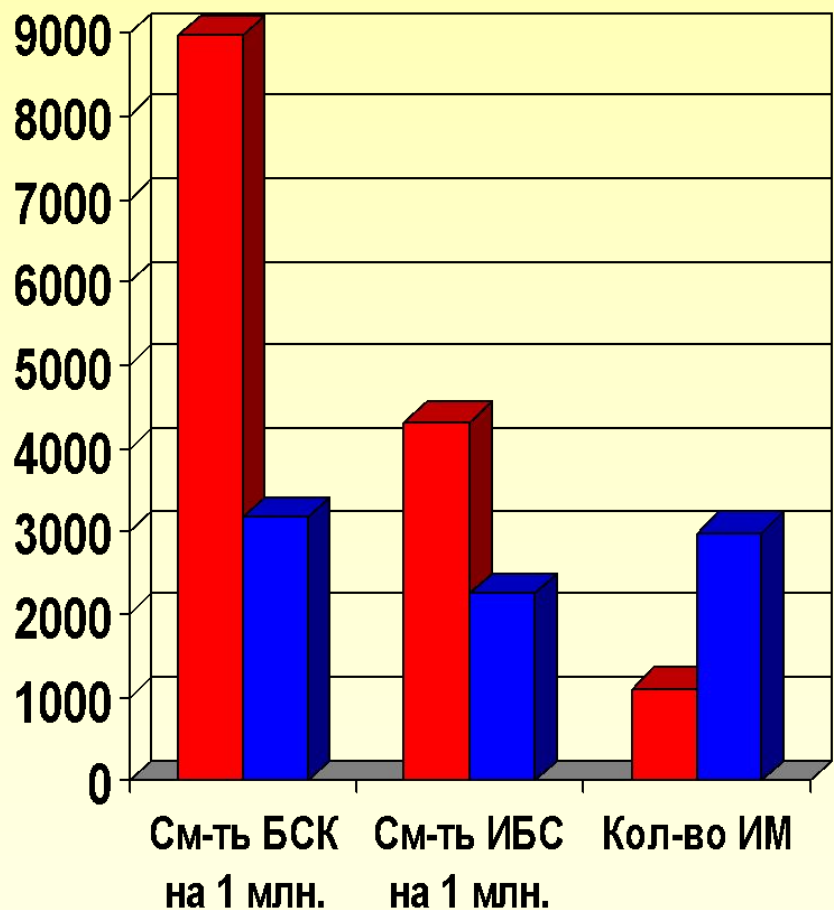
В рамках российского эпидемиологического исследования РЕЗОНАНС в трех города Российской Федерации (Рязань, Воронеж, Ханты-Мансийск) **анализировались** медицинские свидетельства и акты о смерти, амбулаторные карты, протоколы аутопсий, документация станций СМП, клиническая картина, предшествующая смерти и анамнез заболевания, производился опрос родственников и свидетелей смерти. **Выявлено 1972 случая смерти** от острых форм ИБС, включающие **острый инфаркт миокарды, нестабильную стенокардию и внезапную коронарную смерть.**



Результаты исследования показали, что смертность от острых форм ИБС значительно превышает официально зарегистрированную, **80 % нераспознанных острых форм ИБС скрываются под «маской» хронических форм ИБС.** **Доля умерших на догоспитальном этапе мужчин в исследуемых популяциях составила 88 %, а женщин - 79 % от числа всех случаев смерти от острых форм ИБС**

Данные из материалов доклада **Никулиной Н.Н., Якушина С.С., Бойцова С.А.** на конференции "Неотложная кардиология 2009»

Результаты исследования РЕЗОНАНС позволяют понять следующие парадоксы нашей статистики:



Показатели смертности от болезней системы кровообращения в РФ и США

■ РФ 2005
■ США 2003

Доля (%) острого инфаркта миокарда (в т.ч. повторного) в составе причин смерти от болезней системы кровообращения
(Т.М.Максимова, Н.П. Лушкина. 2009*)

Возрастные группы (лет)	Россия*	США	Япония	Германия	Франция	Разница с Россией
Женщины						
55-64	6,3	24,2	15,4	26,2	17,9	2,5 - 4 раза
65-74	6,4	22,8	16,5	23,5	18,5	2,5 – 4 раза
75 и старше	3,4	17,3	12,8	12,0	11,5	3 - 5 раз
Мужчины						
55-64	8,5	28,3	21,6	36,1	29,7	2,5 – 4 раза
65-74	6,7	25,6	19,5	29,8	22,9	3 -4 раза
75 и старше	4,5	20,5	14,7	17,9	15,2	3 – 4 раза

* В таблице приводятся данные по России, полученные по специальной разработке базы данных Росстата за 2006 г.

Повозрастная смертность от ИБС и Инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2007 году

Возраст	Смертность населения от ИБС	Смертность населения от ИМ	Смертность от ИБС	
			Смертность от ИМ	
30-34	19,5	2,2	8,9	<p>Какие формы ИБС дают у людей в возрасте от 30 до 60 лет в 6-9 раз более высокую смертность, чем смертность от Инфаркта миокарда</p>
35-39	39,5	4,9	8,1	
40-44	84,0	11,3	7,4	
45-49	154,5	23,3	6,6	
50-54	271,1	40,8	6,6	
55-59	441,2	70,7	6,2	
60-64	682,1	107,0	6,4	
65-69	1046,0	153,4	6,8	
70-74	1641,6	211,7	7,8	
75-79	2757,6	282,5	9,8	
80-84	4188,3	343,7	12,2	
85 и старше	7910,7	376,3	21,0	
мужчины 16-59, женщины 16-54	104,6	15,8	6,2	
мужчины 60 и более, женщины 55 и более	1687,4	176,4	9,6	

Смерть на дому от ИМ + ВКС

Смерть на дому от ИМ

Заболеваемость, летальность, смертность и 28-дневная выживаемость от острого, в том числе повторного ИМ в России (**расчетные усредненные данные**)



Заболеваемость, летальность и смертность от ИМ и внезапной коронарной смерти в России (расчетные данные на основе исследования РЕЗОНАНС)



Общее число заболевших, умерших и общая летальность от инфаркта миокарда (ИМ) в 12 субъектах РФ (расчетные данные ** на основе представленных материалов * и результатов эпидисследований)

Субъект РФ	Число госпитализированных б-х ИМ (в средн. 63% от общ. числа заболевших)	Умерло от ИМ (+ от ВКС)			Общее число заболевших	Общее число умерших	Общая летальность от ИМ
		В стационаре, % / абс. число	На этапе СМП (в среднем 2 % от числа госпитализированных)	Дома, на работе и др. местах (в средн. 35% от общ. числа заболевших)			
Алтайский край	1334*	15,2%*/ 203**	27**	741 (+667 ВКС)**	2117**	971**	45,8 %**
Республика Башкортостан	2598*	14,5%*/ 377**	52**	1443 (+1299 ВКС)**	4124**	1872**	45,4 %**
Белгородская область	958*	13%*/ 125**	19**	532 (+479 ВКС)**	1521**	676**	44,5 %**
Воронежская область	1918*	15,6%*/ 299**	38**	1066 (+959 ВКС)**	3044**	1403**	46,1 %**
Ивановская область	1325*	11,5%*/ 152**	26**	736 (+662 ВКС)**	2103**	914**	43,5 %**
Иркутская область	1562*	14,1%*/ 220**	31**	868 (+781 ВКС)**	2479**	1119**	45,1 %**



Число умерших от ВКС составляет ориентировочно: 1/3 часть от общего числа заболевших ИМ или 2/3 от общего числа умерших от ИМ или 9/10 от числа умерших от ИМ на дому

Общая летальность от инфаркта миокарда (ИМ) и ориентировочное число случаев ВКС в 12 субъектах РФ (расчетные данные** на основе представленных материалов* и результатов эпидисследований)

Субъект РФ	Число госпитализированных б-х ИМ (в средн. 63% от общ. числа заболевших)	Умерло от ИМ (+от ВКС)			Общее число заболевших ИМ	Общее число умерших от ИМ	Общая летальность от ИМ
		В стационаре, % / абс. число	На этапе СМП (в среднем 2 % от числа госпитализированных)	Дома, на работе и др. местах (в средн. 35% от общ. числа заболевших ИМ)			
Республика Карелия	680*	Нд ≈15%* / 102**	14**	378 (+340 ВКС)**	1079**	494**	45,8 %**
Красноярский край	2349*	13,8%* / 324**	47**	1305 (+1175 ВКС)**	3729**	1676**	44,9 %**
Сахалинская область	426*	20,1%* / 86**	9**	237 (+213 ВКС)**	676**	332**	49,1 %**
Свердловская область	3347*	18%* / 602**	67**	1859 (+1673 ВКС)**	5313**	2528**	47,6 %**
Ставропольский край	1152*	19%* / 219**	23**	640 (+576 ВКС)**	1829**	882**	48,2 %**
Чувашская Республика	1115*	13,3%* / 148**	22**	619 (+ 557 ВКС)**	1770**	789**	44,6 %**

Число умерших от ВКС составляет ориентировочно: 1/3 часть от общего числа заболевших ИМ или 2/3 от общего числа умерших от ИМ или 9/10 от числа умерших от ИМ на дому.

ВЫВОДЫ:

- ▶ В Российской Федерации в настоящее время дома, на даче, на работе, в общественных и других местах умирает 35-40 % всех заболевших ИМ и более 80 % всех умирающих от ИМ
- ▶ Число случаев внезапной коронарной смерти составляет около 30-35 % от числа случаев ИМ и практически все они погибают дома, на даче, на работе, в общественных и других местах

До прибытия врача (фельдшера) в стране погибает от ОКСи ВКС около **280 тыс.** чел./год
Из них только **20 %** погибают **действительно внезапно** (в первый час от начала симптомов)
За жизни остальных 225 тыс. граждан можно и нужно бороться

Основная роль в этой борьбе принадлежит первой помощи, проблемы организации которой мы рассмотрим далее

Второй очень важный вывод -

Все **наши усилия** направленные на быстрое, полное выявление и госпитализацию больных ОКС неизбежно **должны привести к увеличению смертности и летальности от инфаркта миокарда**, но также неизбежно они должны привести и к увеличению числа сохраненных жизней и **снижению показателей смертности и летальности от ИБС**. Этот критерий и должен стать основным в оценке эффективности проводимых мероприятий

В этом аспекте очень демонстративен пример с совершенствованием догоспитального этапа помощи и проведением раннего тромболитизиса в г. Владивостоке: собрали врачей СМП, обучили методике лечения, оснастили тромболитиками (метализе) информировали поликлиники, население и больных ИБС – в результате госпитальная летальность и частота осложненного течения ИМ увеличились. Количество ОИМ, осложнённых кардиогенным шоком, выросло в 2,3 раза, Уровень госпитальной летальности пациентов при догоспитальном применении Актилизе/Метализе составил 4,3%. Уровень летальности при отсроченной тромболитической терапии препаратом стрептокиназа в отделениях стационаров составил 20,5 %

*Лебедев С.В., Балашова В.Н., Пшенникова Е.В., Кузнецов В.В., Шуматов В.Б.
Эффективное лечение острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе: миф или реальность. Журнал «Трудный пациент» -2007. - №8.
-(http://www.t-patient.ru/archive/tp8-2007/tp8-2007_337.html)*

Медицинские центры (госпитали) США, имеющие лучшие и худшие показатели летальности от инфаркта миокарда в 2006-2007 гг.

Наименование госпиталя	Город	Штат	Летальность (%)	Число лечившихся больных в год
Госпитали с лучшими показателями летальности от ИМ – ниже, чем в среднем по стране (16,4 %) в 2006-2007 гг.				
Lehigh valley hospital	Allentown	PA	11.6	354
Umass memorial medical center inc	Worcester	MA	12	299
St luke's roosevelt hospital	New york	NY	12.5	160
New york-presbyterian hospital	New york	NY	12.6	388
Lahey clinic hospital	Burlington	MA	12.6	198
Госпитали с худшими показателями летальности от ИМ – выше, чем в среднем по стране (16,4 %) в 2006-2007 гг.				
Danville regional medical center	Danville	VA	24	128
Kingman regional medical center	Kingman	AZ	22.2	63
Southern ohio medical center	Portsmouth	OH	22.1	67
Sparks regional medical center	Fort smith	AR	22.1	119
Caritas health care, inc	Elmhurst	NY	21.3	155

В США госпитальная летальность от ИМ колеблется в различных лечебных учреждениях от 9,3 % до 29,3 %, составляя в среднем по стране в 2007 году 16,4 %. На официальном сайте <http://www.usatoday.com/news/health/hospitals-graphic.htm> в любое время можно получить информацию какие стационары принимают для лечения больных ИМ, сколько больных в год проходит лечения в данном стационаре, какая летальность в предшествующие годы и средний уровень госпитальной летальности от ИМ в стационарах страны.

Летальность от инфаркта миокарда в лучших кардиологических центрах Соединенных Штатов Америки в 2007 году

	Best Hospitals: Heart & Heart Surgery	Общественная репутация (%)	Рейтинг «US News» (баллы)	Летальность от ИМ в 2007 г. (%)
1	Кливленд клиника Кливленд, Огайо	65.0	100.0	15,0
2	Клиника Майо Рочестер, Миннесота	48.0	81.0	14,2
3	Джонса Хопкинса госпиталь Балтимор, MD	21.8	52.5	16,5
4	Массачусетский генеральный госпиталь Boston, MA	20.8	49.5	13,8
5	Нью-Йоркский пресвитерианского университета госпиталь Нью-Йорк	19.3	47.7	12,3
Средний уровень госпитальной летальности в США - National average				16,4

Все наши попытки ввести первую помощь в Приказ «О порядке оказания медицинской помощи больным кардиологической профилю» не увенчались успехом их не пропустил Правовой Департамент Минздрава и Минюст.

Наконец то в сентябре этого года в Государственная Дума в третьем чтении приняла поправки в раздел IV Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и дополнила его статьей 191 следующего содержания:

"Статья 191. Оказание первой помощи

Первая помощь оказывается гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами), до предоставления им медицинской помощи.

Примерные программы учебного курса, предмета, дисциплины по оказанию первой помощи, а также перечень мероприятий по оказанию первой помощи разрабатывается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.»

Проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Об утверждении порядка оказания неотложной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения

4.1. Лица, обязанные оказывать первую помощь по закону или по специальному правилу должны обладать знаниями и навыками **по определению пульса на сонных артериях, артериального давления, частоты дыхания, проведению реанимационных мероприятий при внезапной сердечной смерти и оказанию первой помощи при сердечном приступе, а так же по применению автоматического кардиовертера-дефибриллятора** (в объеме, как правило, не менее 9 часового первичного образовательного курса-инструктажа).

Указанными знаниями и навыками целесообразно обладать также сотрудникам учреждений и организаций непосредственно контактирующим с большим числом постоянно меняющегося состава людей.

Проведение образовательного курса подготовки по вопросам оказания первой помощи, указанного в абзаце первом настоящего пункта, осуществляется **территориальными центрами медицины катастроф, а также медицинскими образовательными учреждениями среднего профессионального образования и кафедрами скорой медицинской помощи медицинских образовательных учреждений высшего профессионального и послевузовского профессионального образования с выдачей по завершению обучения свидетельства с указанием конкретных неотложных состояний, правила первой помощи при которых освоил обладатель свидетельства.**

По согласованию к реализации указанного образовательного курса могут быть привлечены школы первой помощи, созданные при региональных и местных отделениях служб спасения и при других организациях.

Задачи по подготовке учебных программ школ первой помощи в области неотложной кардиологии и привлечению к решению этих задач имеющегося учебно-методического потенциала целесообразно возлагать на главного специалиста по кардиологии субъекта Российской Федерации.

Проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Об утверждении порядка оказания неотложной медицинской помощи при
болезнях системы кровообращения

4.2. **Первая помощь оказывается немедленно при обнаружении первых признаков развития неотложного состояния в соответствии с методическими рекомендациями** и продолжается при необходимости до прибытия медицинского работника или бригады скорой медицинской помощи. **Методические рекомендации по оказанию первой помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (состояниях), указанных в п. 2 настоящего Порядка разрабатываются рабочей группой профильной комиссии по кардиологии под руководством главного специалиста-эксперта по кардиологии и утверждаются Экспертным советом в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.**

Проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Об утверждении порядка оказания неотложной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения

4.3. Для обеспечения возможности своевременного и эффективного оказания первой помощи лицам, имеющие повышенный риск развития сердечно сосудистых заболеваний и их фатальных осложнений проходят индивидуальное или в составе школ здоровья или школ для больных **обучение правилам оказания первой помощи (самопомощи) при том неотложном заболевании/состоянии, которое наиболее угрожает пациенту.**

Указанные школы проводятся на базе медицинского пункта семейного врача, амбулатории, отделения (центра) общей врачебной (семейной) практики, поликлиники, кардиологического кабинета силами их медицинского персонала, а также по решению органов местного самоуправления или руководства лечебно-профилактического учреждения на базе других лечебно-профилактических организаций

Проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при болезнях
системы кровообращения

4.4. Места массового скопления граждан и повышенной вероятности развития неотложных сердечно-сосудистых заболеваний и состояний для повышения эффективности оказания первой помощи оснащаются:

- автоматическими аппаратами для измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений;**
- автоматическими внешними кардиовертерами-дефибрилляторами с системой автоматической оценки ЭКГ и проведения дефибрилляции ;**
- аптечками для оказания первой помощи при неотложных сердечно-сосудистых заболеваниях и состояниях;**
- плакатами, поясняющими правила проведения реанимационных мероприятий и методику применения (использования) аппаратов для измерения АД, дефибрилляторов и аптечек первой помощи.**

Проект приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Об утверждении порядка оказания неотложной медицинской помощи при
болезнях системы кровообращения

4.4.1. Дефибрилляторами наиболее целесообразно оснащать места, через которые проходит более 1 тыс. взрослых людей в сутки и при наличии специально подготовленных согласно пункту 4.1 настоящего Порядка сотрудников (из службы охраны, милиционеры, дежурные по этажам, залам и т.д.), ответственных за применение дефибриллятора

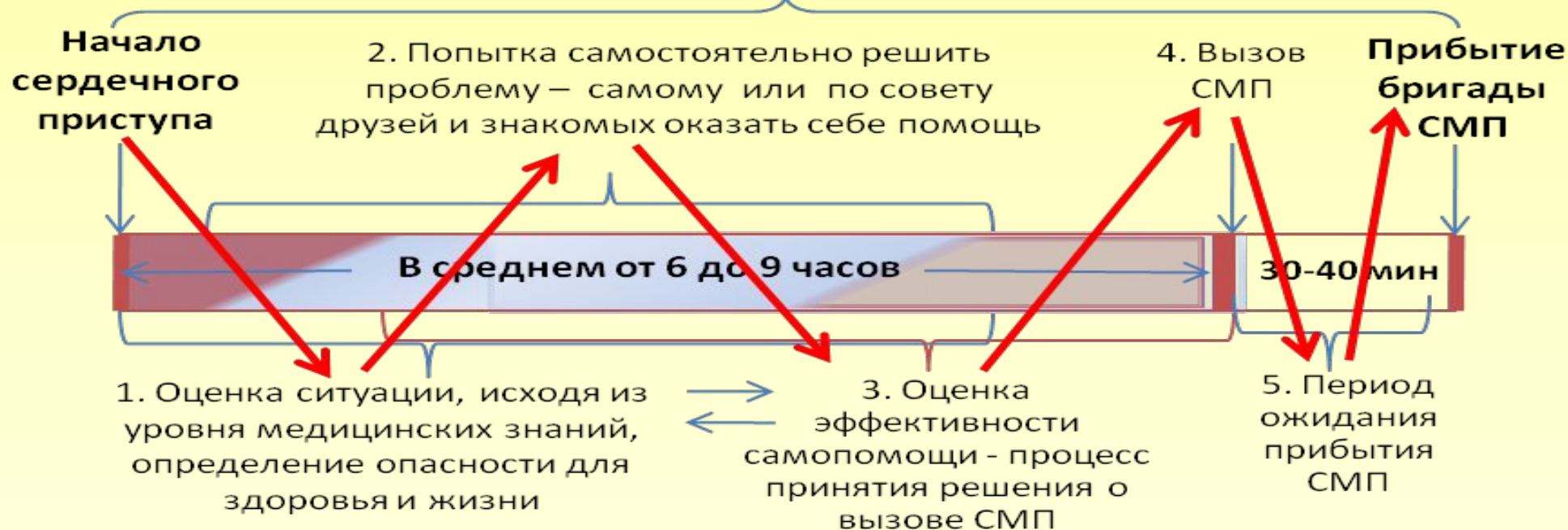
Основная задача догоспитального этапа оказания помощи пациенту с сердечным приступом - максимально быстро от начала появления симптомов доставить больного в БИТ и обеспечить проведение реперфузионной терапии
Временные интервалы этого периода представлены в таблице

Временные интервалы	Новосибирский регистр 22 года (n= 5180)		Москва 1984 - 1988 (Кириллов В. В.1997)	Российский ре- гистр (14 регионов, ноябрь 2008 – март 2009, n= 1332)	Европейский регистр ОКС (47 стран)
	В период 1977-1990	В период 1992-1998 .			
1 От появления симптомов до вызова скорой помощи	6 ч 20 мин	10 ч 20 мин	7 ч - 6 ч		
2 От вызова скорой помощи до прибытия скорой помощи	27 мин	45 мин	30мин – 15 мин	17 мин. (10-29 мин)	
3 От прибытия скорой помощи к больному до его госпитализации	До 3 ч	Более 3 ч	1 ч 30 мин – 1 ч 10 мин		
4 От момента госпитализации до начала проведения ТЛТ (показатель «дверь-игла»)					
5 От момента госпитализации до раздувания баллона в коронарной артерии; (показатель «дверь-баллон»)				1 ч 36 мин. (58-362 мин)	1 ч 33 мин (60-170 мин)
6 Интервал времени от начала болевого синдрома до ТЛТ				3 ч 15 мин (120-370)	
7 Интервал времени от начала болевого синдрома до доставки в стационар	9 ч	14 ч	9 ч 30 мин 7 ч 40 мин	9 ч 13 мин.	2 ч 58 мин

Очевидно, что показатели регистра ОКС требуют унификации, единого подхода, в основу которого должен быть положен принцип персональной ответственности за его выполнение
 В таблице первые 5 показателей соответствуют этому принципу и по нашему мнению должны стать базовыми

На рисунке представлены 5 основных периодов и задач, решаемых больным и его близкими от начала развития сердечного приступа до прибытия скорой медицинской помощи (СМП).

7 – 10 часов



Американская кардиологическая ассоциация (ACC) и ассоциация сердца (AHA) в своих совместных методических рекомендациях так формулирует задачу санитарно просветительной работы с пациентами
(ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction, 1999)

«**Врачи и другой медицинский персонал** должны ознакомить всех пациентов с заболеваниями сердца и, особенно, относящихся к группе высокого риска развития острого ИМ, с основными симптомами острого ИМ и неотложными мерами, которые необходимо предпринять после появления симптомов.

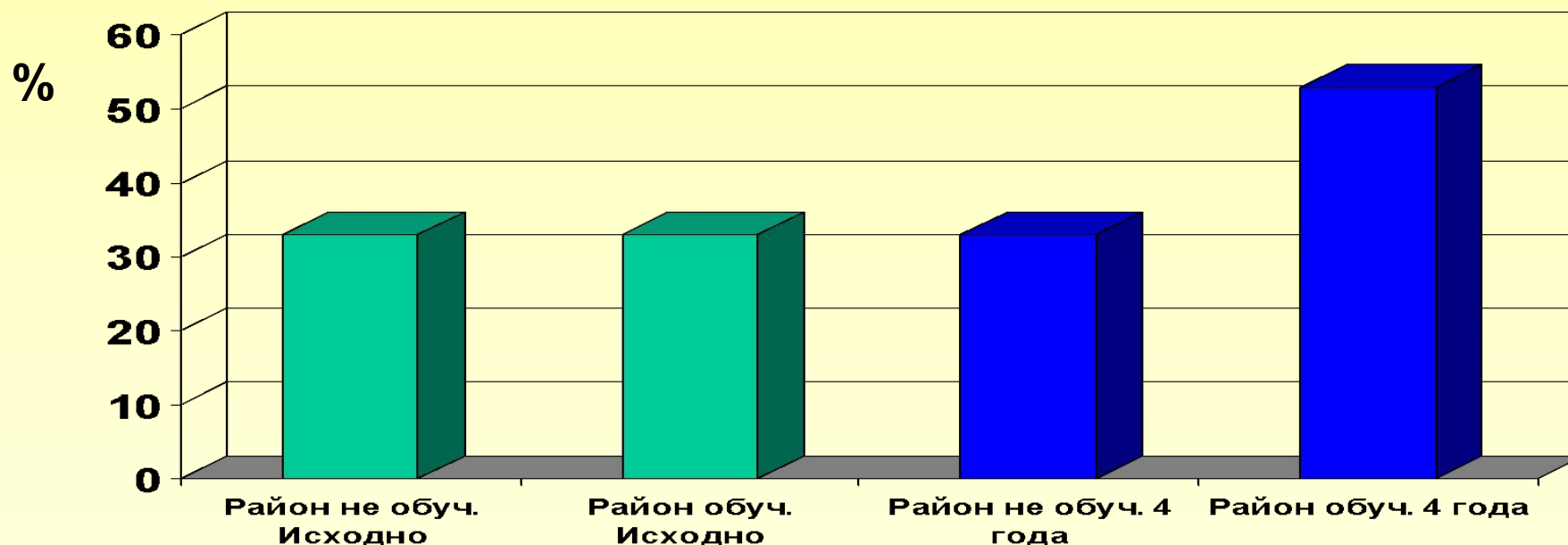
Пациент с высоким риском ИМ должен быть информирован:

- ▶ о необходимости как можно более **быстрого приема аспирина и нитроглицерина** после появления симптомов сердечного приступа
- ▶ о необходимости **срочного вызова службы неотложной медицинской помощи**
- ▶ об адресах ближайших клиник, оказывающих круглосуточную неотложную помощь при ИМ»

Информирование населения

The National Heart, Lung, and Blood Institute's National Heart Attack Alert Program (NHAAP, 1991): информирование больных и их окружающих о важности своевременного обращения за медицинской помощью

Частота вызовов СМП (исследование REACT, 4 года)



Разницы во времени задержки с вызовом СМП не было

но на 20 % возросло число вызовов неотложной помощи

Напротив, в Медицинском центре Управления делами Президента РФ за 4 года (1984-1988 г.г.) активного функционирования «Школы для больных ИБС и их родственников» с индивидуальной рекомендацией неотложной терапии болей в области сердца ишемического характера в домашних условиях и экстренного вызова скорой помощи при сохранении болевого синдрома привело:

□ К сокращению времени принятия решения о вызове скорой медицинской помощи **с 7 часов до 15-60 минут** от момента появления симптомов сердечного приступа

□ При этом частота вызовов скорой помощи стала **в 4 раза выше**, чем в среднем по Москве [20].

□ Кроме того, **у 42% пациентов** с типичным началом сердечного (ангинозного) приступа при последующей регистрации ЭКГ не было выявлено свежих очаговых изменений миокарда, что по мнению автора исследования свидетельствует о предотвращении развития ИМ вследствие своевременно и правильно оказанной первой помощи, согласно рекомендаций полученных в «Школе для больных ИБС».

Кириллов В.В. Современные подходы к совершенствованию скорой помощи больным с риском внезапной смерти на догоспитальном этапе. // Клиническая медицина. – 1997. - №12. – С. 17-22.

□ Учитывая реалии сегодняшнего дня в России, школы для больных ИБС смогут посещать не более 30-40 %, всех нуждающихся в этой информации.

□ Потенциально высокую эффективность, в плане сокращения времени принятия решения о вызове скорой помощи, может иметь **адресная (персональная) рассылка информационного листка о сердечном приступе, размещенного на сайте Всероссийского научного общества кардиологов** всем лицам старше 40 лет жителям конкретного района с указанием в нем конкретного адреса, телефонов и времени работы поликлиники, где пациенту определяют степень риска развития сердечного приступа, а также адрес и телефоны больницы где ему в любое время окажут специализированную медицинскую помощь при развитии сердечного приступа.

□ Такой листок должен быть подписан главой органа власти данного муниципального образования в области здравоохранения и/или заведующим районной поликлиники и главным врачом больницы

□ Кроме того, листок должен содержать информацию, что **состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова скорой помощи**, так как значительная часть лиц умерших на дому находилась в состоянии алкогольного опьянения.

Уважаемые жители района _____!

В связи с высокой смертностью населения нашего района от сердечных приступов прошу всех жителей, особенно в возрасте старше 40 лет, принять настоящую информацию к сведению

Если Вы хотите без очереди и бесплатно узнать свой риск развития сердечного приступа и что необходимо делать, чтобы его уменьшить позвоните по телефону _____ и Вам сообщат удобное для Вас время посещения поликлиники

В нашем районе в больнице № __ по адресу: _____ телефон _____ в любое время дня и ночи Вам окажут бесплатную специализированную помощь при развитии сердечного приступа

Руководитель муниципального образования _____
Подпись Ф.И.О.

Как распознать **СЕРДЕЧНЫЙ ПРИСТУП** и что делать, чтобы спасти жизнь при его развитии

Ежегодно в России у **570 000** человек развивается сердечный приступ и **340 000** погибает от него (**летальность 60%**). При этом в большинстве случаев смерть наступает в первые минуты и часы от начала приступа - дома, на даче, на работе и других местах еще до прибытия скорой помощи.

Вероятность смерти от сердечного приступа можно существенно снизить, если действовать согласно настоящим рекомендациям и своевременно вызвать скорую помощь. Жители многих стран мира вызывают скорую помощь через **2-4 часа** от начала сердечного приступа, в России это происходит – **через 8-10 часов!** Это одна из основных причин сверхвысокой смертности особенно мужчин в нашей стране.

Сердечный приступ - тяжелое патологическое состояние, обусловленное остро возникающим недостатком кровоснабжения сердечной мышцы (закупорка тромбом и/или спазм, как правило, в области атеросклеротической бляшки артерии, питающей сердце) с развитием ишемии и некроза (отмирания) участка этой мышцы. **Некроз сердечной мышцы в медицине называется инфарктом миокарда, а смерть в первый час от начала приступа называется внезапной сердечной смертью.**

Как определить, что это именно сердечный приступ

Для сердечного приступа наиболее характерно появление в области груди (за грудиной), левого плеча (предплечья), левой лопатки, левой половины шеи и нижней челюсти, обеих плеч, обеих рук, нижней части грудины вместе с верхней частью живота интенсивных или умеренно выраженных болей давящего, сжимающего, жгущего или ломящего характера (боли колющие, режущие, ноющие, усиливающиеся при перемене положения тела или при дыхании **не характерны для сердечного приступа**).



Наиболее вероятные зоны появления боли при сердечном приступе

Не редко на фоне боли без очевидных причин появляется одышка, слабость или выраженная потливость. Для сердечного приступа характерна продолжительность боли более 5 мин

Что необходимо делать при возникновении сердечного приступа

При возникновении приступа необходимо следовать инструкции полученной от лечащего врача. Если такой инструкции не было - действуйте согласно следующему алгоритму (краткое его изложение представлено на рисунке, который можно вырезать и хранить при себе).

Сесть (лучше в кресло с подлокотниками)

или лечь в постель с приподнятым изголовьем, принять 0,25 г аспирина (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).

Если после приема аспирина и нитроглицерина боли полностью исчезли и состояние улучшилось, необходимо вызвать участкового (семейного) врача на дом и в последующем действовать по его указанию.

При сохранении боли необходимо второй раз принять нитроглицерин и **срочно вызвать скорую помощь**. Если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.

При вызове скорой помощи желателен пользоваться схемой текста – обращения к диспетчеру скорой помощи и стараться говорить коротко и четко. **Помните**, что состояние алкогольного опьянения в этой ситуации не является разумным доводом для откладывания вызова скорой помощи.

Схема текста вызова скорой помощи

Сегодня в _____ ч. _____ мин. у (кого, возраст) возникли боли (*интенсивность, характер*) в области (*локализация боли*), отдающие или распространяющиеся в (*область распространения боли*). После принятых одной таблетки аспирина и нитроглицерина (*число таблеток, капсул, ингаляций*) боли сохраняются. Ранее таких болей никогда не было, (*если были то когда*). Кроме того, беспокоит (*одышка, слабость, сердцебиения, тошнота, рвота или др. проявления болезни.*) Адрес (*улица, номер дома, кортуса и подъезда, вход с улицы или со двора, номер кода на входной двери, этаж, квартира*). Подъехать лучше со стороны ...

Что желательно подготовить к прибытию врача скорой помощи

- Все лекарства или упаковки от лекарств, которые принимал больной накануне.
- **Перечень лекарств, которые не переносит больной или которые вызывают у него аллергию.**
- Электрокардиограммы, желательно расположенные по порядку, по датам их регистрации
- Медицинские справки, выписки, заключения, расположенные в хронологическом порядке

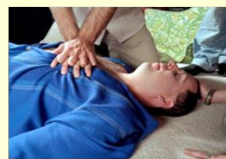
Если у Вас установлен диагноз ишемической болезни сердца или по заключению врача/фельдшера у Вас повышен риск развития сердечного приступа, Вам необходимо хорошо знать правила первой помощи при сердечном приступе и **всегда иметь в кармане аспирин и нитроглицерин**

Помните! Что аспирин и нитроглицерин принятые в первые 5 мин могут полностью предотвратить развитие инфаркта миокарда, что **аспирин и нитроглицерин есть в автомобильной аптечке, т.е. в любой автомашине находящейся рядом.**

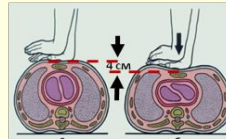
Кроме того, целесообразно чтобы Ваши родственники, проживающие совместно с Вами овладели элементарными навыками сердечно-легочной реанимации, определения частоты пульса на сонных артериях и измерения артериального давления.

Эти простейшие меры само- и взаимопомощи во много раз снижают летальность от сердечного приступа и позволят спасти жизнь Вашим родным и близким

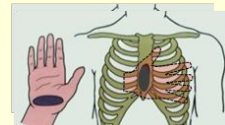
При отсутствии пульса на сонных артериях массаж сердца проводить до прибытия скорой помощи



80-100 надавливаний на грудную клетку в минуту на глубину 4 см



местоположение рук на грудной клетке больного



Руки прямые не согнутые в локтях



ВНИМАНИЕ!

Больному с сердечным приступом **запрещается** ходить, курить, принимать пищу до особого разрешения врача

Нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) **при**

непереносимости его (аллергические реакции) и уже осуществленном приеме его в этот день, а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Нельзя принимать нитроглицерин (НГ) при низком давлении крови, резкой слабости, потливости, головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи, координации движений


Если после приема НГ появилась резкая слабость, одышка, потливость, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее **НГ не** принимать

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ при сердечном приступе

При появлении давящих, сжимающих, жгущих, щемящих, ломящих, неопределенных, но явных (кроме колющих, режущих, постоянно монотонно ноющих, усиливающихся при дыхании) болей/ощущений в области груди, левого плеча, лопатки, обоих плеч действуйте, как указано на схеме

Если аспирин или нитроглицерин не доступны, а боли сохраняются более 5 мин – **срочно вызывайте скорую помощь**

1  АСПИРИН 0,25 г
Разжевать, проглотить


2  НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг
Таблетку под язык (капсулу раскусить)

ОБЕСПЕЧИТЬ ПОКОЙ И ДОСТУП СВЕЖЕГО ВОЗДУХА

Через 5 мин
Боли сохраняются → Боли исчезли

НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг
3  Под язык, не глотать
СРОЧНО ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ
Тел. 03

Через 10 мин
Боли сохраняются

НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг
4  Под язык, не глотать

ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ

ВНИМАНИЕ!

Больному с сердечным приступом **запрещается** ходить, курить, принимать пищу до особого разрешения врача

Нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при непереносимости его (аллергические реакции) и уже осуществленном приеме его в этот день, а также при явном обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

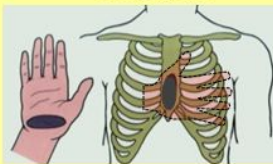
Нельзя принимать нитроглицерин (НГ) при низком давлении крови, резкой слабости, потливости, головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи, координации движений

Если после приема НГ появилась резкая слабость, одышка, потливость, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее НГ не принимать

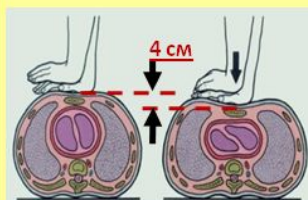
При отсутствии пульса на сонных артериях массаж сердца проводить до прибытия скорой помощи



местоположение рук на грудной клетке больного



80-100 надавливаний на грудную клетку в минуту на глубину 4 см



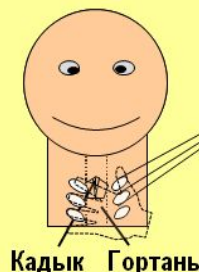
Руки прямые не согнутые в локтях



ПОМНИТЕ!

Что аспирин (ацетилсалициловая кислота) и нитроглицерин есть в автомобильной аптечке, т.е. в любой автомашине находящейся рядом

Что аспирин и нитроглицерин принятые в первые 5 мин могут полностью предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают летальность от него



Точки пальпации пульса (подушечками пальцев)



Информация, которую необходимо постоянно иметь при себе лицам с ишемической болезнью сердца и повышенным риском развития сердечного приступа (вырезать по пунктиру, сложить в виде маленькой книжки и носить в карманах одежды или в портмоне)

Ориентировочная стоимость и эффективность мероприятий по снижению летальности от инфаркта миокарда и других острых форм ИБС на этапах оказания медицинской помощи

Место смерти и доля (%) умерших на этапе оказания помощи	Число умерших	Число больных на этапе помощи	Летальность на этапе оказания помощи	Снижение летальности на 1 %	
				СПАСАЕТ	УСЛОВНАЯ СТОИМОСТЬ
Первая помощь (83 %)	280 000	570 000	49 %	5 714 жизней	Образовательные программы, школы, аптечки (буклеты) первой помощи
Скорая медицинская помощь (4 %)	14 000	288 000	5 %	2 800 жизней	Автомобили, вертолеты, их оснащение и подготовка кадров
Стационар (13 %)	44 000	274 000	16 %	2 750 жизней	3 млрд. руб. в год в течении 7 лет (затраты только федерального бюджета на сосудистую программу)
Санаторий (0 % или единицы)	0 или единицы	Около 100 000	0 или единицы	0	Необходимо увеличить мощность на 30-40 %
Амбулатория, поликлиника (0 % или единицы)	0 или единицы	230 000	0 или единицы	0	Необходимо увеличить мощность на 3-5 %

К выводу **о высокой эффективности первой помощи** пришли авторы крупного исследования, включающего **993** сотрудников общественных мест (крупных магазинов, залов, гостиниц, транзит-центров и т.п.) и **1074** проведенных ими эпизодов кардиопульмональной реанимации (из них в **527** случаях с применением автоматических наружных кардиовертеров-дефибрилляторов)

Частота внезапной сердечной смерти в общественных местах



Применение кардиовертеров-дефибрилляторов в США в 2002 г.

Служба первой помощи (парамедики), полицейские и пожарники	59 %
Школы и департаменты	17 %
Религиозные центры и места отдыха	12 %
Дома сестринского ухода (престарелых)	4 %
Больницы и другие медучреждения	8 %

Исследование показало значительно более высокую эффективность реанимации с применением дефибриллятора **(в 2 раза больше оживленных больных)** и позволило авторам сделать вывод о безопасном и эффективном использовании указанных дефибрилляторов специально подготовленным обслуживающим персоналом.

Эффективность первой помощи в зависимости от того кто ее оказывает

Свидетели или участники оказания первой помощи	Число (%) от всех случаев	Число (%) оказанной помощи прибывшими на вызов парамедиками	Число (%) выживших к 30 дню после реанимации
Никто (смерть без свидетелей)	474 (39 %)	70 (15 %)	0
Родственники или другие люди без мед. образования:			
- проводили сердечно-легочную реанимацию	177 (15 %)	169 (95 %)	14 (8 %)
- не проводили сердечно-легочную реанимацию	476 (39 %)	331 (70 %)	8 (2 %)
Врач общей практики, терапевт	27 (2 %)	15 (56 %)	7 (26 %)
Штатный парамедик	65 (5 %)	57 (88 %)	26 (40 %)
Общее число наблюдений	1219 (100 %)	642 (53)	55 (4,5 %)

(Norris R. M. *Fatality outside hospital from acute coronary events in three British health districts, 1994-5. BMJ 1998;316:1065-1070*)



В качестве примера упускаемых возможностей служит Программа оснащения полиции и пожарных в населенном пункте Олмстед Каунти (население 120 тыс.) штата Миннесота (США) автоматическими наружными кардиовертерами-дефибрилляторами,

что позволило за год провести успешную дефибрилляцию у 145 пациентов с последующей доставкой их в стационар. Только за счет соответствующего обучения и оснащения полиции и пожарных в США ежегодно спасают более 100 тыс. человек в год



(Источник: *Cardiology*, 2004, vol. 102, no1, pp. 41-47).

Возможности догоспитальной непрофессиональной реанимации показаны в исследовании

Sekimoto M Resuscitation 2001; 50(2): 153-160

-вероятность выживаемости при СЛР, проведенной окружающими на фоне Асистолии (**не** ФЖ) в течение первых 5 мин. не выше, чем выживаемость без СЛР

Но!

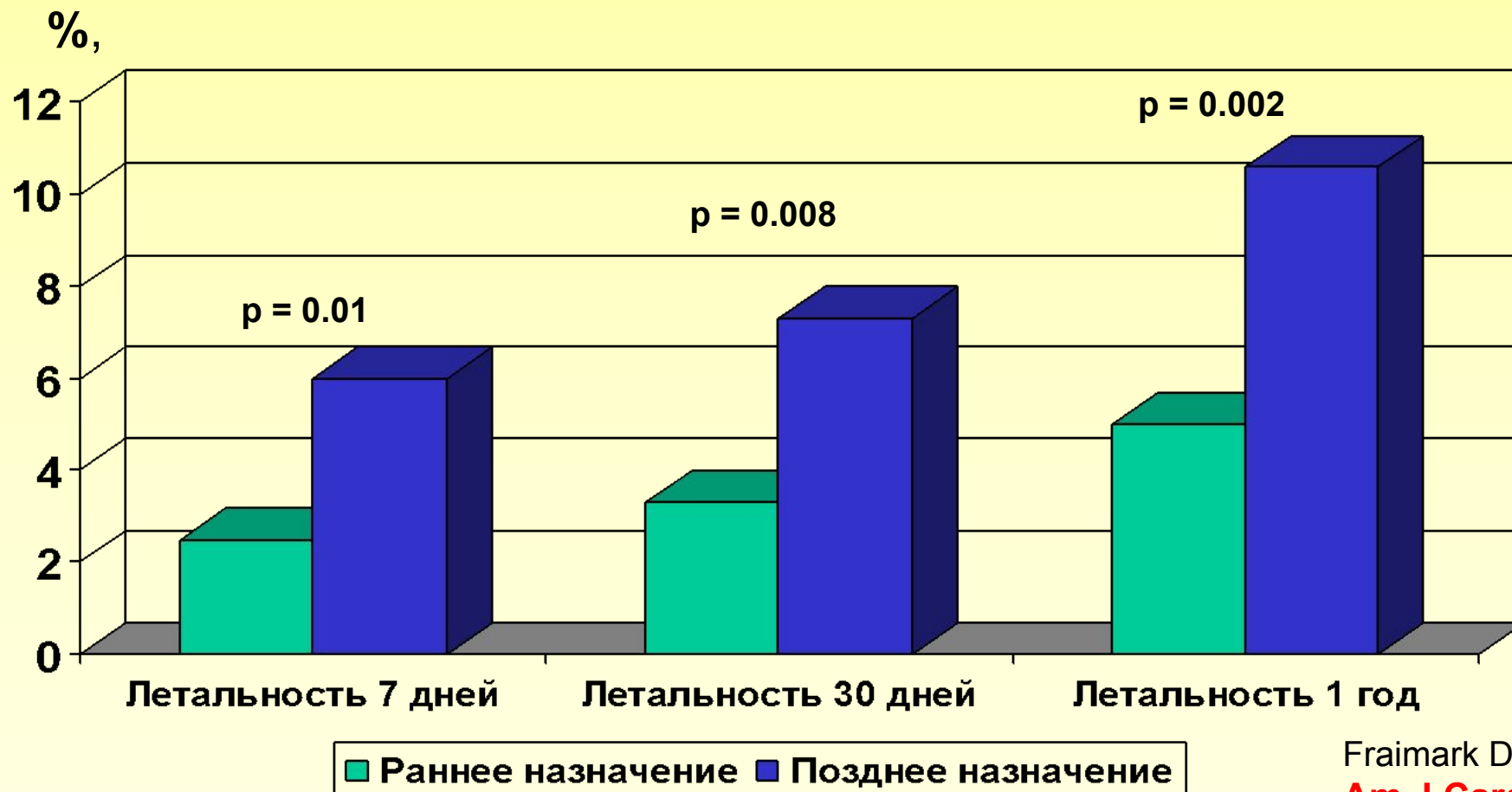
-вероятность выживаемости при СЛР, проведенной окружающими на фоне ФЖ в течение первых 5 мин. выше, чем выживаемость без СЛР **в 30 раз!**

Вклад (% доля) в снижение смертности от ИБС за счет лечения ОКС в США в период с 1980 г. по 2000 г. *Ford E.S. et al. N Engl J Med. 2007*

Лечение		Число пациен-тов	Полу-чившие лечение (%)	Число предотвращ. смерт. исходов	Вклад (% доля) в снижение смертности от ИБС за счет данного лечения	
Острый инфаркт миокарда		670 715	-	21 570	6,3%	100 %
	Реанимация догоспитальная	204 330	43 %	4 435	1,3 %	20,6 %
	Реанимация госпитальная	13 415	100%	4 095	1,2 %	19,0 %
	Тромболизис	670 715	20 %	2 410	0,7 %	11,1 %
	Аспирин	670 715	84 %	7 735	2,3 %	36,5 %
	Бета-блокаторы	670 715	7 %	340	0,3 %	4,8 %
	Ингибиторы АПФ	670 715	16 %	805	0,1 %	1,6 %
	Первичная ангиопластика	670 715	21 %	1 070	0,2 %	3,2 %
	Первичная АКШ	670 715	8 %	1925	0,6 %	9,5 %
Нестабильная стенокардия		665 360		13 575	4,0 %	100 %
	Аспирин и гепарин	665 360	60 %	6 350	1,9 %	47,5 %
	Аспирин без гепарина	665 360	17 %	790	0,2 %	5 %
	Клопидогрел и антогонисты IIb/IIIa	665 360	21	595	0,2 %	5 %
	Первичная ангиопластика	665 360	30 %	3 080	0,9 %	22,5 %
	Первичная АКШ	665 360	20 %	2 760	0,8 %	20,0 %

Проблема своевременного назначения аспирина

Раннее (медиана **1,6 часа**, до ТЛТ, n = 364) и **позднее** (медиана **3,5 часа**, после ТЛТ, n = 836) назначение аспирина



Frainark D. et al.
Am J Cardiol
2002;89:381-385

У нас по данным регистра на догоспитальном этапе только 38 % пациентов с ОКС получают аспирин

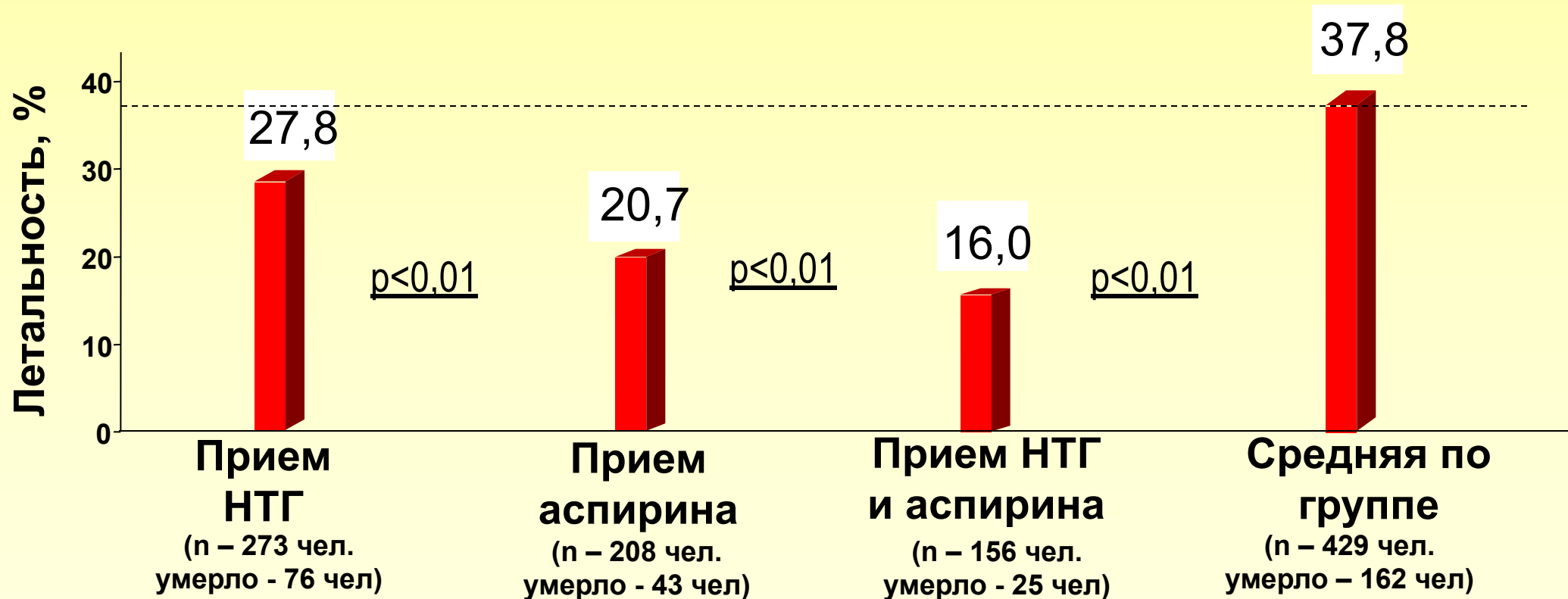
Причины неназначения парамедиками аспирина больным с ОКС

Причина	Количество случаев	Процент (%)
Боль в груди расценена не как кардиальная	13	(28,3)
Аспирин уже принимался в тот день	10	(21,7)
Боль утихла до прибытия СМП	3	(6,5)
Наличие ХСН	2	(4,3)
Парамедик забыл назначить	2	(4,3)
Аллергия на аспирин	1	(2,2)
Отказ пациента	1	(2,2)
Стенокардия Принцметала	1	(2,2)

Hooker EA et al. Prehosp Disast Med 2006;21(2):101n103.

Летальность от внутригоспитального ИМ в зависимости от раннего (первые 20 мин.) приема нитроглицерина и аспирина (n – 429 чел.)

Внутригоспитальный ИМ – инфаркт развившийся у больного, поступившего в госпиталь по поводу другого заболевания (терапевтического или хирургического). Эти больные находились под наблюдением врача с самого начала развития ИМ и до выписки или смерти



Ранний прием нитроглицерина и аспирина значительно снижает летальность

Результаты данных исследования позволяют сделать очень важный вывод: если обеспечить жителей страны, имеющих повышенный риск развития ИМ карманными аптечками, содержащими аспирин, нитроглицерин, алгоритм их приема и вызова скорой помощи, то можно обоснованно ожидать существенного снижения смертности населения нашей страны.

Сделать аспирин и нитроглицерин доступными практически любому жителю страны можно путем введения их в состав автомобильной аптечки, так как автомобильный парк в нашей стране по официальным статистическим данным более 34 млн. единиц и автомашины есть в любой самой отдаленной деревне.

Правильный прием аспирина и нитроглицерина в нужной последовательности и дозировках с последующей оценкой их действия – далеко не простая задача

И если у врача есть малейшее сомнение в способности больного ИБС правильно выполнить его рекомендации (что не редко бывает и не только у пожилых больных), то ему необходимо рекомендовать постоянно носить при себе и при необходимости использовать стандартную, выпускаемую промышленностью аптечку неотложной самопомощи при сердечном приступе «СПАСКАРД» - подсказка (совет) врача в кармане у больного


ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОЧИТАТЬ ИНСТРУКЦИЮ

НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг	АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА 0,25 г
	
Раскусить, не глотать	Разжевать, проглотить
ОБЕСПЕЧИТЬ ПОКОЙ И ДОСТУП СВЕЖЕГО ВОЗДУХА	

Через 3-5 мин

О	Б	Р	А	Т	Н	Я	Т	Ь	С	Я	К	В	Р	А	Ч	Боли исчезли	Боли сохраняются
																	НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг Раскусить, не глотать
																СРОЧНО ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ Тел. 03	

Через 5-7 мин

	НИТРОГЛИЦЕРИН 0,5 мг Раскусить, не глотать
---	---

Аптечка неотложной самопомощи при сердечном приступе «СПАСКАРД»

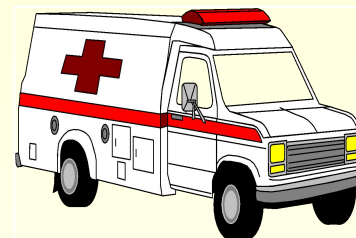
При появлении сжимающих, давящих, жгущих, помящих, щемящих, неопределенных, но явных (кроме колющих, простреливающих, пульсирующих, усиливающихся на вдохе, постоянно монотонно ноющих) болей, ощущений в области груди/за грудиной, сопровождающихся тягостным чувством тоски или тревоги, действуйте, как указано на оборотной стороне аптечки

Внимание! 1. Если после приема нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка необходимо лечь, приподнять ноги (на валик и т.п.), выпить 1-2 стакана воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать.
2. Ацетилсалициловую кислоту принимать не более 1 раза в сутки.

Предложенные мини-аптечки кроме чисто лечебной функции будут активно выполнять и очень важную функцию просвещения, как больных, так и их родственников, придадут уверенность их действиям в неотложной ситуации и обеспечат своевременность вызова скорой помощи.



Только за счет своевременности вызова скорой помощи возможно существенное снижение догоспитальной летальности.



Значительные возможности для уменьшения смертности от

ВЫВОД

коронарных атак лежат вне стационара, преимущественно в области быстрой и правильной реакции пациента и его близких и совершенствования службы скорой медицинской помощи.

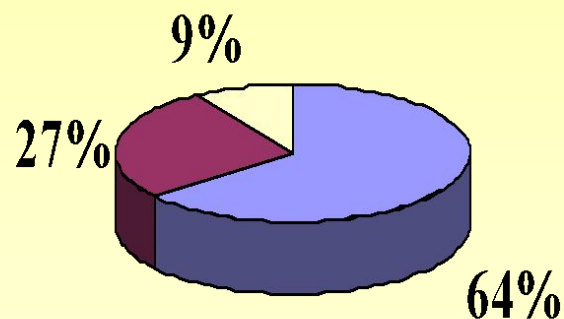
Три направления действий, имеют наивысший потенциал снижения смертности от острых коронарных инцидентов:

- **Создание и совершенствование службы первой помощи в стране**
- **Интенсивное обучение-тренировка определенных групп населения методам первой помощи и кардиопульмональной реанимации с использованием наружных кардиовертеров-дефибрилляторов**
- **Государственное просвещение (акцентировка внимания) населения на важности вызова скорой помощи при появлении симптомов**

Широкое применение этих стратегий позволит значительно снизить смертность от острых коронарных катастроф

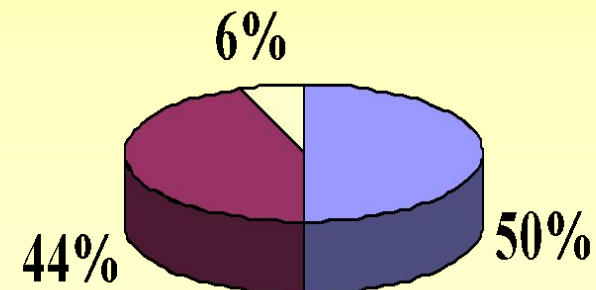
Модель структуры расходов на здравоохранение к 2010 году по видам медицинской помощи, %

2003 год



Вялков 2003

2010 год



- Стационарная помощь 239,6 млрд.руб.
- Амбулаторно-поликлиническая помощь 99,8 млрд.руб.
- Скорая медицинская помощь 34,4 млрд.руб.

- Стационарная помощь 630,0 млрд.руб.
- Амбулаторно-поликлиническая помощь 556,0 млрд.руб.
- Скорая медицинская помощь 74,2 млрд.руб.

Расходов на первую помощь Минздравсоцразвития России не предусматривает даже на далекую перспективу до 2020 года

Находясь и работая в клиниках мы видим только вершину айсберга

В больницах и
клиниках
смертность
(летальность)
уменьшается

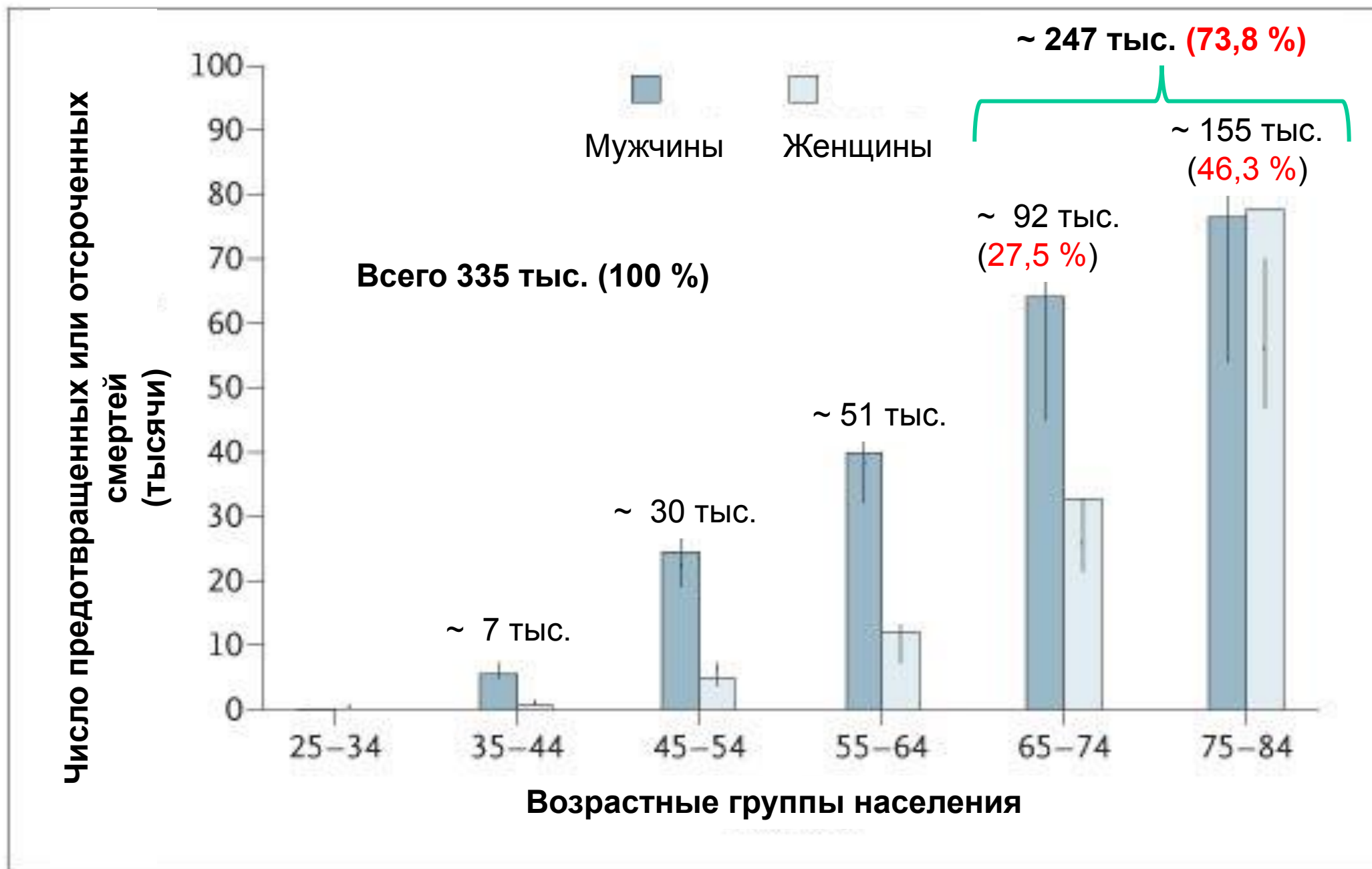
20 %

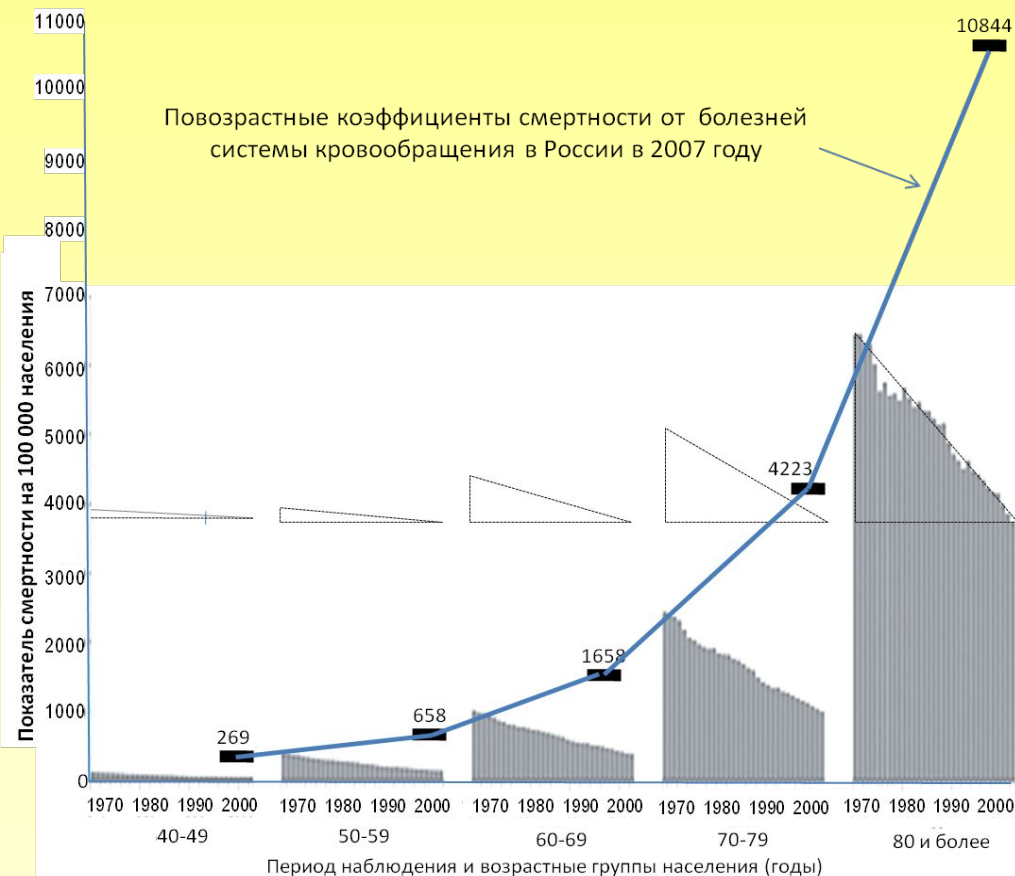
80 %

А в стране она
катастрофически
растет и за 30 лет
увеличилась
в 2,2 раза

Любые самые современные и высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность населения страны когда более 80% людей умирает вне стационаров, и когда каждый второй-третий госпитализированный больной с угрожающим жизни состоянием поступает в стационар с задержкой более 24 ч.

Распределение по возрасту и полу числа предотвращенных или отсроченных смертей от ИБС в США в период с 1980 по 2000 год





В заключении представляем диаграммы смертности от сердечно-сосудистых болезней в Соединенных Штатах Америки в период с 1970 по 2000 годы в возрастных группах населения от 40 до 80 и более лет (рис. 18) из которых следует, что **более 50 % всего достигнутого снижения смертности обусловлено снижением ее у населения в возрасте 80 и более лет** [32].

В Российской Федерации, к сожалению, лица в таком возрасте считаются глубокими стариками, активно не лечатся и по негласному правилу никуда не направляются и не госпитализируются.

В нашей стране 70-80-летние люди обуславливают более 65% смертности, как от болезней системы кровообращения, так и от ишемической болезни сердца основная их часть (более 90 %) умирает на дому без какой-либо медицинской помощи преимущественно от острых форм ИБС, острой сердечной недостаточности и инсульта. Из этих данных следует очевидный **вывод: пока не будет изменено отношение населения и медицинских работников к пожилым людям ожидать существенного снижения смертности в стране не имеет под собой достаточных оснований.**

Как показал отечественный и зарубежный опыт активная санитарно-просветительная работа с населением и группами повышенного риска, может привести к увеличению числа вызовов скорой помощи по поводу сердечного приступа (ОКС) на 20 – 300 %, на такую же величину возрастет число поступлений больных в стационар.

Учитывая многочисленные проблемы стационаров в условиях финансового кризиса и хронического недофинансирования, нет оснований рассчитывать на их быструю и адекватную готовность к резкому увеличению приема пожилых больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи.

Таким образом, для успешной реализации национального проекта «Здоровье», в части касающейся снижения смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний кардиологического профиля, необходимо, как минимум, в 1,5-2 раза увеличить пропускную способность кардиореанимационных блоков и кардиологических отделений страны, что потребует значительных финансовых средств и 5-10 летнего периода интенсивной работы.

Проведение элементарных реанимационных мероприятий родственниками больного позволяет вернуть к жизни до 10% пострадавших, а специально обученный приемам первой помощи человек без медицинского образования способен в 40% случаев предотвратить внезапную смерть

Ранний (в первые секунды и минуты) прием нитроглицерина и аспирина может купировать острую коронарную недостаточность и предотвратить развитие инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти у значительной части (до 40 % больных) и в 2-3 раза снизить летальность от развившегося ИМ , т. е. по сути эти простейшие мероприятия позволяют практически в 2 раза снизить смертность населения страны от острых коронарных катастроф и спасти десятки и сотни тысяч наших сограждан.

ВЫВОД

Фрагментарно развивая только высокие технологии в медицине невозможно решить проблему сверхмертности населения нашей страны. Необходим системный подход. Все звенья этой системы от пропаганды здорового образа жизни и элементарной профилактики до специализированной высокотехнологичной медицинской помощи должны развиваться координировано и взаимообусловлено. В этой системе первая помощь должна занять свое достойное место.