

щих различных режим работы (постоянное пребывание; дневной стационар; недельный стационар и т.д.).

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Г.Г.Иванов, В.А.Востриков

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания, и в первую очередь ИБС, продолжают оставаться ведущей причиной смертности в большинстве развитых стран. Внезапной сердечной смертью (ВСС) называют смерть в присутствии свидетелей, наступившую мгновенно или в пределах 6 ч от начала сердечного приступа. Основные механизмы ВСС полностью не расшифрованы, хотя некоторые этапы танатогенеза достаточно ясны.

За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в этой области: выделены предрасполагающие анатомические факторы (изменение расположения пучка Гиса, аномалии развития коронарных артерий, мышечные мостики и др.), основные причины (транзиторная ишемия, активация симпатoadреналовой системы и др.), соответствующие морфологические и биохимические изменения (гетерогенность очаговых изменений и ферментных реакций и др.), необходимые гистоэнзимологические тесты, классификация ВСС (аритмическая, ишемическая, недостаточность насосной функции). Среди наиболее частых причин ВСС ведущей является фибрилляция желудочков (ФЖ) - 60-80%.

Фундаментальная наука накопила обширную информацию, которая является теоретической основой всех аспектов борьбы с ВСС. Однако по мере накопления новых данных возникает ряд новых проблем, которые требуют своего решения или коррекции, казалось, уже найденных ответов. Это касается целого ряда вопросов: дальнейшей верификации структурных основ ВСС, методов ее прогнозирования и надежного выделения видоизменяющихся групп повышенного риска; снижения внебольничной летальности, которая в структуре общей летальности составляет от 48 до 64%; проблем профилактики и лечения спонтанной (первичной) ФЖ и других злокачественных нарушений ритма (медикаменты и/или имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор), подбора адекватной антиаритмической терапии и контроля ее эффективности в связи с увеличением количества новых препаратов и нарастанием частоты проаритмогенного эффекта. Острота этих проблем предопределяет необходимость их решения.

Несмотря на сложившиеся в настоящее время концепции и стандарты проведения сердечно-легочной реанимации, принятое в Европе и Америке, имеющиеся системы алгоритмов продолжают совершенствоваться, развиваются новые методы диагностики и лечения, стандартизируются принципы лечения угрожающих жизни аритмий, реанимационные аспекты купирования острых неотложных состояний. Как показал обзор данных литературы, включая рекомендации Американской Ассоциации Кардиологов и Европейского Совета по реанимации, в настоящее время происходит пересмотр некоторых положений тактики сердечно-легочной реанимации (СЛР). Так, нет четких статистических данных относительно эффективности и безопасности основных лекарственных препаратов (адреналин, лидокаин, бикарбонат натрия), широко применяемых во время СЛР. Научная аргументация относительно доз, кратности введения данных препаратов и сроков на сегодняшний день является дискуссионной, особенно в случаях их параллельного введения. Это касается, в первую очередь, лидокаина, который традиционно применялся только для профилактики ФЖ и терапии желудочковых аритмий, использование которого было "механически перенесено" для лечения рефрактерной ФЖ.

Следует отметить, что самым эффективным методом восстановления спонтанного кровообращения (особенно при ВСС аритмогенного генеза) и полноценного выживания, является ранняя СЛР с ранней наружной дефибрилляцией (ручная полу- и автоматическая) проводимая на догоспитальном этапе свидетелями внезапной смерти.

Для эффективного решения этих и других проблем необходима интеграция общих усилий и проведение мультицентровых исследований по программе "Внезапная сердечная смерть", которая может быть реализована как в рамках города Москвы с привлечением ведущих медицинских центров России, так и на уровне Федеральной программы.

ПРОЕКТ ПРОГРАММЫ

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ

1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Под внезапной смертью (ВС) подразумевается ненасильственная смерть здорового человека или больного, находившегося в удовлетворительном состоянии, наступившая в течение 24-х ч с момента появления угрожающих жизни симпто-

мов заболевания. Использование как основного критерия оценки фактора времени обуславливает включение случаев кардиогенного шока, отека легких, разрыва миокарда, тромбоэмболии ветвей легочной артерии и мозгового инсульта. Внезапная сердечная смерть (ВСС) - смерть в присутствии свидетелей, наступившая мгновенно или в пределах 6-ти ч от начала сердечного приступа. ВСС подразделяется на аритмическую, ишемическую и вследствие недостаточности насосной функции. Нарушение ритма в свою очередь включает первичную и вторичную фибрилляцию желудочков, электромеханическую диссоциацию и асистолию.

В нашей стране от 70 до 90% всех случаев смерти обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями, а по смертности от ИБС среди мужчин Россия занимает одно из первых мест в мире. По опубликованным данным, в таких городах, как Москва и Санкт-Петербург, ВСС при ИБС достигает 650-800 случаев на 1 млн населения, причем значительную часть составляют мужчины в возрасте от 49 до 59 лет. Частота ВСС в первый год после перенесенного инфаркта миокарда составляет 10-12%. Важнейшим аспектом ВСС остается внебольничная летальность, которая в структуре общей летальности составляет от 48 до 64%. В Москве в 1995 г. число случаев внезапной смерти от заболеваний (не несчастные случаи и травмы) превысило 300 000.

Видоизменяются группы повышенного риска угрожающих жизни аритмий. В противоположность существовавшему мнению, сейчас стало ясно, что больные, выжившие после ВСС при первичной ФЖ (при отсутствии органических заболеваний сердца), имеют высокий риск повторения эпизодов клинической смерти - у 32% отмечаются повторные синкопальные состояния с документированной ФЖ. Использование β -блокаторов, хотя и является общепризнанной оптимальной формой профилактики наряду с имплантацией дефибриллятора, не решает всех проблем. Имеются доказательства существенного риска ВСС при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМ), который существует, начиная с детского возраста. Так, по данным ряда проспективных исследований, ГКМ с возрасте 23-35 лет отмечена у 2 из 1000 обследованных.

Особой проблемой является ВС у детей первого года жизни, аритмогенная ВС при занятии детей спортом, при синдроме удлинённого интервала Q-T. По данным Национального центра исследования катастроф США, 1 случай ВСС приходится на 250 000 детей и 50 000 взрослых, занимающихся оздоровительным спортом.

Особого внимания заслуживает проблема подбора адекватной антиаритмической терапии в поликлинических условиях, контроля ее эффективности в связи с имеющим место проаритмогенным эффектом ряда препаратов.

Несмотря на сложившиеся в настоящее время концепции и стандарты проведения сердечно-легочной реанимации, принятые в США и Европе, имеющиеся системы алгоритмов продолжают совершенствоваться, развиваются новые методы диагностики и лечения, оптимизируются принципы лечения угрожающих жизни аритмий, реанимационные аспекты купирования неотложных состояний.

Все вышесказанное диктует необходимость координирования усилий и проспективных исследований в данном направлении по единому плану с соответствующей отчетностью и публикацией полученных результатов для выработки единых подходов по ключевым вопросам.

Цель программы - создание системы своевременного выявления, диагностики и лечения больных с жизнеугрожаемыми аритмиями, разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения. Создание и реализация программы послужат снижению уровня смертности населения.

Программа носит долговременный характер и подразделяется на этапы.

2. ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ

Финансирование программы должно проводиться из трех источников: бюджетное финансирование целевым назначением, средства страховых фондов, спонсорская помощь и благотворительные взносы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

Руководство программой осуществляется АМН России и Комитетом по здравоохранению Мэрии г.Москвы. Курирует программу Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации.

4. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПЕРВОГО ЭТАПА

а) Разработка единой программы работ с обозначением тематики проводимых исследований, участвующих организаций и сроков выполнения.

б) Интеграция имеющихся и создание 1-2 новых центров, специализирующихся на оказании экстренной помощи в полном объеме, на современном уровне, со всеми необходимыми подразделениями для больных с угрожающими жизни аритмиями

(реанимационное отделение, функциональная диагностика, радиологическая служба, электрофизиологическая лаборатория, ангиографический кабинет, лабораторная диагностика и т.д.); работа всех центров по единым протоколам и выбранным стандартам.

в) Профилизация 1-2 отделений общей реанимации, для концентрации больных, перенесших длительные сроки остановки кровообращения и имеющих полиорганную патологию.

г) Создание эффективной телекоммуникационной связи и компьютерной сети, интегрирующей данные центры, а также службу СМП, основные специализированные кардиологические отделения города и области. Создание на этой базе консультативной компьютерной службы, банка данных больных, перенесших ВСС, и результатов их обследования, обеспечение консультаций через сеть Internet сложных клинических случаев из любых регионов России; информационную инфраструктуру по медицинской специализированной литературе с доступом в библиотечную сеть через Internet.

д) Создание городского центра по обучению сердечно-легочной реанимации.

е) Совершенствование и стандартизация принципов и методов лечения потенциально опасных аритмий и ряда аспектов купирования данных состояний; совершенствование методов диагностики и прогнозирования развития угрожающих жизни аритмий, включая стандартный комплекс таких методов обследования, как ЭКГ высокого разрешения, картирование, длительный мониторинг, функциональные пробы и др.

Результатом выполнения программы должно явиться создание эффективной системы обучения методам сердечно-легочной реанимации, общедоступной круглосуточной службы в виде лечебно-диагностических центров в системе муниципального здравоохранения, обеспечивающих оказание высококвалифицированной специализированной помощи больным с угрожающими жизни аритмиями, совершенствование передового опыта прогнозирования, выявления и лечения больных данной категории. Это позволит поднять на необходимый уровень качество решения проблемы ВСС.