

УДК 614.2-616.127-005.8(574)

Л.Г. Кожекенова

Государственный медицинский университет города Семей

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ЗА РУБЕЖОМ

Аннотация

В статье описаны особенности организации кардиологической помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в Казахстане и других странах мира. Пациенты, перенесшие ОИМ нуждаются в длительной и комплексной медицинской помощи. В литературе представлены многочисленные данные об эффективной организации кардиологической помощи. Результаты многочисленных исследований обосновывают рациональность ведения регистра ОИМ в Республике Казахстан и в частности, в Семейском регионе. Внедрение регистра ОИМ в клиническую практику позволило бы оценить степень выполнения врачами рекомендаций, преимущество стационарной и амбулаторной помощи, и определить пути повышения эффективности кардиологической помощи.

Ключевые слова: кардиологическая помощь, острый инфаркт миокарда, организация кардиологической помощи.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются важнейшей причиной смертности во всем мире. В 2008 году от ССЗ умерло более 17 млн. человек. Из этих случаев смерти свыше 3 млн. приходится на возрастные группы до 60 лет и в значительной степени могли быть предотвращены. Процентная доля случаев преждевременной смерти от ССЗ варьируется от 4% в странах с высоким уровнем дохода и до 42% в странах с низким уровнем дохода. За последние 20 лет число случаев смерти от ССЗ в странах с высоким уровнем дохода снижалось, а в странах с низким и средним уровнями дохода возрастало быстрыми темпами [1].

ССЗ включают в себя заболевания сердца, заболевания сосудов головного мозга и заболевания кровеносных сосудов. Основной причиной смертности являются заболевания сердца, в частности коронарная болезнь сердца, основное проявление которой – инфаркт миокарда [2,3]. Инфаркт миокарда является основной причиной утраты трудоспособности и смертности во всем мире и поэтому составляет одну из острых медико-социальных проблем общества [4, 5].

По мнению отечественных и зарубежных экспертов заболеваемость и смертность населения связаны с организацией и качеством медицинской помощи [6]. Развитие системы организации медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) определяется изучением патогенеза и разработкой связанных с ним принципов лечения. В 60-е годы 20-го века центральным звеном в системе оказания медицинской помощи при острых формах ишемической болезни сердца (ИБС) стали палаты интенсивной терапии, позволившие снизить частоту осложнений и скоростной смерти пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) на 5-10% [7]. Первое описание интенсивной терапии пациентов с ИМ в кардиореанимационном отделении было представлено D.G. Julian в 1961 году в госпитале Сиднея [8]. В течение 5 лет лечение ИМ при помощи кардиореанимационных отделений стало стандартным во всем мире. Дальнейшее снижение смертности связано с введением в середине 80-х годов в лечебную практику тромболитической терапии (ТЛТ). Результаты первых крупных многоцентровых исследований GISSI-1 (1986 г.), ISIS-2 (1988 г.) привели к тому, что ТЛТ вошла в перечень обязательных мероприятий при ИМ [9, 10]. Это позволило снизить госпитальную летальность с 29% в 60-х годах до 16% в 80-х годах [11]. Современный этап развития системы организации кар-

диологической помощи обусловлен внедрением в клиническую практику хирургических методов лечения ОКС. Чрескожные методы реваскуляризации при ОКС стали интенсивно применяться в течение последних 15-20 лет [7].

Болезни системы кровообращения (БСК) продолжают занимать лидирующее место в общей структуре заболеваемости и смертности населения в Казахстане. Учитывая значительное влияние на демографическую ситуацию в стране, Правительство Республики Казахстан уделяет особое внимание проблеме БСК. Основными направлениями Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан (РК) на 2005-2010 годы, отраслевой Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 годы являлись: внедрение современных технологий диагностики и лечения БСК, обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинских услуг, диспансеризация населения, повышение профессионального уровня врачей, формирование у населения здорового образа жизни. Во всех регионах Казахстана за короткий срок внедрены интервенционные и кардиохирургические методы лечения пациентов с ССЗ, в том числе современные хирургические способы терапии нарушений ритма и проводимости [12], уникальные операции по установке искусственного левого желудочка при терминальной хронической сердечной недостаточности (ХСН). Реализация названных Программ способствовала снижению смертности от БСК с 535,5⁰/₀₀₀₀ в 2005 году до 316,0⁰/₀₀₀₀ в 2011 году. В настоящее время проводится работа по дальнейшему совершенствованию кардиологической службы в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, в которой существенное внимание уделяется профилактике ССЗ, ранней диагностике и реабилитации кардиологических пациентов, внедрению международных стандартов и эффективных подходов к диспансерному наблюдению, формированию здорового образа жизни казахстанцев, качеству подготовки кадров здравоохранения [13]. Разработано и издано Положение об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан, которое утверждено Приказом и.о. Министра здраво-

охранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года №647 [14]. Положение об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан разработано в соответствии с подпунктом 1) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» [15] и регулирует деятельность медицинских организаций, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности. Деятельность организаций здравоохранения, оказывающих кардиологическую помощь населению направлена на раннее выявление больных с БСК, своевременное лечение и медицинскую реабилитацию. Работу организаций здравоохранения, оказывающих кардиологическую помощь населению координирует главный внештатный кардиолог (республики, области, города). Структура и штатная численность медицинского персонала устанавливается руководителем исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения и штатных нормативов. Кардиологическая помощь населению оказывается в форме амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей помощи. Организации здравоохранения, оказывающие кардиологическую помощь могут использоваться в качестве клинической базы высшего, дополнительного и среднего медицинского образования, и научных организаций.

К организациям здравоохранения, оказывающим кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь относятся:

- 1) кардиологический центр и/или диспансер;
- 2) кардиохирургический центр;
- 3) медицинские организации, в структуре которых, в зависимости от возложенных на него функций организуются отделение кардиологии и/или интервенционной кардиологии, кардиохирургическое отделение стационарных медицинских организаций,

отделение восстановительного лечения и реабилитации, кардиологический кабинет.

Отделение кардиологии

Отделение кардиологии создается как структурное подразделение организации здравоохранения, оказывающей многопрофильную стационарную помощь населению республики, области, города.

Отделение кардиологии оказывает специализированную и/или высокоспециализированную медицинской помощи пациентам с БСК.

По данным официальной статистики [16-20], средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) за период с 2008 по 2012 годы в Казахстане составила $14,8 \pm 1,12$ дня, в Семейском регионе – $14,1 \pm 0,66$ дня (рисунок 1). Анализ динамики средней длительности лечения в стационаре пациентов с ОИМ в Семейском регионе за 2008-2012 годы проведен по данным отчетной формы Больницы скорой медицинской помощи г. Семей: форма №30 «Отчет медицинской организации».

Кардиологический кабинет

Кардиологический кабинет создается в структуре организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению (района, города, области, республики) и организаций, оказывающих стационарную помощь – многопрофильных больницах, кардиохирургических центрах, кардиологических центрах и диспансерах. Работу кардиологического кабинета возглавляет врач кардиолог. При отсутствии врача кардиолога обязанности врача кардиолога возлагаются на врача-терапевта или врача общей практики, имеющего специализацию по кардиологии. Кардиологический кабинет обеспечивает диспансеризацию пациентов с ОКС. Пациенты, перенесшие ОКС становятся на диспансерный учет по месту жительства у кардиолога сроком на 1 год наблюдения. При развитии осложнений ОКС (хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца) пациент остается на диспансерном учете у кардиолога постоянно [14].

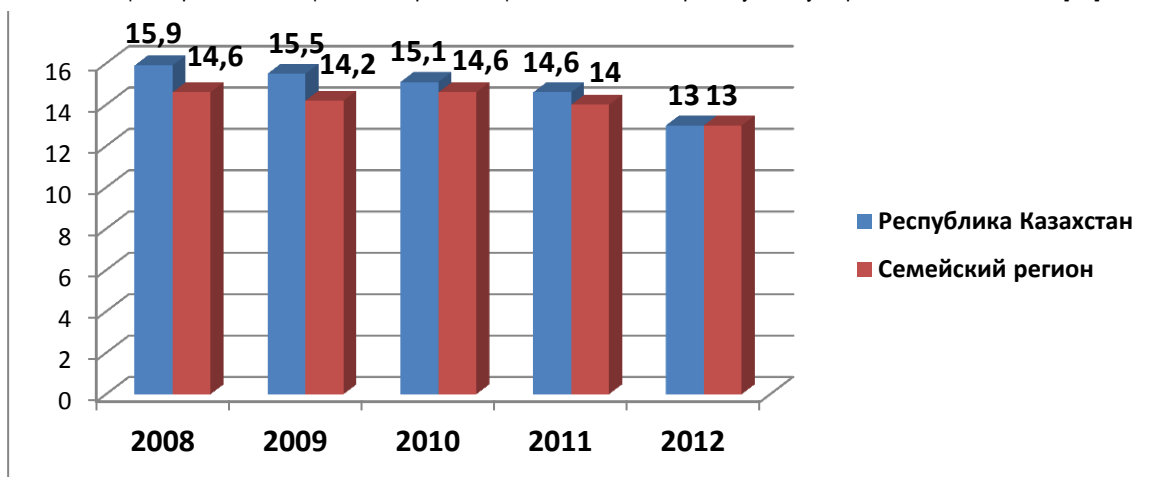


Рисунок 1. Средняя длительность лечения в стационаре пациентов с ОИМ в Казахстане и Семейском регионе за 2008-2012 годы

В России оказание кардиологической помощи населению при БСК регулируется Порядком оказания плановой и неотложной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, который утвержден Приказом Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 года №599-н [21].

Отделение кардиологии

Кардиологическое отделение, оказывающее кардиологическую помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи, создается в учреждениях здраво-

охранения муниципального района (центральная районная больница, межрайонный (межмуниципальный) клинично-диагностический центр кардиологического профиля), городского округа (городская больница, больница скорой медицинской помощи).

Кардиологическое отделение, оказывающее специализированную кардиологическую помощь, создается в федеральных организациях, оказывающих медицинскую помощь, и в соответствующих организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации.

По данным официальной статистики, в России средняя длительность лечения пациентов в стационаре в 2010 году составила при ОИМ – 14,8 дня, при повторном ИМ – 13,3 дня, в 2011 году – 14,6 и 13,4 дня соответственно [22].

В результате исследования, проведенного на базе городской больницы Москвы в 2010 году было установлено, что средняя длительность пребывания пациента в стационаре при ОИМ составляет 17,3 дня, при повторном ИМ – 16,2 дня [22].

Кардиологический кабинет

Кардиологический кабинет создается в поликлиниках и диспансерах с учетом рекомендуемых штатных нормативов из рекомендуемого расчета 1 врача на 20000 прикрепленного населения. В кардиологическом кабинете осуществляется диспансерное наблюдение пациентов в 1-е 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда [21].

В Соединённых Штатах Америки (США) средняя длительность лечения пациентов с ОИМ в стационаре значительно уменьшилась в течение последних десятилетий от более 10 дней в 1980-е годы до 6-8 дней в 1990-е годы. Среднее пребывание пациента с ОИМ в стационаре продолжало снижаться в 2000-е годы и составило 5 дней в 2001 году, и 4 дня в 2005 году. В результате исследования, проведенного с участием 4184 пациентов, госпитализированных по поводу ОИМ в США за 1995-2005 годы, было установлено, что уменьшение длительности лечения пациентов с ОИМ в стационаре не приводит к увеличению риска повторной госпитализации, и не влияет на показатели смертности [23].

На рисунке 2 приведены показатели средней длительности пребывания в стационаре пациентов с ОИМ по странам в 2011 году. Из представленных данных следует, что в 2011 году самые максимальные сроки госпитализации пациентов с ОИМ отмечались в Казахстане и России – 14,6 дня. Высокие показатели отмечались в Южной Корее – 11,6 дня, Германии – 10,4 дня, Эстонии и Новой Зеландии – 9,2 дня. Наиболее короткие сроки госпитализации отмечались в Словакии – 4,6 дня и Нидерландах – 5,8 дня.

Как видно из приведенных данных, средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с ОИМ в большинстве европейских стран ниже, чем в Казахстане и России. В Японии, где самая высокая продолжительность жизни, средняя длительность госпитализации в связи с БСК (по-видимому, включая реабилитационные мероприятия) гораздо выше – 71 день в 2003 году.

В этой связи, по мнению Т.М. Максимовой (2009), нет необходимости ориентироваться на короткие сроки пребывания в стационаре, имеющие место в некоторых странах. С учетом условий в стране, особенностей расселения населения, экономических возможностей основной массы людей, высокого уровня смер-

ности от БСК, мы должны считать целевой задачей не сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, напротив, реализацию всего возможного комплекса медицинских мер во время пребывания пациента в стационаре, в частности, принципиально добиваться полного обследования и лечения всех выявленных видов патологии, сочетанных состояний, всех болезней, которые имеют место у пациентов [24].

Утверждение Т.М. Максимовой (2009) о необходимости реализации комплекса мер по диагностике и лечению всех сопутствующих заболеваний у пациентов с БСК, подтверждается в работах других авторов [25, 26]. Преимущество интегрированного подхода к обеспечению кардиологической помощи пациентам с БСК представлены в работах Department of Health Cardiovascular Disease Team (Великобритания, 2013), G.F. Fletcher (2012). По данным G.F. Fletcher (2012), команда, обеспечивающая кардиологической помощью пациентов с БСК на поликлиническом и стационарном этапах лечения, может включать в себя медицинских сестер, высококвалифицированных медицинских сестер, фельдшера, диетолога, физиотерапевта, психолога, фармацевта, инструктора по лечебной физкультуре и кейс-менеджера [26].

В странах, где отмечаются короткие сроки госпитализации пациентов с ОИМ, наиболее перспективной стратегией развития здравоохранения является укрепление первичной медицинской помощи. Высокая социальная и экономическая эффективность применения этой стратегии доказана мировой практикой. В большинстве стран Европейского региона приоритетом развития системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) стал принцип общеврачебной практики. Оказание медицинской помощи семейными врачами получило в мире широкое распространение и охватило такие страны, как Канада, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия, Скандинавские государства, Греция, Испания, Португалия, Израиль, Индия, Сингапур [27].

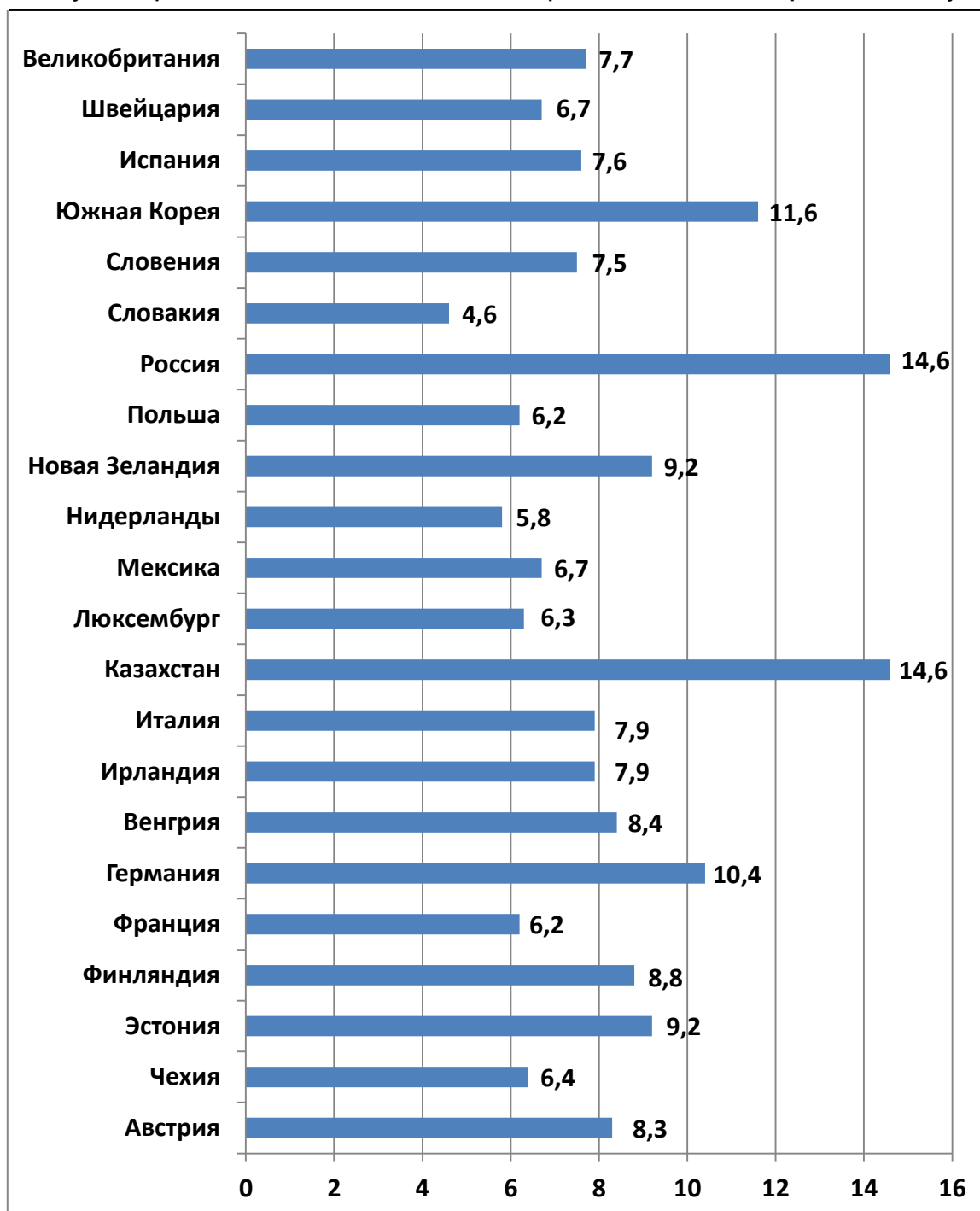
В литературе значительное внимание уделяется вопросам совершенствования организации кардиологической помощи при ОИМ.

Л.С. Барбараш (2011) подчеркивает, что эффективное управление результатами деятельности кардиологического стационара определяется правильно организованной работой скорой медицинской помощи, ее взаимодействием с госпитальной службой на основе достоверного информационного обмена. Организационная структура стационара должна учитывать приоритеты современных подходов в лечении ОКС, обеспечивать преемственность и качество, рациональное использование ресурсов [28]. Вопросы правового регулирования оказания неотложной медицинской помощи при кардиологических заболеваниях, организационные структуры и порядок их деятельности рассматриваются в работе С.Ф. Тараян (2012) [29]. Результаты внедрения инновационной модели организации медицинской помощи пациентам с ОКС на этапе приемного отделения кардиологического диспансера представлены в работе Д.В. Крючкова (2014). В типовой структуре кардиологического отделения в соответствии с нормативными документами не предусматривается обязательное наличие самостоятельного приемного отделения. Создание в структуре многопрофильного стационара приемного отделения и придание ему функций координатора процесса оказания медицинской помощи пациентам с ОКС позволило активно развивать стратегию раннего оказания специализированной кардиологической помощи [30]. В работе коллектива авторов предложена модель

планирования и организации инновационной деятельности в учреждении здравоохранения [31]. С.А. Бойцов (2007), анализируя показатели смертности и летальности от БСК в России и оценивая роль первой помощи в снижении смертности при БСК, подчеркивает необходимость обеспечения лиц с повышенным риском развития ИМ карманными аптечками неотложной помощи при

сердечном приступе [32]. Важно отметить, что ранний прием нитроглицерина в первые секунды и минуты от начала развития ИМ снижал госпитальную летальность до 27,8%, аспирина – до 20,7%, совместно нитроглицерина и аспирина – до 16%. Назначение нитроглицерина в более поздние сроки не обладает таким выраженным эффектом [33].

Рисунок 2. Средняя длительность лечения в стационаре пациентов с ОИМ по странам в 2011 году.



Примечание – Источник: Данные Базы данных Helgi Library.

По данным Американской коллегии кардиологов и Американской кардиологической ассоциации, медицинское вмешательство не может оказаться своевременным и эффективным без соответствующих действий пациента и предпринятых в ранние сроки после появления симптомов сердечного приступа. В развитых странах значительное внимание уделяется обучению

населения правилам первой помощи. В США Национальный институт заболеваний сердца, легких и крови стал инициатором Государственной программы по совершенствованию неотложной помощи пациентам с сердечными приступами. Американский Красный Крест ежегодно обучает правилам само- и взаимопомощи 8,5 млн. человек. В этом процессе участвует большинство

профессиональных объединений врачей. Только в штате Висконсин работают 4,1 тыс. инструкторов по этому направлению. Ведущие клинические журналы имеют специальный раздел для пациентов [32]. Эти данные согласуются с данными других исследований [34,35], где подчеркивается значение обучения лиц с повышенным риском и пациентов с БСК правилам первой помощи при сердечном приступе.

В исследовании И.С. Резниковой (2012) показана важная роль кардиохирургической помощи в снижении частоты летальных исходов среди контингента пациентов с БСК [36].

По мнению С.А. Бойцова (2007), фрагментарно развивая только высокие технологии невозможно решить проблему высокой смертности населения от БСК. Необходим системный подход. Все звенья системы оказания кардиологической помощи от пропаганды здорового образа жизни и профилактики до специализированной медицинской помощи должны развиваться координировано и взаимообусловлено [32].

Опыт ряда стран Западной Европы, США и Австралии свидетельствует, что важным инструментом оценки качества и эффективности медицинской помощи пациентам с ОКС является Регистр ОКС. При этом необходимо отметить, что при создании Регистра ОКС учитываются принципы медицины, основанной на доказательствах, что позволяет учитывать результаты Регистра ОКС не только для оценки организации медицинской помощи, также вносить предложения по оптимизации разработки рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с ОКС [37].

С целью объединения исследований, проведенных в разных странах мира, для выработки стандартных методических рекомендаций по профилактике, лечению и реабилитации пациентов с ОКС в 1999 году был создан международный Регистр ОКС, получивший название "GRACE" – Global Registry of Acute Coronary Events [38]. Исследования в рамках этого регистра проводились с применением единых диагностических критериев и по общему для всех участников протоколу [39-41]. В ряде европейских стран и США регистры являются одним из методов оценки качества медицинской помощи и применяются для выявления недостатков в оказании медицинской помощи и их устранения [42, 43].

В России Регистр ОКС был создан в 2000 году. А.Д. Эрлих анализируя цели, задачи и значение в клинической практике регистров ОКС, отметил, что правильное лечение ОКС, прописанное в текстах современных рекомендаций, позволяет улучшить результаты лечения и положительно сказывается на исходах заболевания. Регистры ОКС, являясь отражением реальной клинической практики, с одной стороны показывают, насколько правильно применяются положения рекомендаций, а с другой – сами участвуют в их формировании. Организация и проведение Регистров ОКС позволяет оценить лечение в стационаре и определить пути улучшения исходов заболевания [44].

В ряде работ представлены результаты исследований в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», проведенных в разных регионах России [45, 46]. В работе Е.В. Ощепковой (2012) представлена оценка организации медицинской помощи пациентам с ОКС в 23 субъектах Российской Федерации по данным Российского Регистра ОКС [47].

В рамках Государственного задания Министерства здравоохранения Российской Федерации по инновационному развитию здравоохранения на 2012-2014 годы был разработан регистр пациентов ХСН с целью оценки

качества оказания медицинской помощи этим пациентам и подготовки предложений по ее улучшению, а также оценке степени выполнения врачами рекомендаций по диагностике и лечению ХСН. На основе клинико-инструментальных и биохимических показателей разработаны первичные элементы регистра ХСН и индикаторные оценки. Индикаторные оценки представляют собой совокупность показателей, характеризующих доказательность установления диагноза ХСН, этиологических причин, характер лечения – медикаментозного и немедикаментозного, обучение в школах здоровья и мотивации пациентов к лечению. Предусмотрена оценка качества медицинской помощи в стационарах и амбулаторных условиях, что позволяет оценить преемственность лечения после выписки из стационара. Регистр ХСН начал функционировать с февраля 2013 года в 9 субъектах Российской Федерации, и представляет собой многопользовательскую систему с возможностью подключения медицинских организаций из любого региона страны и работающую в режиме on-line 24 часа в сутки, что обеспечивает непрерывный ввод информации в регистр [48].

Таким образом, согласно данным литературы, госпитальные регистры являются общепризнанным компонентом совершенствования стационарной помощи при ОКС и оценки результатов лечения ИМ. Информация национальных и международных регистров активно используется для определения возможностей организационной доступности и повышения качества стационарного лечения пациентам ОКС. Результаты многочисленных исследований, проведенных по данным регистров ОКС во многих странах мира, обосновывают рациональность ведения регистра ОКС в Республике Казахстан и в частности, в Семейском регионе, позволяющего осуществить сбор информации о пациентах с ОИМ в стационарах и амбулаторных условиях. Внесение данных в регистр из амбулаторных карт и истории болезни стационарного пациента позволило бы оценить преемственность лечения пациентов, перенесших ОИМ после выписки из стационара.

Литература:

1. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / под ред. Mendis S., Puska P., Norrving B. – Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2013. – 162 с.
2. Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. et al. [Перевод Евсеев М.О.] Универсальное определение инфаркта миокарда // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2008. – №5. – С. 91-105.
3. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction // Circulation. – 2012. – Vol. 126, №16. – P.2020-2035.
4. Gaziano T.A., Bitton A., Anand S. et al. Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle Income Countries // Current problems in Cardiology. – 2010. – Vol. 35, №2. – P. 72-115.
5. Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления // Медицинские новости. – 2011. – №12. – С. 37-43.
6. Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы) // Здравоохранение Чувашии. – 2013. – №2. – Режим доступа: <http://giduv.com/journal/2013/2/sotsialno-ekonom>
7. Куц О.В. Развитие системы организации медицинской помощи при остром коронарном синдроме в

Российской Федерации // Медицина в Кузбассе. – 2013. – №3. – С. 25-31.

8. Brawnwald E. The treatment of acute myocardial infarction: the Past, the Present, and the Future // *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. – 2012. – Vol. 1, №1. – P. 9-12.

9. Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI) // *Lancet*. – 1986. – Vol. 1, №8478. – P. 397-402.

10. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group // *Lancet*. – 1988. – Vol. 2, №8607. – P. 349-360.

11. Menon V., Harrington R.A., Hoshman J.S. et al. Thrombolysis and adjunctive therapy in acute myocardial infarction // *Chest*. – 2004. – V. 126, №3 (Suppl.). – P. 549-575.

12. Исакова Б.К., Исмаилова Ж.С., Молдабеков Т.К. и др. Организация кардиологической службы на базе АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» // *Медицина*. – 2012. – №11. – С. 8-10.

13. Резолюция IV Конгресса кардиологов Республики Казахстан // IV Конгресс кардиологов Республики Казахстан. – Алматы, 2012. – Режим доступа: <http://www.kzcardio.org/congress/iv-конгресс-кардиологов-2012-год/резолюция.html>.

14. Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №647 от 22 сентября 2011 года // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31088700.

15. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2014 г.) // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065.

16. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2009. – 312 с.

17. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2010. – 312 с.

18. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, Алматы, 2011. – 312 с.

19. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2012. – 320 с.

20. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2013. – 316 с.

21. Об утверждении порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №599-н от 19 августа 2009 года // Режим доступа: <http://www.бсмп-уфа.рф/wp-content/uploads/2013/11/pr-mz-rf-2009h-19-avh-n-599n-porjadok-plan-med-pom-pry-bsk-kardyoprofylja.doc>

22. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. и др. Исходы инфаркта миокарда у больных, пролеченных в

городской больнице без применения интервенционных методов лечения // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – №6. – С.59-66.

23. Saczynski J.S., Lessard D., Spencer F.A. et al. Declining Length of Stay for Patients Hospitalized with AMI: Impact on Mortality and Readmissions // *The American Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 123, №11. – P. 1007-1015.

24. Максимова Т.М., Лушкина Н.П., Борисов Е.Е. и др. Организация медицинского обеспечения больных с патологией системы кровообращения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №1. – С. 32-35.

25. Cardiovascular Disease Outcomes Strategy / Department of Health Cardiovascular Disease Team. – 2013. – Режим доступа: http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/217118/9387-2900853-CVD-Outcomes_web_1.pdf

26. Fletcher G.F., Berra K., Fletcher B.J. et al. The Integrated Team Approach to the Care of the Patient with Cardiovascular Disease // *Current Problems in Cardiology*. – 2012. – Vol. 37, №9. – P. 369-397.

27. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Figueras J., McKee M., Lessof S. Et al. – Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген, 2008. – 75 с.

28. Барбараш Л.С., Коваленко О.В., Крючков Д.В. и др. Управление результатами деятельности кардиологического стационара при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом // *Сибирский медицинский журнал*. – 2011. – Т. 26, №3. – С. 138-142.

29. Тараян С.Ф., Агопян О.Б. Порядок оказания неотложной помощи при кардиологических заболеваниях // *Современные научные исследования*. – 2012. – №14. – Режим доступа: <http://sni-vak.ru/статья-вак/law/порядок-оказания-неотложной-медицинской-помощи-при-кардиологических-заболеваниях>

30. Крючков Д.В., Артамонова Г.В. Инновационная модель организации медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на этапе приёмного отделения кардиологического диспансера // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. – 2014. – №1. – С. 16-20.

31. Кан В.В., Тоцкая Е.Г., Новоселов В.П. и др. Моделирование организации инновационной деятельности в учреждении здравоохранения // *Сибирский медицинский журнал*. – 2012. – Т. 27, №3. – С. 157-162.

32. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Кротов А.В. Смертность и летальность от болезней системы кровообращения, актуальность развития первой помощи для их снижения // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2007. – Т. 6, №4. – С. 86-95.

33. Мета Ш. Острый инфаркт миокарда // *Кардиология*. – 2002. – Т. 42, №1. – С. 111-120.

34. Sneider L., Sterz F., Haugk M. et al. CRP courses and semi-automatic defibrillators – life saving in cardiac arrest? // *Resuscitation*. – 2004. – Vol. 63, №3. – P. 295-303.

35. Svavarsdottir M.H., Siguroardottir A.K., Steinsbekk A. Knowledge and skills for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2014. – Режим доступа: <http://doi:10.1177/14745151144551123>

36. Резникова И.С., Алборов А.Х., Мовчан К.Н. и др. Возможность реализации потребностей населения Санкт-Петербурга в кардиологической и кардиохирургической помощи // *Вестник Северо-*

Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. – 2012. – Т. 4, №3. – С. 7-18.

37. Gitt A.K., Bueno H., Danchin N. et al. The role of cardiac registries in evidence-based medicine // *European Heart Journal*. – 2010. – Vol. 31, №5. – P. 525-529.

38. Fox K.A., Steg P.G., Eagle K.A. et al. Decline in rates and heart failure in acute coronary syndromes, 1999-2006 // *Journal of the American Medical Association*. – 2007. – Vol. 297, №17. – P. 1892-1900.

39. Redfern J., Hyun K., Chew D.P. et al. Prescription of secondary prevention medications, lifestyle advice, and referral rehabilitation among acute coronary syndrome inpatients: results from a large prospective audit in Australia and New Zealand // *British Medical Journal: Heart*. – 2014. – Vol. 100, №16. – P. 1281-1288.

40. Nguyen T.N., Abramson B.L., Galluzzi A. et al. Temporal Trends and Referral Factors for Cardiac Rehabilitation Post-Acute Coronary Syndrome in Ontario: Insights from the Canadian Global Registry of Acute Coronary Events // *Canadian Journal of Cardiology*. – 2013. – Vol. 29, №12. – P. 1604-1609.

41. McAllister D.A., Halbesma N., Carruthers K.F. et al. GRACE score predicts heart failure admission following acute coronary syndrome // *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. – 2014. – Режим доступа: <http://doi:10.1177/2048872614542724>

42. Flather M.D., Booth J., Babalis D. et al. Improving the management of non-ST elevation acute coronary syndromes: systematic evaluation of a quality improvement programme European Quality Improvement Programme for Acute Coronary Syndrome: The EQUIP-ACS project protocol and design // *BioMed Central: Trials*. – 2010. – Vol. 11, №5. – Режим доступа: <http://doi:10.1186/1745-6215-11-5>

43. Chung S.C., Gedeberg R., Nicholas O. et al. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK // *The Lancet*. – 2014. – Vol. 383, №9925. – P. 1305-1312.

44. Эрлих А.Д. Регистры острых коронарных синдромов – их виды, характеристики и место в клинической практике // *Вестник Российской академии медицинских наук*. – 2012. – №4. – С. 30-39.

45. Округин С.А., Гарганова А.А., Зяблов Ю.И. и др. Популяционные особенности острого коронарного синдрома среди населения среднеурбанизированного города Западной Сибири // *Сибирский медицинский журнал*. – 2012. – Т. 27, №5. – С. 147-151.

46. Гафаров В.В., Татарина В.В., Горохова Е.В. и др. Смертность от острой сердечно-сосудистой патологии в арктическом регионе России (программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда») // *Мир науки, культуры, образования*. – 2012. – №4. – С. 282-285.

47. Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Гриднев В.И. и др. Оценка организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в динамике за 2009 и 2010 гг. в субъектах Российской Федерации, реализующих сосудистую программу (по данным Российского Регистра ОКС) // *Терапевтический архив*. – 2012. – №1. – С. 23-29.

48. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Сатлыкова Д.Ф. и др. Создание в Российской Федерации регистра для оценки степени выполнения врачами рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // *Терапевтический архив*. – 2014. – №1. – С. 66-70.

Түйіндеме

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ ШЕТ ЕЛДЕРДЕ ЖІТІ МИОКАРД ИНФАРКТІ КЕЗІНДЕ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Л.Ф. Қожекенова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада Қазақстанда және әлемнің басқа елдерінде жіті миокард инфаркті кезінде кардиологиялық көмекті ұйымдастырудың ерекшеліктері сипатталды. Жіті миокард инфарктімен сырқаттанған пациенттер ұзақ мерзімді және кешенді медициналық көмекті керек етеді. Әдебиетте көптеген кардиологиялық көмекті ұйымдастыру стратегияларының жақсы нәтижелері туралы деректер келтірілген. Көптеген ғылыми зерттеулердің нәтижелері Қазақстанда, және жекелей алғанда, Семей өңірінде жіті миокард инфаркті регистрін құрудың маңыздылығын негіздейді. Жіті миокард инфаркті регистрін қолданысқа енгізу дәрігерлердің ұсыныстарды орындау барысы мен амбулаторлық және стационарлық көмектің бірізділігін бағалауға, және кардиологиялық көмектің тиімділігін арттыру жолдарын анықтауға мүмкіндік берер еді.

Негізгі сөздер: кардиологиялық көмек, жіті миокард инфаркті, кардиологиялық көмекті ұйымдастыру.

Abstract

ORGANIZATIONAL FEATURES OF CARDIAC CARE FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN KAZAKHSTAN AND ABROAD

L.G. Kozhekenova

State Medical University of Semey

This article describes the organizational features of cardiac care for acute myocardial infarction in Kazakhstan and in other countries of the world. Patients with acute myocardial infarction need long-term and complex care delivered by health care professionals in primary and secondary care. A number of cardiovascular disease management strategies in the literature reported promising results. Numerous studies substantiate the importance of creating a register of acute myocardial infarction in Kazakhstan and particularly in Semey region, which will be able to assess the physician adherence to the guidelines, collaboration between primary care and hospital care, and identify ways to improve the efficiency of cardiac care.

Keywords: cardiac care, acute myocardial infarction, organization of cardiac care.