

© М. Ю. Капутин, А. В. Бирюков, В. Ю. Ульченко, 2016
УДК 616.127-005.4-089

М. Ю. Капутин, А. В. Бирюков, В. Ю. Ульченко

НАШ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ И ЛЕГИТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕРДЕЧНОЙ КОМАНДЫ (ВРАЧЕБНОГО КОНСИЛИУМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ИБС)

НИИ хирургии и неотложной медицины ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ (ректор университета и дир. института — академик РАН С. Ф. Багненко)

Ключевые слова: *реваскуляризация, ишемическая болезнь сердца, сердечная команда, чрескожное коронарное вмешательство, аортокоронарное шунтирование*

Концепция привлечения врачей разных специальностей для принятия решения о тактике лечения пациента, известная в кардиохирургии под названием «Heart team» [сердечная команда: врачебный консилиум для выбора тактики лечения больного с ишемической болезнью сердца (ИБС)], на сегодняшний день в той или иной мере реализована в большинстве отделений сердечно-сосудистой хирургии России. Однако отсутствие локальных регламентирующих документов зачастую сводит эффект от такого мультидисциплинарного взаимодействия к нулю. Знание международных и национальных рекомендаций никого не обязывает к их исполнению.

В результате повсеместно распространена практика, когда концепция сердечной команды вроде бы реализована, но, по факту, каждый врач имеет преимущественное право на лечение «своего» пациента. С другой стороны — нередко решения принимают на основании «богатого жизненного опыта» или под влиянием авторитета одной из сторон, участвующих в обсуждении.

Нужно сказать, что клинические рекомендации также не привносят полной ясности в этот процесс, так как в ряде случаев не дают однознач-

ных оценок преимущества того или иного метода реваскуляризации и регулярно подвергаются изменению. Кроме того, международные, а зачастую и слепо переписанные с них национальные рекомендации не учитывают специфику отечественного здравоохранения и показатели работы конкретного медицинского учреждения.

Все это подвигло нас на издание приказа, регламентирующего деятельность сердечной команды в нашем университете. Данный документ, в основу которого были положены последние международные рекомендации и российское законодательство, а также возможности нашей клиники, имели своей целью максимально упорядочить и упростить выбор тактики реваскуляризации миокарда в интересах пациента.

Зарубежный опыт по организации сердечной команды. Исторической предпосылкой для создания этих бригад специалистов на Западе явилось бурное развитие эндоваскулярных методов лечения ИБС, которые к началу нашего века уже позволяли достигать технического успеха реваскуляризации у большинства пациентов. В этих условиях интервенционные кардиологи, непосредственно контролирующие потоки больных, зачастую принимали решение в пользу коронарного стентирования, даже если это шло в разрез с данными доказательной медицины. Частота чрескожных коронарных вмешательств

Сведения об авторах:

Капутин Михаил Юрьевич (e-mail: mkaputin@mail.ru), Бирюков Алексей Владимирович (e-mail: m.l.m@bk.ru),

Ульченко Вячеслав Юрьевич (e-mail: vvyu1949@gmail.com), НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

(ЧКВ), выполненных не по показаниям, равнялась 11–15%, еще 40–50% вмешательств выполнялись без достаточных на то оснований [2, 3].

Впервые концепция сердечной команды была изложена в европейских рекомендациях 2010 г. [6] и с этого момента получила широкое распространение на Западе. В результате изменилось соотношение эндоваскулярных и открытых хирургических вмешательств при ИБС и «статус кво», в общем и целом, был восстановлен. Безусловно, остается поправка на выбор пациента, но появился механизм, гарантирующий то, что этот выбор будет основан на знании «про» и «контра» современных методов лечения ИБС.

Международные рекомендации, присвоив положению по созданию сердечной команды класс 1С, строго не регламентируют порядок организации и работы таких команд. В результате в различных учреждениях данная концепция реализована по-разному. В одних центрах она имеет вид врачебных конференций, на рассмотрение которых выносятся сложные случаи [4]. В других — используется система, применявшаяся в исследовании SYNTAX [8], когда интервенционный кардиолог вместе с кардиохирургом обсуждают тактику лечения в присутствии пациента и (или) его родственников после выполнения коронарографии.

Для того, чтобы повысить эффективность работы сердечных команд, было предложено назначать неклинического координатора, в задачу которого входят: сбор всей необходимой информации, обеспечение присутствия ключевых специалистов, а также ведение документации. Отмечено, что при надлежащей подготовке процесса обсуждения пациента занимает, в среднем, не более 5–10 мин [3].

Наряду с очевидными преимуществами от работы сердечной команды, существуют и недостатки, игнорирование которых может отрицательно сказаться на показателях работы учреждения и дискредитировать идею. Во-первых, речь идет о выгоде для учреждения и удобстве для пациента при выполнении ЧКВ одновременно с коронарографией. Отсрочка реваскуляризации увеличивает койко-день, особенно если сердечная команда собирается не чаще, чем 1 раз в неделю, и может неблагоприятно отразиться на результатах лечения, в частности у нестабильных пациентов. Во-вторых, вынесение на разбор большого числа случаев, особенно если речь идет об отвлечении от работы большого числа сотрудников, присутствующих на врачебной конференции, также может отрицательно сказаться на показателях работы клиники.

Обзор международных рекомендаций 2013 и 2014 г. В рекомендациях ESC (European Society of Cardiology) по лечению стабильной ИБС 2013 г. предложены алгоритмы принятия решения о выборе тактики реваскуляризации отдельно для поражений с вовлечением ствола левой коронарной артерии (ЛКА) и без такового [7].

У пациентов с 1- и 2-сосудистым поражением решение принимается в зависимости от вовлечения проксимального сегмента передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), а у больных с 3-сосудистым поражением — в зависимости от выраженности коронарного поражения по SYNTAX Score и риска аортокоронарного шунтирования (АКШ). В частности, при поражении 1–2 коронарных артерий без вовлечения проксимального сегмента ПМЖВ рекомендуется ЧКВ, а при поражении 3 коронарных артерий, SYNTAX Score больше или равном 23 и низком хирургическом риске — АКШ. В остальных ситуациях рекомендуется обсуждение случая на сердечной команде.

При поражении ствола ЛКА и однососудистом поражении учитывается локализация стеноза в стволе ЛКА, а также наличие высокого хирургического риска. При сочетании стволового поражения и 2 или 3 коронарных артерий решение принимается в зависимости от выраженности коронарного поражения по SYNTAX Score и риска АКШ. В частности, при сочетании изменений ствола ЛКА в устье или среднем сегменте и высоким хирургическим риском рекомендуется ЧКВ, а при поражении 2 или 3 коронарных артерий, SYNTAX Score больше или равном 33 и низком хирургическом риске — АКШ. В остальных ситуациях рекомендуется обсуждение на сердечной команде.

В WEB-приложении к упомянутым рекомендациям указано, что под низким хирургическим риском понимается EuroSCORE, больше или равный 6, а под низким — EuroSCORE менее 6 [5]. В этом же приложении оговорено следующее: при наличии противопоказаний к АКШ (тяжелая легочная недостаточность, предшествовавшая лучевая терапия на область средостения или операция на сердце, двусторонние стенозы сонных артерий) больному показано ЧКВ; больным старше 80 лет с тяжелой сопутствующей патологией показано ЧКВ; пациентам с рестенозом в стенке с лекарственным покрытием, установленном в проксимальной-средней трети ПМЖВ, предпочтительно выполнение АКШ; у больных с сочетанием ИБС и гемодинамически значимых структурных пороков сердца предпочтительно выполнение АКШ.

В рекомендациях по реваскуляризации миокарда ESC/EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery) 2014 г. нашли отражение данные последних рандомизированных исследований относительно лечения стенозов проксимального сегмента ПМЖВ и поражений ствола ЛКА [9]. В частности, при поражении 1–2 коронарных артерий с вовлечением проксимального сегмента ПМЖВ ЧКВ не уступает АКШ. То же относится и к поражению ствола ЛКА в сочетании с SYNTAX Score меньше или равном 22. Не влияет на принятие решения локализация стволового поражения и сочетание его с поражением 1 или 2 коронарных артерий.

В указанных рекомендациях впервые изложены показания для обсуждения пациента на сердечной команде в зависимости от клинических проявлений ИБС. В частности, указано, что проведение сердечной команды не требуется при всех формах окклюзий коронарных сосудов, а также при стабильной ИБС тогда, когда это прописано в локальном протоколе.

Локальный протокол, регламентирующий деятельность сердечной команды. При разработке локального протокола мы столкнулись с непростой задачей. С одной стороны, было необходимо максимально упростить алгоритм принятия решения о выборе тактики реваскуляризации, сведя к минимуму необходимость вынесения случаев на сердечной команде, а с другой — не отступить ни на шаг от последних международных рекомендаций.

В итоге нам удалось объединить все клинические варианты стабильной ИБС в один алгоритм, оговорив в протоколе, что при нестабильной стенокардии и ОИМ решение о выборе метода реваскуляризации может принимать единолично врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению. Мы также внесли в протокол перечисленные выше оговорки (с первой по третью), сделанные в WEB-приложении к рекомендациям ESC 2013 г.

Помимо указанного протокола, приказ содержал следующие пункты.

1. Организовать проведение врачебных консилиумов с целью выбора тактики лечения больных с ИБС каждую среду и пятницу на базе НИИ хирургии и неотложной медицины.

2. Обеспечить участие в консилиуме кардиолога (лечащего врача), врача по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, самостоятельно выполняющего ЧКВ, и сердечно-сосудистого хирурга, самостоятельно выполняющего операции АКШ.

3. Обеспечить оформление заключения консилиума протоколом, согласно приложению к настоящему приказу, и доведение его до пациента или его законного представителя лечащим врачом.

4. Обеспечить направление пациентов со стабильной ИБС на коронарографическое исследование с рассчитанным показателем риска кардиохирургических вмешательств по шкале EuroSCORE II.

5. Обеспечить объективизацию тяжести поражения коронарных артерий путем расчёта индекса SYNTAX Score у больных со стабильной ИБС и 3-сосудистым поражением коронарных артерий или поражением ствола левой коронарной артерии по результатам коронарографического исследования.

Как следует из сказанного выше, к приказу прилагалась форма протокола консилиума врачей, составленная в точном соответствии с требованиями п. 3–4 ст. 48 Закона № 323-ФЗ [1].

Идея написания данной статьи возникла потому, что, по результатам общения с коллегами из разных областей России, нам не удалось выявить ни одного случая, когда порядок работы сердечной команды или, если угодно, «врачебного консилиума с целью выбора тактики лечения больных с ИБС» был прописан в виде внутреннего приказа. Однако, по нашему убеждению, именно такая форма регламентирующего документа необходима для того, чтобы обеспечить исполнение порядка вне зависимости от желания или нежелания любого участника процесса.

Предваряя возражения оппонентов, следует сказать, что безусловным в данном вопросе является только одно — истина, без сомнения, находится где-то между двумя границами спектра: с одной стороны, коллегиальное обсуждение каждого пациента, когда решение всякий раз принимается индивидуально, исходя из конкретной клинической ситуации, а с другой — строгая регламентация тактики лечения для любого возможного случая. Более того, «истина» для каждого учреждения будет своя, в зависимости от уровня развития эндоваскулярных и хирургических технологий и прочих, в том числе финансовых условий. Какое бы положение не было принято в настоящий момент времени, оно должно пересматриваться по мере изменения указанных обстоятельств и рекомендаций по лечению.

Претворение в жизнь вышеупомянутого приказа сделало понятным и прозрачным процесс принятия решений, устранив элемент внутренней конкуренции за пациента и взаимных обид. Обязательность расчета прогностических индексов повысила общий уровень профессио-

нальной грамотности в коллективе и уверенность в правильности выбранной тактики. Оформление заключения консилиума протоколом позволило всем участникам процесса чувствовать себя более защищенными, в том числе в юридическом плане.

Безусловно, жизнь внесла некоторые коррективы. В частности, большая часть заседаний сердечной команды по факту проводится в пультовой рентгенооперационной непосредственно после выполнения коронарографии, при условии соблюдения всех остальных положений приказа. Определенные сложности в работу консилиума внесло постановление Правительства РФ от 28.11.2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.», в котором коронарное стентирование и АКШ были отнесены к разным группам высокотехнологичной медицинской помощи. В результате при госпитализации ранее необсужденного пациента для коронарного стентирования проблематично выполнить ему АКШ и наоборот.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. № 5639. С. 18.
2. Frutkin A.D., Lindsey J.B., Mehta S.K. et al. Drug-eluting stents and the use of percutaneous coronary intervention among patients with class I indications for coronary artery bypass surgery undergoing index revascularization: analysis from the NCDR (National Cardiovascular Data Registry) // J. ACC Cardiovasc. Interv. 2009. Vol. 2, № 7. P. 614–621.
3. Head S.J., Kaul S., Mack M.J. et al. The rationale for Heart team decision-making for patients with stable, complex coronary artery disease // Eur. Heart J. 2013. Vol. 34, № 32. P. 2510–2518.
4. Holmes D.R., Rich J.B., Zoghbi W.A. et al. The Heart team of cardiovascular care // J. Am. Coll. Cardiol. 2013. Vol. 61, № 9. P. 903–907.
5. http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/publications/ANGINA2013_Stable_Coronary_Artery_Disease_web_addenda.pdf.
6. Kolh P., Windecker S., Alfonso F. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: the task force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2014. Vol. 46, № 4. P. 517–592.
7. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. 2013. Vol. 34, № 38. P. 2949–3003.
8. Serruys P.W., Morice M.C., Kappetein A.P. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease // N. Engl. J. Med. 2009. Vol. 360, № 10. P. 961–972.
9. Windecker S., Kolh P., Alfonso F. et al. 2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization // EuroIntervention. 2015. Vol. 10, № 9. P. 1024–1094.

Поступила в редакцию 09.12.2015 г.

M. Yu. Kaputin, A. V. Biryukov, V. Yu. Ul'chenko

OUR EXPERIENCE OF OPTIMIZATION AND LEGITIMIZATION OF HEART TEAM WORK (MEDICAL CONSULTATION FOR DETERMINATION OF TREATMENT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE)

Research Institute of surgery and emergency medicine; I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University

The article raises the problem of optimization and legitimation of work of the Heart Team. It also described the background and international experience, provided an overview of the recent international guidelines in relation to management of revascularization in patients with stable coronary artery disease. The article presents an experience of the I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University.

Key words: *revascularization, ischemic heart disease, Heart Team, percutaneous coronary intervention, aortocoronary bypass grafting*