Стенограмма дебатов, 21 сент., 2016 год, НацКонгресс Российского кардиологического общества, Екатеринбург, 15-30 – 17-10

Председатель **Руда М.Я.**

**Марков В.А.**(Томск) Какому биомаркеру некроза при ОКС отдать предпочтение: БСЖК.

**Затейщиков Д.А.** (Москва) Какому биомаркеру некроза при ОКС отдать предпочтение: сердечные тропонины.

**Штегман О.А., Петрова М.М.** (Красноярск). Нужно ли определять биомаркеры некроза миокарда на ДГЭ: «за».

**Аверков О.В.** (Москва) Нужно ли определять биомаркеры некроза миокарда на ДГЭ: «против».

Другие участники состоявшейся дискуссии: **Воевода М.И.,** **Гафаров В.В.,** **Николаев К.Ю. -** НИИ Терапии, Новосибирск

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия докладчика | выступление от начала дебатов, часы, минуты, секунды | Текст выступления | №№ слайдов презентаций докладов | Примечание |
| **Руда**  | 00.00 – 05.25 | Если быть честным до конца, то я предполагал, что эта проблема, которую мы сегодня собрались обсуждать, вызовет больший интерес. Организаторы этого мероприятия, видимо, тоже это предполагали, выделив нам довольно большую аудиторию, но, как иногда и в жизни бывает, это – недоказанный факт, а мы живем в эпоху доказательной медицины. Это тот случай, когда гипотеза не выдерживает проверку практикой, но бог с ней. Во всяком случае, желающие могут подвинуться сюда поближе, у нас сегодня достаточно камерная обстановка и мы сегодня сможем, я надеюсь, поговорить по душам. Какова предыстория нашей сегодняшней встречи? У нас имеются, во-первых, в отношении биомаркера, надо сказать, что у нас в России созданы тесты на белок, связывающий жирные кислоты и его сделали в нескольких лабораториях, насколько я знаю – как минимум в трех. И, похоже, это тест, который работает хорошо. В то же время, вы знаете, что эта работа не новая. На Западе, работами, связанными с белком, связывающим жирные кислоты, занимаются уже с 80-х годов. Похоже, по мнению многих, тропонины, в силу ряда обстоятельств, помешали этому тесту выйти в реальную практическую жизнь. Тем не менее, некоторые клиники, некоторые станции скорой помощи придерживаются другого мнения. Иногда эти споры носят довольно горячий характер. Я думаю, что лучше всего истина познается в непосредственной дискуссии. И поэтому мы решили предоставить такую возможность как сторонникам одного, так и другого биомаркера. Вторая часть нашей дискуссии заключается в следующем: нужно ли на догоспитальном этапе вообще заниматься исследованиями биомаркеров некроза миокарда или это, так сказать, излишняя активность? Насколько она полезна? Насколько она оправдана? И по этому вопросу тоже имеются различные точки зрения. Есть аргументы и у сторонников и у противников этой идеи. И тоже, конечно, идут давние горячие споры. Эти споры мы пытаемся сейчас опубликовать на страницах журнала «Неотложная кардиология». Ну, и я надеюсь, что результаты нашей сегодняшней дискуссии мы тоже постараемся с помощью наших дискутантов представить на страницах журнала и на сайте общества «Неотложная кардиология». Думаю, что это представит интерес для многих людей. Как ни странно, я сегодня не вижу в зале некоторых из тех, кто очень активно ратовал за такую дискуссию, писал мне письма и прочее. Ну, такая возможность у них была. Может быть, просто люди не приехали на съезд, - ну, это уже другой вопрос. Итак, начинаем. Значит, формат дискуссии: вы не докладываете свои собственные данные, вы только приводите доводы, которые с вашей точки зрения. Вы можете, конечно, их подкреплять аргументами, это не должен быть научный доклад, это должен быть перечень позиций, подкрепленных какими-то аргументами. Вот, все. Я надеюсь, что многие из вас участвовали в качестве хотя бы слушателей на подобных заседаниях на международных конгрессах. Они сплошь и рядом имеют очень оригинальную и интересную форму, очень яркие выступающие. Я надеюсь, что мы будем недалеко от этих примеров. Итак, первый вопрос: профессор Марков; «Какому биомаркеру некроза миокарда при остром коронарном синдроме отдать предпочтение?». Профессор Марков является сторонником использования белка, связывающего жирные кислоты. Пожалуйста, Валентин Алексеевич. | на фоне слайда № 1 презентации Маркова | Введение |
| **Марков** | 05.25 – 16.05 | Уважаемый Михаил Яковлевич, уважаемые коллеги! | Слайд № 1 | Доклад |
| Как вы все хорошо знаете, третье универсальное определение инфаркта миокарда гласит о том, что в основу диагностики инфаркта кладется определение плазменных биомаркеров, в сочетании с одним из признаков ишемии миокарда. | Слайд № 2 |
| Вот, в 1988 году, т.е. прошло уже более 28 лет, профессор Глатц предложил использовать в качестве самого раннего плазменного биомаркера инфаркта миокарда сердечный белок, связывающий жирные кислоты. | Слайд № 3 |
| Если мы посмотрим на кинетику ферментов или этих биомаркеров, мы увидим, что наиболее рано в плазме крови появляются БСЖК и миоглобин, которые имеют наименьшую молекулу, ну а дальше появляются позже тропонины, которые определяются обычным способом и МВ-КФК. Они появляются гораздо позже – на второй, третий час; третий, четвертый час от начала симптомов заболевания. | Слайд № 4 |
| Таким образом, миоглобин, также чувствительный очень, но малоспецифичный маркер, тропонин Т – поздний маркер, требующий соблюдения температурного режима. Я имею в виду – определяемый традиционным способом, а в нашей стране, в основном, традиционным способом определяется. Если я попрошу поднять руку, присутствующие: кто имеет возможность определять высокочувствительный тропонин, то этих рук окажется не так уж и много, 6-7 человек из зала – остальные пользуются либо обычным тропонином, либо миоглобином, либо МВ-КФК, а белок, связывающий жирные кислоты, является ранним маркером некроза миокарда… | Слайд № 5 |
| …ну и, если мы посмотрим сравнение: вот эти авторы в 2014 г. опубликовали сравнение диагностической чувствительности, т.е. процент истинно положительных тестов среди обследованных больных. Обследовали белок, связывающий жирные кислоты и тропонин Т традиционным способом. Первые столбики – это тропонин Т, вторые столбики – это БСЖК и мы видим, что в первые четыре часа, БСЖК намного чувствительнее, в два раза и более чувствительней, чем тропонин Т. С четвертого по восьмой час чувствительность выравнивается, этих биомаркеров, а после восьми часов она повышается у тропонина.  | Слайд № 6 |
| Приемлемая чувствительность и специфичность, в первые шесть часов острого коронарного синдрома, имеет кардиоБСЖК и высокочувствительный тропонин. | Слайд № 7 |
| Вот, российская разработка, в городе Новосибирске, научно-практическое объединение «БиоТест» сделало экспресс-тест для определения белка, связывающего жирные кислоты. Это – иммунохроматографическая, однослойная тест-система, для выявления in vitro, используется венозная кровь. | Слайд № 8 |
| Ну, достаточно простая методика. Тест-система состоит из тест-системы, гепаринизированного шприца, стикера для записи результатов и игла, краткая инструкция. За последнее время этот тест усовершенствован. Диагностический уровень 10 нг/мл, постановка экспресс-теста занимает теперь от двух до пятнадцати минут, в зависимости от концентрации белка, связывающего жирные кислоты, если появляется две полоски после введения крови в тест-систему – это свидетельство того, что имеется тест положительный. | Слайд № 9 |
| В некоторых городах нашей Российской Федерации проводились исследования этой тест-системы, в т.ч. – в нашем отделении неотложной кардиологии, сотрудниками отделения. В т.ч. было исследование, многоцентровое российское исследование в 24 центрах, 17 городах России и везде выявлена достаточно высокая чувствительность и специфичность теста. | Слайд № 10 |
| Кроме того, тест был проверен в условиях скорой медицинской помощи, у больных с подозрением на острый коронарный синдром. Это, большое количество больных было исследовано в Москве, далее – в Новосибирске, Омске и везде тоже врачи скорой помощи нашли высокую чувствительность и специфичность теста. | Слайд № 11 |
| Ну вот, этот тест интересует в лечебных учреждениях во многих и он закупается в этих учреждениях. Здесь представлены те лечебные учреждения, где этот тест используется. | Слайд № 12 |
| За пределами России… | Слайд № 13 |
| Также имеется большой интерес и за последние 20 лет большое количество публикаций, большое количество экспресс-тестов, а также приборов для количественного определения белка, связывающего жирные кислоты. | Слайд № 14 |
| Вот, экспресс-тесты имеются, в частности, в Швейцарии, для определения кардиоБСЖК и тропонина I, в Германии, в Китае, Индонезии. | Слайд № 15 |
| Вот те публикации последних лет за рубежом, которые показывают высокую чувствительность, но разные, поскольку разными методами исследовались чувствительность и специфичность кардиоБСЖК, то здесь, конечно, большие колебания чувствительности и специфичности имеются. | Слайд № 16 |
| Итак, а если мы посмотрим с практической точки зрения: а сколько стоит отечественный экспресс-тест, изготавливаемый БиоТестом Новосибирска – это в среднем 500 рублей, тогда как зарубежный тест на тропонин Т – около семиста рублей, а количественное определение стоит не менее тысячи – полутора тысяч рублей, кроме того, нужно купить очень дорогостоящий прибор и не всякое лечебное учреждение способно это сделать. | Слайд № 17 |
| Почему же, в заключении я хочу сказать, почему же мы за то, чтобы кардиоБСЖК использовался для диагностики у пациентов с острым коронарным синдромом или с подозрением на острый коронарный синдром? Ну, какие аргументы? Это – раннее начало повышения кардиоБСЖК в плазме крови. Даже при минимальном повреждении миокарда можно обнаружить. Далее, высокий уровень чувствительности и специфичности в тех исследованиях, которые проводились, доступная цена теста, отсутствие необходимости закупки лабораторного оборудования, расходных материалов, достаточная доказательная база в России и в других странах. КардиоБСЖК является не только ранним и независимым, но он – независимый предиктор будущих сердечно-сосудистых событий и смертности, как было найдено во многих исследованиях. Ну, и в седьмых, я бы добавил, что поскольку кардиоБСЖК быстро исчезает из крови, то с помощью этого теста можно на третьи – четвертые и далее сутки диагностировать рецидив инфаркта миокарда или расширение зоны некроза, поэтому вот этот тест, я считаю, должен быть, должен присутствовать, должен быть рекомендован в Национальных рекомендациях, наряду с высокочувствительными тропонинами. | Слайд № 18 |
| Итак, благодарю вас за внимание! | Слайд № 19 |
| **Руда** | 16.08 – 16.58 | Спасибо, Валентин Алексеевич! Значит, сейчас будет выступать человек, который придерживается иной позиции. Потом будет предоставлено слово, ну, мы посмотрим, как у нас будет со временем, будет предоставлено слово любому желающему. А потом, повторно для заключительного слова, но уже совсем короткого – каждому из основных выступающих. Так, профессор Затейщиков. Вопрос тот же самый, но ответ другой. Профессор Затейщиков, насколько я понимаю, сторонник использования тропонинов. Пожалуйста, Дмитрий Александрович. |  | Комментарий и передача слова Затейщикову |
| **Затейщиков** | 16.58 – 22.39 | Спасибо! Глубокоуважаемый Михаил Яковлевич, глубокоуважаемые коллеги! | Слайд № 1 | Доклад |
| Ну, надо сказать, что, вот конфликт интересов, который демонстрирует, что у меня нет материальной заинтересованности ни в тропонинах, ни в БСЖК, поэтому, ну, мне кажется, хочется верить, что я… | Слайд № 2 |
| …в какой-то степени независим. Итак, если говорить, все-таки начать с конца, начать с того, о чем закончилось предыдущее сообщение, доводы за: ну, на мой взгляд, первый и главный довод, конечно – это локализация производства в Российской Федерации. Действительно, в условиях, в которых мы живем это, наверное, довольно важная особенность метода. Простой способ применения – тест-полоска. По-видимому, более раннее появление в кровотоке диагностически значимых концентраций. Ну, и, наконец, то, о чем тоже было сказано – динамика появления и исчезновения очень схожа с миоглобином. Ну, вот, это то, что заставляет все-таки воспроизводить дискуссию… | Слайд № 3 |
| … на протяжении последних лет. Ну, как говорится, дьявол кроется в деталях, и если заглянуть уже с самого начала в эти детали, то появляются некоторые, как бы сказать «сомнения». Одно из таких «сомнений» связано с уровнем чувствительности тест-системы. Даже на одном сайте – сайте производителя, который сегодня уже демонстрировался, вы найдете упоминание двух вариантов чувствительности – 10 нг/мл и 15 нг/мл. Причем 15 нг/мл упомянуто в документе, который размещен на этом сайте, под названием «Национальные рекомендации» по применению этой тест-системы, а 10 нг/мл вы найдете в описании медицинской технологии. И вы найдете уровни чувствительности и специфичности, суммированные, как написано на этом сайте, примерно из тысячи пациентов, подряд поступивших или оцененных в центр с инфарктом миокарда. Цифры, действительно, довольно как бы интересные, довольно высока… | Слайд № 4 |
| … чувствительность и специфичность методики. Однако, если вернуться немножко назад, если посмотреть те документы, которые рассматривались, в том числе, Минздравом, то вот окажется, что в одном, по крайней мере, из отчетов, используется другой тест – с аналитической чувствительностью 7 нг/мл – это институт Склифосовского. И вот, здесь уже цифры чувствительности и цифры специфичности немножко отличаются от тех, которые были представлены на сайте. Посмотрите: первые несколько часов заболевания – тот самый момент, когда действительно это вещество вроде бы должно максимально быть активно, определяется только чувствительность, составляющая только 50%, потом она действительно поднимается, потом вновь снижается, что связано с той кинетикой…  | Слайд № 5 |
| … которая имеется у данного вещества. Наконец, совсем последняя публикация августа этого года полностью соответствует тому, что получили в институте Склифосовского. Посмотрите: опять чувствительность 52%, специфичность чуть побольше, но вот здесь – это самая отрезная точка 5 нг/мл, т.е. этот тест втрое чувствительней или вдвое, как минимум, того, что имеется у нас в руках, в качестве отечественной тест-полоски. | Слайд № 6 |
| Ну, вот – клинический такой, маленький примерчик: больной 69 лет, доставлен с направительным диагнозом острый коронарный синдром. Выраженная одышка, боль – ну, такая, не очень интенсивная, типа заложенности в груди, начало где-то пять часов тому назад. Человек явно с сердечной недостаточностью: отеки ног, хрипы в нижних отделах. Эхо выполнить на такой частоте сердечных сокращений, речь идет о мерцательной аритмии с очень высокой частотой, практически – диагностическая, в общем, нелепость. Ну, где-то все-таки фракция выброса порядка 40%, насколько достоверна эта цифра – можно только догадываться. Давление не очень высокое, но и не низкое, сатурация вполне нормальная, несколько повышен тропонин. Вот, место, где должен помочь нам…  | Слайд № 7 |
| … этот самый белок, связывающий жирные кислоты, но если мы заглянем в литературу – это очень важный вопрос. Сердечная недостаточность или декомпенсация сердечной недостаточности в половине случаев сопровождается повышенным уровнем тропонина, и мы все прекрасно знаем, что уровень тропонина повышается и при других ситуациях… | Слайд № 8 |
| … не связанных с некрозом миокарда. Но, вот, если мы посмотрим, что написано на сайте этого производителя, то, как говорится, видна еще одна деталь: оказывается, для получения вот таких цифр исключались больные с сердечной недостаточностью, заведомо, если было известно, что сердечная недостаточность есть у пациента, такие больные не включались в данное исследование. Т.е. на самом деле, очевидно совершенно, чувствительность и специфичность этого теста… | Слайд № 9 |
| … несколько ниже. Как обходиться в такой ситуации с тропонином? Для этого существует то самое третье международное определение, которое говорит о том, что нам нужно определять не уровень тропонина, а его динамику. Для того чтобы оценить наличие некроза, мы должны выявить динамику в первые часы. Если это обычный тест – то шесть часов мы должны интервал между двумя определениями использовать, если это высокочувствительный тест, который действительно в нашей стране не так часто определяют - то три часа. Так или иначе, именно динамика биомаркера некроза определяет отношение к этому пациенту… | Слайд № 10 |
| **Руда** | 22.39 – 22.53 | Простите, Дмитрий Александрович, я Вас прерву. Дело в том, что вообще и в универсальном определении инфаркта миокарда речь идет о динамике, а не о, так сказать, о каком-то определенном биомаркере. |  | Комментарий по докладу Затейщикова |
| **Затейщиков** | 22.53 – 29.31 | И я, собственно, об этом и говорю, что речь идет именно о динамике… | Слайд № 10 | Продолжение доклада |
| … в течение нескольких часов. Итак, современные принципы постановки диагноза инфаркта предусматривают регистрацию именно динамики биомаркера тропонина, а не использования качественных тестов. И это относится не только к белку, связывающему жирные кислоты – это относится и к тест-полоскам на тропонин. они, на самом деле… | Слайд № 11 |
| … в реальной жизни используются достаточно редко. Вернемся к тому, что такое острый коронарный синдром. Острый коронарный синдром – это подозрение. Это подозрение, которое заставляет нас госпитализировать больного, потому что мы думаем, что эта ситуация может быть инфарктом миокарда…  | Слайд № 12  |
| … или нестабильной стенокардией. И главным диагностическим критерием или такой разделительной, главным диагностическим способом оценки такого больного, безусловно, является регистрация электрокардиограммы.  | Слайд № 13 |
| Мы делим больных с подъемом и без подъема сегмента ST. И вот еще один клинический пример: больной 56 лет, в стационаре находится по поводу пневмонии. Перед выпиской зашел сдать кровь, потерял сознание, практически умер. Вовремя дефибриллировали, на кардиограмме типичный инфаркт миокарда, острейшая стадия, точнее … | Слайд № 14 |
| … - острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Берется этот больной в ангиографическую лабораторию и в течение 30 минут ему делается ангиография, полностью восстанавливается проходимость сосудов. Вот, к сожалению, здесь немножко недосвечено, но поверьте мне… | Слайд № 15 |
| …, что проходимость сосудов восстановлена и это доказывается кардиограммой. Через полтора часа после биомаркеры некроза не повысились… | Слайд № 16 |
| … - они не успели повыситься. Подъем сегмента ST – что это такое? Это значит, что принятие решения по поводу экстренной реваскуляризации делается на основании регистрации изменений сегмента ST. Оно не должно сопровождаться определением биомаркеров, потому что в это время очень часто отрицательный результат. И чем раньше мы встретимся с таким больным – тем вероятность отрицательного результата будет больше, а максимально эффективное вмешательство в это время оказывается. Поэтому использование дополнительных диагностических процедур у таких больных необоснованно откладывает… | Слайд № 17 |
| … время начала правильного лечения. Посмотрим, что происходит с больным без подъема сегмента ST. Здесь тактика… | Слайд № 18 |
| … основана на оценке риска. И вот, наверное, табличку все помнят. Эта табличка появилась в прошлом году, в рекомендациях европейских. Она очень простая. Что мы должны делать? Мы должны сориентироваться в отношении риска, выделить больных с очень высоким риском. Делать с ними почти то же самое, что мы делаем с больным с инфарктом миокарда: больных с просто высоким риском – у нас есть сутки на принятие решения; больных с не очень высоким, промежуточным риском – трое суток; ну, и наконец, некоторых больных можно вообще… | Слайд № 19 |
| … инвазивно не лечить. Итак, если мы говорим о вот этой самой, самой высокой, рискованной группе, там, где у нас есть два часа на принятие решения, посмотрите: здесь нет никакого, ни одной диагностической процедуры, кроме, пожалуй, смещения сегмента ST. Речь идет о больных, о клинической ситуации. В этой ситуации биомаркер не учитывается… | Слайд № 20 |
| … мы учитываем клиническую картину. Давайте посмотрим на острый коронарный синдром в следующей градации: здесь уже появляются повышенные биомаркеры некроза. Ну, все-таки, в рекомендациях говорится о тропонине, шкала GRACE и динамические смещения сегмента ST. У нас на выбор 24 часа – нам не нужны здесь ранние биомаркеры, у нас есть время разобраться, есть время отнестись к этому больному… | Слайд № 21 |
| … почти как к плановому пациенту. Наконец, если биомаркеры – тропонин не повысился, то в данной ситуации мы выявляем больных промежуточного риска – здесь уже нет никаких биомаркеров, здесь опять только клиника. | Слайд № 22 |
| Ну, наконец, делая заключение, хочу подчеркнуть: итак, если мы говорим о больном с подъемом сегмента ST, для выработки тактики биомаркеры не нужны вообще. Они нужны для того, чтобы потом поставить ретроспективный диагноз инфаркт миокарда. Если мы говорим об остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST, то биомаркеры появляются только в одном случае – когда мы говорим о так называемой ранней инвазивной стратегии, о больных высокого риска. И здесь тропонин не теряет в течение суток чувствительности, потому что белок, связывающий жирные кислоты – это очень быстрый биомаркер, он появляется и быстро исчезает, и если мы с этим больным встретимся чуть позже или растянем его диагностику на некоторое время, то в этой ситуации тропонин еще будет в крови находиться, а белок, связывающий жирные кислоты, оттуда исчезнет и это может нас ввести в заблуждение, если у нас не будет никакого варианта подтверждения соответствующего диагноза. Иначе говоря: отсутствие повышения белка, связывающего жирные кислоты у больных с острым коронарным синдромом, без подъема сегмента ST не может стать основанием для отказа в соответствующем лечении. Ну, и наконец, в этой ситуации, на мой взгляд, внедрение систематического определения этого биомаркера смысла не имеет. Но нельзя сказать, что этот биомаркер вообще бессмысленен… | Слайд № 23 |
| …, что у него нет вообще будущего. Конечно, будущее есть. На мой взгляд, самое главное было сказано в конце, предыдущим докладчиком, потому что вот если говорить о какой-то особенности этого белка, о какой-то нише для его применения, естественно – это ситуация повторных болей при инфаркте, когда тропонин еще повышен и единственный способ зарегистрировать повторный некроз миокарда на сегодняшний день у нас – это определение МВ фракции КФК, очевидно, существенно менее специфического маркера по сравнению с тем, по отношению которого сегодня ведется дискуссия. Ну, и наконец, крайне интересно посмотреть: а что бывает у больных, у которых тропонин монотонно повышен? Вот у них как себя ведет белок, связывающий жирные кислоты? Меняется ли его концентрация? Можно, может быть, с его помощью отделить больных с повреждением миокарда от больных, все-таки имеющих некроз миокарда? Но, в любом случае, оба этих пункта пока еще не вышли из лабораторий и требуют дополнительного изучения. Спасибо! | Слайд № 24 |
| **Руда** | 29.31 – 29.51 | Спасибо! Есть ли кто-нибудь из аудитории, который хотел бы высказаться по этому вопросу? Прошу Вас. Где-то в пределах 3-х минут, пожалуйста. |  | Передача слова Воеводе |
| **Воевода** | 29.51 – 31.51 | Постараюсь. **Воевода Михаил Иванович**, институт терапии, Новосибирск. Очень конспективно, комментарий по поводу тех аргументов, которые высказал Дмитрий Александрович. Первое: нельзя говорить в настоящее время на данном уровне развития методологии о едином критерии определения нормы белка, связывающего жирные кислоты. Можно говорить о конкретном тесте. Тесты нестандартизированы, используют совершенно разные антитела для своего определения, поэтому сопоставить один тест с другим можно крайне осторожно. Это первое. Второе: универсальное определение. Все-таки, Дмитрий Александрович, когда мы говорим об инфаркте без подъема ST – нужно ставить диагноз инфаркт миокарда или не надо? Если следовать Вашей логике, то, в принципе, мы можем обойтись без постановки диагноза и принимать решение, не выставив пациенту диагноз инфаркт миокарда. В таком случае, мы действительно можем оставить нашу медицину без инструмента для постановки диагноза, каковым является на сегодняшний день и в соответствии с рекомендациями – определение биомаркеров. Как Вы уже сами справедливо сказали – значительная часть лечебных учреждений нашей страны не имеют тех инструментов, которые рекомендованы для определения диагноза. Более того, если вернуться к рекомендациям пятнадцатого года, там написано: да, предпочтителен высокочувствительный тропонин, если нет возможности определения высокочувствительного тропонина – используйте другие биомаркеры. В том числе, вот когда мы говорим о белке, связывающем жирные кислоты – это отечественный биомаркер, для которого есть достаточно серьезная база на сегодняшний день. Но я использовал отведенные мне три минуты. Я бы мог еще, конечно, добавить, если время будет – я выскажу. |  | Комментарий к докладу Затейщикова |
| **Руда** | 31.51 - 31.58 | Спасибо большое! Пожалуйста, только представляйтесь. |  | Передача слова Аверкову |
| **Аверков**  | 31.59 – 32.21 | Одним предложением. Моя фамилия **Аверков,** я работаю в пятнадцатой больнице, в городе Москве. Одним предложением: качественное определение любого биомаркера выходит за пределы современного определения инфаркта миокарда. Оно не позволяет оценить изменения этого показателя во времени  |  |  |
| **Руда** | 32.29 - 32.30 | Еще желающие выступить? Прошу Вас. |  |  Передача словаГафарову |
| **Гафаров**  | 32.39 – 34.43 | **Гафаров Валерий Васильевич**, Новосибирск. Уважаемые коллеги! Все то, о чем мы сейчас говорим, мы уже проходили лет тридцать назад. У нас работает так называемый показатель ВОЗовского регистра инфаркта миокарда уже лет сорок. Где-то в восьмидесятых годах, или даже в семидесятых годах прошлого столетия мы внедрили систему в практическое здравоохранение, когда мы везли всех пациентов с острой болью в груди более двадцати минут, от трех районов города. В результате – да, у нас в два раза снизилась стационарная летальность за счет ранней госпитализации, снизилось и число осложнений, но за два года, больница скорой помощи № 1, куда везли половину города, население где-то 300 тысяч жителей, отделение интенсивной терапии, с шестидесяти коек увеличилось до ста восьмидесяти – в три раза. Больница скорой помощи № 2, куда везли еще три района города, увеличилась с шестидесяти коек до ста десяти. Поэтому, естественно, ранняя госпитализация – она показана, это хорошо, но имеем ли мы с вами сейчас силы и средства это осуществить? В районе России, я имею в виду – по России в общем, если мы будем везти всех? Поэтому в данном случае, догоспитальное, конечно, определение крайне важно для того, чтобы отдифференцировать. Тем более, мы с вами продолжаем…**Руда:**- Простите, пожалуйста, догоспитальное определение – это у нас следующая часть дебатов. Сейчас про то или другое**Гафаров:**- Не-не, я просто…, я вот просто говорю причину – почему? То есть мы уже это проходили, мы это знаем и мы отслеживаем это в течение лет сорока, как на догоспитальном этапе, так и госпитальном. Я вот просто привожу, что мы получили в результате. Вот самое главное, о чем я хотел бы сказать. |  |  |
| **Руда**  | 34.44 – 35.01 | Спасибо! Я просто только хочу напомнить, что отсутствие повышения биомаркеров не является основанием для отказа от диагноза острый коронарный синдром, в общем-то.Пожалуйста, слушаю. Нет, к микрофону, а то Вас не слышно. |  | . Вопрос из зала |
| **Вопрос из зала к Маркову**  | 35.02 – 36.07 | - Нет, я хочу просто вопрос Валентин Алексеичу. Было ли количественное определение БСЖК в сравнении с определением количественного тропонина?**Марков**:- Работа проводилась: сравнение экспресс-теста тропонинового, обычного, определяемого традиционным способом, с экспресс-тестом БСЖК. Методом количественного определения было определение высокочувствительного тропонина…**Вопрос из зала:**- Нет, я спрашиваю про жирные кислоты.**Марков:**- А жирные кислоты – у нас нет прибора для определения количественного БСЖК – это в Новосибирске есть такое прибор, стоит он порядка тысячи долларов, как мне сказали. |  | Диалог с Марковым |
| **Руда**  | 36.08 | Конечно. Пожалуйста. |  | Передача слова Николаеву |
| **Николаев**  | 36.16 – 37.30 | Профессор **Николаев**, институт терапии, Новосибирск. Ну, значит, такой прибор действительно разработан. Я, в общем-то, видел принцип его работы и это не проблема – определение количественного сердечного БСЖК. Проблема в том, чтобы этот маркер был обозначен у нас в стандартах.**Руда:**- Что-что, простите?**Николаев**: - В стандартах, вот…**Руда:**- А, это другой разговор.**Николаев:**- … тем не менее, это разговор долгий, но принципиальный, потому что чисто технически вопросы решаемы, также как с тропонином. Вот, и фактологически, данные, которые сейчас имеются и которые показывал Валентин Алексеевич из статьи Глатца – там семнадцать источников последних по определению, сопоставлению высокочувствительного тропонина с сердечным белком, связывающим жирные кислоты, которые показывают, что различия-то, на самом деле, невелики. И поэтому, имея собственный опыт работы в нашей клинике с этой тест-системой, я только поддерживаю. |  | Краткое выступление в поддержку БСЖК |
| **Руда**  | 37.31 – 38.10 | Спасибо! Валентин Алексеевич, у меня к Вам вопрос, если можно. Вот, те исследования, на основании которых были проведены здесь и на основании которых сделан вывод о целесообразности использования этого маркера. Они были все только качественные или количественные там тоже присутствовали? Это первый вопрос. И второй вопрос: исследовалась ли динамика маркера? В частности, там, по-моему, упоминалось исследование под названием ИСПОЛИН. |  | Вопрос к Маркову |
| **Марков**  | 37.17 – 38.53 | Уважаемый Михаил Яковлевич! В нашей клинике динамики не исследовалось, количественного определения БСЖК мы не имеем. Но мы, вот, сравнили, я еще раз повторяю, два экспресс-теста – тропониновый экспресс-тест с тестом БСЖК. Методом проверки было исследование высокочувствительного тропонина в крови – количественное определение высокочувствительного тропонина. |  | Ответ на вопрос Руды |
| **Руда**  | 38.57 – 39.44 | Спасибо!Есть ли еще желающие выступить?Тогда, извиняюсь за такое выражение, Валентин Алексеевич, Вам последнее слово. Пять минут. Если можно, если можно, я перед этим задам один вопрос, но не чисто научный, но, во всяком случае, так сказать, с моей точки зрения имеющий отношение к тому вопросу, который мы обсуждаем. Вот, скажите, пожалуйста, значит тест известен, ну, по меньшей мере порядка сорока лет, да? |  | Вопрос к аудитории; вопрос к Маркову |
| **Марков** **и****Руда** | 39.44 – 44.14 | **Марков:**- Нет…**Руда:**- Как нет?**Марков:**- Двадцать восемь лет тому назад Глатц предложил этот тест.**Руда:**- А, двадцать восемь… Ну, значит у меня с математикой плохо. Виноват! Во всяком случае, в 80-е годы прошлого века?**Марков:**- Да. Да – это конец восьмидесятых.**Руда:**- Надо сказать, что столько лет – это достаточный срок для того, чтобы этот тест, ну, тщательно обсосать. Как Вы можете объяснить тот факт, что практически ни в одних международно признанных рекомендациях он сейчас не присутствует? А тропонин присутствует. С учетом того, что мы с Вами ведем разговор фактически о второй половине шестнадцатого года. Меня всегда, надо сказать, настораживают такие факты. В частности, не только потому, что они, допустим, ставят под сомнение чьи-то результаты. Не только поэтому. Но дело в том, что если мы хотим быть участниками мирового научного и не только научного кардиологического процесса, то нам очень важно иметь результаты, которые могут быть сравнимы с результатами, полученными в других клиниках и других странах. Если мы участвуем в каких-то международных исследованиях, где в качестве такого маркера используются, как правило, все-таки тропонины, в том числе высокочувствительные, то мы, естественно, тоже должны использовать эту методику. В противном случае, мы выпадаем из этого процесса, а это, я не уверен, что нам пойдет всегда на пользу. Ну, есть еще некоторые моменты, о которых я скажу позже. Извините, что я…**Марков:**- Я понял вопрос, Михаил Яковлевич. Значит, что можно ответить? Почему этот тест не вошел в рекомендации европейские? Ну, за 28 лет изобреталось много экспресс-тестов с разной чувствительностью и разной специфичностью. И когда, я не помню автор, который делал метаанализ, он объединил все эти данные. Получилось в среднем чувствительность чуть больше восьмидесяти процентов. В связи с этим, мне кажется, отказались от этого теста. Кроме того, и зарубежом еще недостаточно много приборов для количественного определения БСЖК. Поэтому, совершенно с Вами согласен, науку, научные работы в настоящее время с экспресс-тестом БСЖК делать невозможно. И мы не делаем. Мы также как все пользуемся в динамике МВ-КФК исследуем, общую креатинфосфокиназу и пользуемся высокочувствительным тропонином – это в научном учреждении. Но почему я ратую за использование экспресс-теста БСЖК? Я считаю, что этот экспресс-тест для использования на догоспитальном этапе, в приемных покоях терапевтических отделений, в терапевтических отделениях – там, где недоступен высокочувствительный тропонин. В нашем отделении тоже не используется экспресс-тест БСЖК, но, я считаю, что большинство лечебных учреждений России будет обеднено, если в рекомендациях не будет фигурировать экспресс-тест БСЖК. Вот, я бы так ответил на Ваш вопрос. |  | Диалог  |
| **Руда**  | 44.16 – 44.23 | Спасибо! Это Ваше последнее слово? Спасибо.Дмитрий Александрович. |  | Передача слова Затейщикову |
| **Затейщиков**  | 44.25 – 46.37 | Глубокоуважаемые коллеги! Ну, я бы, вот, если, так скажем, еще раз завершить то, о чем мы говорили, хочу привлечь внимание к двум вещам. Первое: ну, что такое определение инфаркта миокарда? Это ретроспективное определение. Оно не требует экстренных каких-то телодвижений, оно требует, оно нужно потом, для того чтобы как-то классифицировать больных, там, в новых условиях понять, сколько за больного стентированного заплатят денег? Там, 200 тысяч в Москве за это платят или 180, в зависимости от того, какой инфаркт – с подъемом или без подъема, там, ну, и так далее. То есть, для принятия решения по тактике ведения, нам достаточно слов «острый коронарный синдром». Это первое. Второй момент: давайте договоримся, о чем мы спорим. Если мы говорим о том, что, вот, если ничего нет, то пусть будет хотя бы **БЦЖК** – то одна сторона, одна ситуация. Наверное, с этим сложно спорить. Потому что если, так скажем, в фельдшерско-акушерском пункте нет ничего, то, ну, наверное, может быть добавление какой-то тест-полоски что-то добавит. Но, если мы говорим о том, добавляет ли что-то в нашу ежедневную клиническую практику измерение, качественное измерение белка, связывающего жирные кислоты, то каждое слово принципиально. Качественное определение – это значит, что мы не можем определить уровень этого биомаркера, то, на мой взгляд, его определение не добавит ничего. Вот, если бы действительно у нас было количественное определение, а, на мой взгляд, никаких сложностей в создании такой тест-системы количественной не существует и, более того, достаточно много лет назад, ну, почти десять лет назад, в лаборатории Николая Андреевича Грацианского именно количественное определение этого вещества уже изучено, изучено достаточно подробно. Вот, если бы мы говорили о количественном измерении этого вещества, вот тогда появилась бы возможность, действительно определять, например, пациентов, у которых повторилась боль и привела бы к развитию некроза, ну и так далее. То, о чем я уже говорил. Не хочется повторяться. Спасибо!  |  |  |
| **Руда**  | 46.39 – 53.57 | Так. Ну, у меня создается такое впечатление, что наши дебаты не сильно продвинули вперед эту проблему и каждая из сторон остается пока, что называется, при своем. Понимаете ли, я сижу, вот, на этом месте и фактически, так сказать, играю роль такого модератора, и я не уверен, что модератор имеет право на то, чтобы высказывать какую-то, так сказать, определенную позицию «за» или «против». Но, с другой стороны хочется. Нет, все-таки не буду. Ладно. Не буду. Что меня смущает? Меня смущает то, что пока все те данные, на основании которых этот тест предполагается проводить в нашу практическую медицину, что он, в общем-то, основан на качественном определении – раз. Второе – нет динамики. Что меня еще смущает – это буквальное единогласное утверждение, ну, во всяком случае, зарубежных авторов, которым у меня тоже есть основание не доверять, что чувствительность и специфичность тропонина выше, чем у белка, связывающего жирные кислоты. Очень сильный аргумент в пользу белка – это то, что тест, который разработан уже у нас, он у нас в руках, он делает нас независимыми от каких-то там зарубежных поставщиков. С моей точки зрения это – очень сильные аргументы. Но, с другой стороны, смотрите на некоторые другие области нашей же медицины: какими вы предпочитаете, допустим, пользоваться стентами? Более дешевыми? Я думаю, что большинство из вас старается использовать более дорогие. Почему мы, при нашей достаточно мощной базовой науке сами не можем разработать тропониновые тесты и иметь их в собственном производстве? Я не вижу здесь, честно говоря, никаких для этого причин. И пользоваться ими, если они действительно чувствительны. А то, что нам дает в руки сегодня высокочувствительный тропонин, особенно речь идет, конечно, об остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST – это важное преимущество, от которого просто так мы не можем отмахнуться. Тропонин дороже, чем, так сказать нынешние тесты на белок, связывающийся с жирными кислотами, но всегда ли мы должны ориентироваться только на цену? Мне кажется, что идеологически было более правильным оказание помощи, если сейчас науке известно, если принципиально в стране доступно использование только качественного на сегодня теста, то мы должны стремиться к этому. Во всяком случае, на это должны ориентировать рекомендации практического врача. Мы решили многие трудные задачи: мы построили массу центров сосудистых и приобрели за огромные деньги ангиографические аппараты, мы приобрели прочее оборудование. Но неужели мы не найдем способа быть на современном уровне и в таком практически важном вопросе, как исследование биохимических маркеров некроза миокарда? Я абсолютно не исключаю, что в дальнейшем прогресс в области совершенствования теста на белок, связывающийся с жирными кислотами, позволит нам снова вернуться к этому вопросу и рассмотреть его, может быть, с более положительной точки зрения. Но пока, как мне кажется, многие из вещей принципиального характера – они делают этот тест, ну, если так можно выразиться, все таки, «хромой уткой», «хромой уткой». Хотя мне понятны те соображения, которые высказываются людьми, стоящими за активное использование этого теста уже сегодня. Если нет других соображений, если нет других выступлений, я бы хотел, так сказать, перейти к следующему вопросу, который нам представляется с практической точки зрения не менее актуальным. Значит, если кто-то ведет какую-то запись нашей сегодняшней встречи, ну, мой разговор прошу, так сказать, оценивать не как разговор модератора, а как разговор рядового участника. А теперь по поводу того, нужно ли использовать биохимические маркеры как диагностические тесты на догоспитальном этапе, при, так сказать, ОКС или при обоснованном подозрении на него? И здесь у нас есть два с половиной выступающих: доктор Штегман, соавтором которого, ну выступать будет один человек, так что он будет отвечать за дискуссию, и доктор Аверков. Значит, доктор Штегман и его соавтор считают, что биохимические маркеры некроза миокарда нужно и полезно определять на догоспитальном этапе. Пожалуйста, Олег Анатольевич! |  | Комментарии к дебатам, передача слова Штегману |
| **Штегман**  | 53.58 – 01.09.13 | Уважаемые коллеги! Добрый вечер!Всем известно, что начинается диагностика инфаркта не с маркеров – с клиники, конечно же. И мы должны отдать должное, что по клинике очень часто мы можем предположить даже больший объем некроза миокарда.  | Слайд № 1 | Выступление, с комментариями Руды |
| Но много случаев, когда клиника становится атипичной…**Руда:**- Ну, уж это Вы махнули, конечно! Но давайте.**Штегман:**- Итак, атипичность клиники встречается: 31% мужчин, 42% женщин  | Слайд № 2 |
| и, если брать данные отечественные (как-то не отображается этот слайд), то 23%, по данным Томской области, атипичность именно инфаркта миокарда, не острого коронарного синдрома.  | Слайд № 3 |
| Мы в свою очередь предприняли попытку оценить структуру поступающих с направительным диагнозом острый коронарный синдром в одну из крупных больниц нашего города. За три месяца всего поступило с таким диагнозом 838 человек, из них сразу 54 % на уровне приемного покоя были направлены домой – их не может скорая помощь отвозить домой, в связи с тем, что не нашли причин для госпитализации. Часть больных самостоятельно ушли затем, в процессе попыток их госпитализации и вот, 41% тех пациентов, которых забрали в стационар. Здесь мы видим, что были госпитализированы больные с итоговым диагнозом, не имеющим отношение к острому коронарному синдрому и, таким образом, только 26% из всех поступивших – это будут действительно пациенты с ОКС, которые нуждались в госпитализации.**Руда:**- Простите, пожалуйста, я сейчас уточню: вот, это 26% и 41 % - это, так сказать, величины одного порядка или 26% от этого сорока одного?**Штегман:**- Нет, 26% - от исходно поставленных, доставленных…**Руда:**- От поступивших. Т.е. 26 и 41 – это величины одного порядка?**Штегман:**- Да. Да. Итогом лечения этих пациентов была, в общем-то, так скажем, средняя привычная летальность по нашему краю, но может быть даже чуть лучше, чем средняя по краю – 11%. | Слайд № 4 |
| Но в процессе изучения вопроса встретились случаи, когда инфаркт миокарда не был распознан – ни догоспитально, на уровне скорой помощи или поликлиники, ни в стационаре не был распознан, но в процессе лечения выявлено, наконец, на каком-то этапе. Вот таких больных оказалось всего 12 человек, из них 6 человек умерло в процессе лечения. Таким образом, если попадает не с уточненным диагнозом человек, к нему и отношение другое в стационаре. Его ведут по тому направительному диагнозу очень часто и не пересматривают до того момента, пока уже, извините, не запахнет жареным, не возникнет серьезная тревожная ситуация. Вот такая летальность. | Слайд № 5 |
| **Руда:**- Простите, одну секундочку. А на каком этапе начинает пахнуть жареным?**Штегман:**- Я думаю, когда этого пациента переводят в реанимационное отделение и там уже выясняется, что у него такие…**Руда:**- Переводят? Откуда его переводят?**Штегман:**- Из пульмонологии, куда он поступал с входящим диагнозом пневмонии или из хирургического отделения. Вот это большая проблема, что вот есть некая преемственность диагнозов: поступает с этим диагнозом, давайте мы его возьмем с этим диагнозом, пока полечим с этим диагнозом, а потом видно будет. Это, вот, тенденция такая есть в каждом стационаре, ну, за исключением немногопрофильных клиник, да, которые работают только с одной патологией. Данные, которые мы получили, точно такие же имеются и в Томске, посмотрите: эти две кривые, где попавшие пациенты в неспециализированные отделения имеют гораздо худший прогноз. Если по годам – мы видим, что даже хуже становится, как будто бы их там насильно умерщвляют, что ли. | Слайд № 6 |
| Есть проблемы с тем, что некая проволочка есть на догоспитальном этапе с больными с острым коронарным синдромом. Это замечательно выявили наши оренбургские коллеги, где вы видите, что если пациент госпитализирован был только после второго вызова скорой помощи, в результате у него есть инфаркт миокарда, то летальность таких больных в два с лишним раза больше, и затрат, смотрите – в 1,6 раза больше на лечение таких больных. | Слайд № 7 |
| То же самое относится и к этапу поликлиники: если пациент пришел на прием к врачу и ему не был распознан инфаркт миокарда, ему повторно пришлось прийти к врачу, и только тогда лишь был поставлен диагноз – все это увеличивает летальность и затратность нашего здравоохранения. | Слайд № 8 |
| Но есть данные Кемеровского кардиодиспансера, где расхождение диагнозов больных с инфарктом миокарда составило 33%, но это вот как бы те данные, которые они наработали. А посмотрим, а что же идет в официальную статистику? Годы 2008-2011… | Слайд № 9 |
| … а вот она – официальная статистика, это сборник «Основные показатели здравоохранения» города за эти же годы и, к сожалению, вот (почему-то в этой презентации не увеличивается) я хочу обратить внимание на точность диагностики, да? То есть, совпадение диагнозов со стационаром, то есть 98, 98, 99% из доставленных больных действительно подтвердили диагноз. Ну…**Руда:**- Это где? Простите, это где так?**Штегман:**- Это сборник Кемеровский. Да.**Руда:**- 98%**Штегман:**- Официальная статистика…**Руда:**- Совпадение догоспитального и госпитального диагнозов? Ну, это фантастика!**Штегман:**- Действительно, удивительно! Ну, просто я понимаю, что за цифрами, там, несовпадения диагнозов, высокой летальностью, стоит честь уважаемых людей, стоит, в конце концов, губернатор, который имеет свои показатели, да? И есть некое давление власти на эту статистику, иначе я не могу объяснить вот эти цифры. | Слайд № 10 |
| Посмотрите, как это происходить может на уровне стационара, внутри, да, чтобы спрятать летальность больных с инфарктом миокарда, чтобы показать, что все хорошо: видите, эта пациентка поступила с входящим диагнозом нестабильная стенокардия, рубрика была I-20, затем подтвердили наличие острого субэндокардиального инфаркта миокарда, затем, та же самая история болезни, смотрите, идет: она умирает от диагноза острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций. И вот, смотрите: уже другой совсем месяц, да, давно уже человека похоронили, извините, а диагноз пересмотрен – инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями, которым явился инфаркт миокарда. Вот, смотрите, как будет происходить, если мы не будем отдавать должное время на догоспитальном этапе диагностике – это будет увеличивать затраты, это будет увеличивать летальность и потом эту летальность будут вот так прятать в статистике. | Слайд № 11 |
| Решение предложил еще Новосибирск, посмотрите: они использовали догоспитальный тест «КардиоБСЖК» и процент госпитализации больных возрос, то есть правильно доставленные, верно госпитализированные больные, процент расхождения снизился в три раза и самое главное, что на определение этого теста затрачено было 0,3 минуты дополнительного времени, по этим данным. То есть можно выйти из ситуации путем внедрения догоспитального теста. | Слайд № 12 |  |
| Вот, посмотрите на эту кардиограмму: это пациентка, которая начала предъявлять жалобы на рецидивирующие приступы, боли по 5 минут в течение трех часов, боли со светлыми, большими промежутками. И по этой кардиограммке, в общем-то, ничего такого не скажешь. Ну, фибрилляция предсердий, да, вот, ну, может быть, гипертрофия правого желудочка, какие-то Т отрицательные, да? Но маркер был положительным и поэтому эту пациентку направили на ангиографию, а не положили просто на койку в отделение, где нет круглосуточной ЧКВ-поддержки. | Слайд № 13 |
| В результате, при поступлении в стационар уже картина другая – подъемы сегмента ST. Несомненно, было показано ЧКВ - вмешательство и она его получила. | Слайд № 14 |
| Это – подтверждение необходимости ранней оценки риска больного. Известные данные по оценке в условиях города Москвы теста «КардиоБСЖК» и здесь специфичность теста 79% - действительно, есть случаи, когда ложноположительные, но чувствительность превышает 91%, на догоспитальном этапе все это реально сделать. | Слайд № 15 |
| Известные данные, которые, собственно, уже демонстрированы, я лишь обращу внимание, что, вот, в пределах 2-х часов диагностикум сердечный белок, связывающий жирные кислоты, оказывается самым чувствительным, а вот через 24 часа, конечно здесь тропонин, ну, несомненный лидер в этой ситуации. Именно поэтому многие производители комбинируют, в одной планшеточке делают два теста… | Слайд № 16 |
| … и… (не высвечиваются почему-то, рисунки куда-то пропали), а… идея такая, то есть, есть во всем мире: чтобы перекрыть весь временной промежуток, то есть, начиная со второго часа, до, там, двух недель, пока реагирует тропонин и два этих диагностикума решают эту задачу замечательно. Поэтому даже сопоставлять, наверное, их не стоит, они друг друга дополняют, они оба хороши.  | Слайд № 17 |
| Но есть диагностикумы невысокого качества. К сожалению, так случилось, что мы имели богатый опыт применения в крае именно «КардиоБСЖК», доверяли замечательно. Но по закону мы должны были сделать тендер. Сделали тендер и получили совсем другое устройство. И вот это – докладная главному врачу нашей скорой помощи, написанная практически кровью наших врачей, которые устали получать некачественные результаты при выполнении теста, в данном случае – «КардИНФО», попался тест вот такой. Конечно, этот тест неприменим для диагностики, потому что очень часто дает отрицательные данные при явном наличии инфаркта миокарда. | Слайд № 18 |
| И, в заключении своего выступления, мне хочется привести то, что развивается на Западе.Ориентируемся на них действительно правильно – то есть у них наука сильная и то, что попадает в их рекомендации, обычно и мы потом берем на себя. Так вот, в скором будущем, видимо, как раз и произойдет некий пересмотр рекомендаций, потому что есть уже такие публикации: на этапе первичной медицинской помощи попадают пациенты в ранние сроки и здесь как раз сердечный белок, связывающий жирные кислоты превосходит тропонин в виде прикроватного теста, конечно же, не в виде вч-тропонина. Комбинация же белка, связывающего жирные кислоты, и тропонина значимо улучшает диагностику в сравнении с применением по-отдельности этих маркеров…  | Слайд № 19 |
| … и это уже вошло в протокол диагностики, разработанный в Манчестере. Великобритания – она активно поддерживает идею применения белка, связывающего жирные кислоты, и в данной диагностике ничего сложного нет абсолютно, да. Здесь вот тот самый вч-тропонин, про который мы говорим – действительно, стандарт хороший, но в подавляющем большинстве стационаров – просто недоступный, а так ничего. Сердечный белок, связывающий жирные кислоты, ЭКГ – ишемические изменения и такие простейшие клинические признаки: прогрессия стенокардии, иррадиация в правую руку, в правое плечо, появление тошноты у пациента, потливости и снижение давления. | Слайд № 20 |
| **Руда:**- Ну, это уже немножечко другое, давайте ближе, все-таки, к предмету нашего обсуждения.**Штегман:**- Да. И смотрите, самое важное: что вот когда их доставили в emergency department и применили этот алгоритм, оказывается, 44% можно было не доставлять, потому что у этих пациентов риск нулевой, у них нет риска развития инфаркта миокарда. | Слайд № 21 |
| И выводы:1) Гипердиагностика острого коронарного синдрома на этом этапе скорой помощи высока – 74% и это приводит к серьезным потерям со стороны стационара – они тратят свои ресурсы, силы. Это оплачивается копейками со стороны ФОМС.2) Поздняя диагностика на этапе поликлиники и скорой медицинской помощи приводит к задержке госпитализации, росту летальности, опять же к финансовым затратам.3) Неправильно установленный диагноз на этапе скорой помощи приводит к госпитализации в непрофильный стационар или на непрофильную койку, и существенно возрастают риски наших больных.4) Европейские диагностические алгоритмы, основанные на исследовании клиники, ЭКГ, тропонина, сердечного белка, связывающего жирные кислоты, позволяют снизить процент необоснованных госпитализаций и увеличить процент выявления пациентов высокого риска, требующих обязательного катетерного вмешательства.  | Слайд № 22 |
| **Руда:**- Спасибо! Я только сразу хочу сказать: нет никаких европейских алгоритмов!**Штегман:**- Ну, я ссылаюсь на авторов…**Руда:**- Да-да-да-да… Вы давно держали в руках рекомендации национального общества здравоохранения Великобритании?**Штегман:**- В национальных рекомендациях нет, а алгоритм этот создан.**Руда:**- Спасибо! | Слайд № 23 |
| **Руда** | 01.09.13  | Олег Валерьевич, Вам пять или максимум шесть минут, потому что нас поджимает время. |  | Передача слова Аверкову |
| **Аверков**  | 01.09.20 – 01.25.13 | Пока выставляется моя презентация, задам Вам вопрос: |  | Выступление, с вопросами и комментариями Руды |
| Вы поинтересовались судьбой 450 отпущенных домой больных со снятым диагнозом? **Руда**: потом, пожалуйста, это не сейчас, у нас еще будет возможность. Нужно ли определять биомаркеры? | Слайд № 1 |
| **Аверков**: мой твердый ответ – нет, я надеюсь, что я буду убедителен и у меня нет никакого конфликта интересов… | Слайд № 2 |
| … в этой проблеме. Начну я тоже с примеров, как и трое из четырех, двое из четырех, из троих выступавших: … | Слайд № 3 |
| … больной 65 лет пришел с типичной клиникой, как минимум, острого коронарного синдрома: частые боли в паху и в течение всей ночи, но с нормальной кардиограммой, качественный тест на тропонин отрицательный. | Слайд № 4 |
| И вторая больная: там, известный человек в прошлом, в стране, найдена дома в глубокой коме. На ЭКГ (молодая женщина) вот такие изменения. Качественный тест на тропонин положительный. | Слайд № 5 |
| В каком из двух случаев следует диагностировать острый коронарный синдром? Во время ожидания у больного возобновилась боль, ему удалось снять еще одну кардиограмму – у первого больного. Ваш диагноз? | Слайд № 6 |
| Ну, вы думаете инфаркт? Боль прошла через две минуты после нитроглицерина. | Слайд № 7 |
| В машине скорой помощи остановка кровообращения и смерть. | Слайд № 8 |
| Доставлен в стационар, безуспешная реанимация, на аутопсии: небольшой стеноз и неокклюзирующий тромбоз ствола левой коронарной артерии, признаков некроза миокарда не найдено. Остался вопрос: чем он болел? Инфарктом или острым коронарным синдромом? Что поставит патологоанатом, по-вашему, в этой ситуации, не найдя признаков некроза?  | Слайд № 9 |
| Женщина госпитализирована в БИТ, потому что повышен тропонин, хотя большинству из сидящих в зале ясно, что это больная явно не для коронарного блока. При Эхо нормальная сократимость, при МСКТ головы – большая внутричерепная гематома. Экстренно оперирована, ЭКГ нормализовалась. Осталась глубоким инвалидом. | Слайд № 10 |
| Помогает ли догоспитальное определение тропонина (качественное) в процессе диагностики? В обоих случаях – нет. В первом с диагнозом не справился и патологоанатом, потому что он слыхом не слыхивал о третьем типе инфаркта миокарда. Во втором диагноз прояснился в стационаре. Ну, вопрос: тропонин неподходящий маркер, надо БСЖК – логично? | Слайд № 11 |
| Больной 52-х лет, грузчик в обувном магазине. Первый рабочий день после отпуска; с семи тошнит, возбужден, раздражен, поругался со всеми, с полдесятого многочисленные жалобы, среди которых: раздирающая боль, потливость. Со слов окружающих: присаживался, бледнел, закатывал глаза – это ближайший, вот, из опытов. | Слайд № 12 |
| Бригада скорой помощи, тахикардия, умеренное повышение давления, ЭКГ с помощью передающего устройства (без бумажного носителя): тахикардия, возможно АВ-блокада, возможно – депрессия ST. Получил нитроглицерин – усилилась тошнота, боль не прошла. Диагноз скорой помощи: ОКС, нестабильная стенокардия, гипертонический криз. Получил внутривенный метамизол, метоклопрамид и 4000 ЕД нефракционированного гепарина. После устранения тошноты боль не изменилась, ацетилсалициловая кислота, клопидогрель – стандарты есть стандарты. Тем хуже для стандартов, в которых это есть. | Слайд № 13 |
| Доставлен в БИТ, минуя приемное отделение. Продолжает метаться, стонет от боли, бледен, выраженный гипергидроз, позывы на рвоту, тахикардия. Обследован: лейкоцитоз, повышено КФК, умеренно повышено МВ-КФК, вот тропонин отрицательный. Глюкоза, гипергликемия умеренная, гипокалиемия, снижен уровень натрия, повышены трансаминазы, при этом почти полная норма. Получил морфин. Но мечется человек, молодой мужчина. ß – блокатор. Затих, но продолжает жаловаться на боль за грудиной. | Слайд № 14 |
| Через три часа повторно определен тропонин – значение в серой зоне. И, о чудо! В нашей больнице тоже есть сторонник секты БСЖК. Тест положительный – главный аргумент для выполнения коронарографии. Боль затихла, но сохраняется, к ночи – развернутый делирий, фиксация. Утром жена больного сообщила, что отпуск прошел в полном формате: все четыре недели человек злоупотреблял. Как относиться к результатам определения БСЖК в этой ситуации? Спокойно. Это еще одно подтверждение его невысокой специфичности. И хочу напомнить всем, кто участвовал в его испытаниях – у вас недостаточно больных с альтернативными диагнозами для того, чтобы полноценно оценить его специфичность. Диагнозами, альтернативными острому коронарному синдрому. | Слайд № 15 |
| Есть еще одна проблема нашего здравоохранения: с каким диагнозом выписан больной? На конгрессе присутствует, но не пришел человек, придумавший для нашего стационара отдельный диагноз – он называется «нестабилочка». «С волками жить – по-волчьи выть», чтобы получить за проделанную работу хоть какие-то деньги, этот больной идет с нестабильной стенокардией и диагноз полностью устроил страховую компанию, а если бы не устроило – мы бы воспользовались результатами определения БСЖК в этой ситуации. | Слайд № 16 |
| **Руда:**- Олег Валерьевич, простите, пожалуйста! Это все конечно интересно…**Аверков:**- Михаил Яковлевич, я перехожу ближе к делу, извините. | Слайд № 17 |
| Я умышленно вынес сюда фрагмент программы вчерашнего дня и подчеркнул слово «диагностика инфаркта миокарда на догоспитальном этапе»… | Слайд № 18 |
| … и напомню вам, что догоспитальный этап ведения дольных с инфарктом миокарда, даже развивающимся, не имеет среди целей диагностику инфаркта миокарда. Основные задачи – не пропустить острый коронарный синдром и лечить угрожающие жизни состояния во время транспортировки больного, если он в этом нуждается. Перед скорой помощью не стоит задача поставить диагноз – вообще это не нужно. Острый коронарный синдром – это сугубо клинический диагноз, любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющая подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Для острого коронарного синдрома, как состояния, требующего экстренной госпитализации, учитывая, что сюда входит нестабильная стенокардия, необязательно наличие повышенного содержания маркеров некроза и первый больной из моего примера – это одна из лучших иллюстраций. | Слайд № 19 |
| Любая совокупность клинических симптомов, в типичном варианте, боль в грудной клетке – не требуется ЭКГ для постановки диагноза острый коронарный синдром. Требуется по жалобам больного заподозрить инфаркт миокарда, если хотите – предынфарктное состояние. Это не значит, что ЭКГ регистрировать не нужно, но не следует рассматривать результаты как аргументы для исключения или подтверждения острого коронарного синдрома.  | Слайд № 20 |
| Цель – заподозрить и госпитализировать. Есть подъемы на ЭКГ или нет – это тоже не для того, чтобы поставить диагноз, а для того, чтобы определиться с тактикой, даже с направлением госпитализации больного. Дифференциальный диагноз между другими болезнями, подтверждение и, наконец, диагностика, я еще раз повторюсь за Дмитрием Александровичем – это дело второстепенное и не имеющее большого значения… | Слайд № 21 |
| … для тактики ведения больных с острым коронарным синдромом лабораторное подтверждение финального диагноза. Ставить или снимать диагноз инфаркта миокарда – задача стационара, а не бригады скорой. Основные поводы делать именно так: во многих случаях диагностика инфаркта миокарда требует оценки показателей больного, прежде всего ЭКГ и маркеров некроза – в динамике, а в сомнительных случаях – еще и ЭхоКГ. И нужно помнить, что у части больных с отрицательным маркером, но с жалобами, похожими на острый коронарный синдром, имеются куда более угрожающие жизни состояния. Я здесь выбрал несколько из них – это тромбоэмболия, аневризма аорты, разрыв пищевода с медиастинитом, пневмоторакс. И оставить такого больного дома на основании отрицательного значения маркера…  | Слайд № 22 |
| … это – мягко говоря, аморально. Напомню вам, что цивилизованное человечество уже давно смирилось с тем, что в стационар вместе с настоящими больными с острым коронарным синдромом приезжает большое число больных без острого коронарного синдрома и оно никак не негодует по этому поводу, не указывает на финансовую составляющую. Примерно 50% больных (это фрагмент европейских рекомендаций), поступающих в стационары с подозрением на острый коронарный синдром, не имеют инфаркта миокарда. | Слайд № 23 |
| ОКС с подъемом, я надеюсь, что никому в зале в голову не придет в этой ситуации измерять какой-либо лабораторный маркер на догоспитальном этапе, потому что это полностью противоречит основной стратегии ведения этих больных, экстренному восстановлению кровотока. Исключение, попадающее в эту группу – блокада левой ножки пучка Гиса, потому что там действительно это очень заманчиво: у абсолютного большинства больных с этой проблемой, с подозрением на инфаркт вроде бы надо экстренно ее восстанавливать – проходимость, диагноз не подтверждается. Но напомню вам, что блокада левой ножки пучка Гиса, как и большой рубец на ЭКГ, затрудняющий ее интерпретацию – это надежные признаки серьезной болезни сердца, заставляющие все спорные вопросы диагностики решать в условиях стационара, а не на основании однократного определения качественного белка, связывающего жирные кислоты. | Слайд № 24 |
| ОКС без подъема сегмента ST – настоящее раздолье для спекуляции о возможности догоспитального определения маркеров некроза. Группа очень разнородная: от практически здоровых людей – смотрите алкоголики в примере выше, до 90-летних больных с отеком легких и сантиметровыми депрессиями на ЭКГ. Осталось ответить на вопрос: зачем, с какой целью у них определять маркеры некроза?  | Слайд № 25 |
| Зачем? Какие действия, применительно к больному, будут вытекать из результатов определения биомаркера на догоспитальном этапе? Я так понимаю, что основных идей две и одна из них сильно доминирует: оставить дома больных с отрицательным маркером, чтобы не засорять стационар, ну и вторая: начинать или не начинать лечение ОКС до поступления в стационар, в случае с положительным или отрицательным маркером, соответственно. | Слайд № 26 |
| Список других идей практически бесконечен, от более-менее серьезных: везти в инвазивный или неинвазивный центр, в зависимости от величины маркера, везти сразу в кабинет ангиографии с положительным маркером, в БИТ, а не в приемное отделение. Госпитализировать в БИТ или в палату, с маркером – в БИТ, без маркера – в палату. Избавить этой… на самом деле идея красной нитью проходит как основание часового протокола определения тропонина, … избавить самых легких больных от психологического и физиологического стресса, связанного с размещением в условиях интенсивного наблюдения. | Слайд № 27 |
| Идея хорошая. Сработает ли с тем маркером, который предлагают для этой цели – никто из вас не знает. Я в этом уверен. Список других идей практически бесконечен: ехать быстро, с мигалкой, по обочине разделителя или не торопясь, при положительном или отрицательном…**Руда:**- Олег Валерьевич, это уж…**Аверков:**… обезболивать: морфин при положительном маркере или анальгин. | Слайд № 28 |
| Еще один повод вооружить одного из сторонников древнего противостояния дополнительным аргументом при внедрении больного в стационар. | Слайд № 29 |
| Тоже повод обсуждать. Главная идея – оставить дома больных с негативным маркером. Ответ очень твердый – нельзя! Почему? Никаких объективных доказательств пользы, а главное – безопасности такого подхода нет. Вы ничего не можете сказать про судьбу тех 450 больных. Я в этом уверен. Аргументы в виде «мы так делаем и нам очень или страшно нравится» не подходят. Что делать?  | Слайд № 30 |
| Решение ситуации на поверхности: провести рандомизированное сравнение с адекватным числом больных. Взять «энное» число больных, нужное для полноценного заключения, с подозрением на острый коронарный синдром, хотите – самых мутных, хотите – самых спорных. Принципиально важно разделить их случайным образом на две группы: одну экспериментальную, где маркер «плюс» - поедем в стационар, а маркер «минус» - останется дома и основную, где не надо определять маркер…**Руда:**- Нет, я думаю, что авторы дизайна такого исследования пойдут под суд. Поэтому, пожалуйста, не пропагандируйте этого!**Аверков:**- Хорошо, не буду. Если до этого дойдет, очень важно в конце, непредвзято, в идеале – ослепленным методом, оценить итоги. Можно для убедительности привлечь очень гибкий инструмент, а… называемый фармакоэкономикой… | Слайд № 31 |
|  | … если вы ведете разговоры о деньгах. Можно ли начинать антитромботическое лечение до поступления в стационар? Я яростный противник любого…**Руда:**- Такого…, такого вопроса у нас не было, Олег Валерьевич!**Аверков:**- Нет-нет, я отвечаю на вопрос «зачем определять белок, связывающий жирные кислоты?». | Слайд № 32 |  |
| **Руда:**- Так нет, речь идет не о белке, связывающем жирные кислоты, но принципиально любой маркер биохимический некроза. При чем здесь белок? | Слайд № 33 |
| **Аверков:**- Я понял: аргументы «за» и «против», я заканчиваю… Я тогда пропущу эту часть и перейду к заключению.  | Слайд № 34**Аверков пролистал неск. слайдов.**  |
| Я только напомню вам, что то, что мы делаем сейчас ежедневно: каждому больному с подозрением на острый коронарный синдром даем два дезагреганта – это вот эти больные, среди которых большая часть к ОКС не имеет никакого отношения. И каждому из вас напомню, что ни эффективность, ни безопасность антиагрегантов, даже аспирина, не изучалась у этой популяции больных. Эти больные не должны получать заодно с теми, кто имеет настоящий острый коронарный синдром – это сведет на нет пользу от применения этих лекарств. | Слайд № 35**Аверков листаает несколько слайдов** |
| Поможет ли в разделении больных определение биомаркера – никто не знает. Пропустим, раз Михаил Яковлевич сказал не надо про лечение… | Слайд № 36**Листает несколько слайдов** |
| В настоящее время нет никаких объективных оснований для использования доказательств, еще раз повторюсь: вот, факт, позволяющий говорить, что это что-то улучшает и делает это безопасным в догоспитальном ведении больных с подозрением на острый коронарный синдром ни с точки зрения безопасности, ни с позиции эффективности. | Слайд № 37 |
| И редкий случай закончить словами классика: «В заключении хотелось бы подчеркнуть безусловную ошибочность использования любых биомаркеров инфаркта миокарда на догоспитальном этапе при решении вопроса о госпитализации больных с подозрением на острый коронарный синдром» - Абрам Львович Сыркин, 2016-й год. Спасибо за внимание! | Слайд № 38 |
| **Руда** | 01.25.16 – 01.26.01 | Так, уважаемые коллеги! Я бы хотел с вами посоветоваться: у нас осталось 5 минут. Можно было б, конечно, задержаться, но многие из присутствующих хотят побывать на пленуме Правления, который будет в 17:15. Поэтому максимум, что можем себе позволить – это закончить в 17 часов 5 минут. Если вы не возражаете, мне самому очень хочется выступить. Ааа…, но я пока наступлю на горло собственной песне с тем, чтобы предоставить слово Олегу Анатольевичу, но буквально на 2-3 минуты. Пожалуйста, только не растекайтесь мыслью по древу! По-конкретному. | Передача слова Штегману |  |
| **Штегман**  | 01.26.03 – 01.28.06 | Во-первых, ответ на вопрос, который прозвучал: что было с теми, кого отпустили? У меня есть только западные данные, где из…**Руда:**- Нет, западные не надо данные – их мы знаем.**Штегман:** … из пятиста больных двое получили инфаркт миокарда, отпущенных из стационара. У нас, к сожалению, эти данные…**Руда:**- Микрофон, вообще пользуйтесь микрофоном.**Штегман:**… О, заработал! Итак, у нас данные только по жалобам пациентов, к сожалению. Периодически они встречаются, я их разбираю в нашем городе, которые либо они были регоспитализированы все равно с инфарктом, либо они умерли дома – из отпущенных.**Руда:** - Простите, Вы по-прежнему считаете, что на догоспитальном этапе нужно использовать биохимические маркера некроза миокарда у больных с подозрением на острый коронарный синдром?**Штегман:**- Михаил Яковлевич, я столько аргументов привел, что думаю, что если бы у Олега Валерьевича было бы время, он бы часть своих слайдов откорректировал, но времени этого не было, поэтому он зачитал все, что я, в общем-то уже аргументы привел. Теперь в отношении ситуации, касающейся диагностики на уровне тех регионов, где, в принципе доставить пациента либо очень дорого, либо невозможно на койку стационара с инвазивной поддержкой и несколько часов пациент пребывает один на один со специалистом скорой помощи. К сожалению, вот ни я не работал на скорой помощи, ни, я вижу, Олег Валерьич – он стоит четко по ту сторону барьера приемного покоя. Давайте мы послушаем человека, который действительно работает на скорой помощи реально.**Руда:**- Такой человек – я.**Штегман:**- Замечательно, можно и Вас послушать.**Руда:**- Да, я работаю на скорой помощи и время от времени ездил и у нас в стране, и зарубежом, так что я, у меня большой опыт работы в скорой помощи. Все. Больше мы слушать никого не можем по времени. Пожалуйста, Олег Валерьич. | Ответ на вопрос Аверкова, диалог с Рудой |  |
| **Аверков**  | 01.28.08 – 01.29.23  | Я перефразирую, продолжу запрет Михал Яковлевича на замысел этого исследования, перефразирую вопрос: если исследование с таким замыслом проводить аморально, то почему можно делать так в реальной жизни? Вот, если кто-нибудь сможет ответить на этот вопрос в зале. Вот. Ну, и резюме у меня будет короткое очень, еще одного классика позволю себе процитировать: «До бесконечности планку опускать нельзя» - Николай Андреич Грацианский сказал. Поэтому качественный тест – это прошлое время. Возможности догоспитальной диагностики ни один рекомендательный документ современный не предусматривает использования лабораторной диагностики и неспроста не предусматривает, потому что это повод сделать этот путь… нет документов… я говорю про маркеры некроза, а не про сахар догоспитально. Ни один из рекомендательных документов и даже стандартов. Если кто-то привлекает в качестве аргумента стандарты российские, что это нужно делать, я еще раз повторюсь, что тем хуже для стандартов, если они к этому призывают и это допускают. К сожалению, они всегда анонимны. У меня все. | Резюме своего выступления |  |
| **Руда**  | 01.29.24 | Спасибо! Уважаемые коллеги… да, пожалуйста. | Передача слова Гафарову |  |
| **Гафаров**  | 01.29.35 – 01.30.23 | Уважаемые коллеги, я бы хотел опустить вас на грешную землю. Учитывая, что регистр инфаркта миокарда работает не только на госпитальном этапе, но и на догоспитальном и работает у нас по горячему методу, мы знаем недодиагностику инфаркта миокарда. Ранее она была 40%, сейчас 25%, в момент первого медицинского осмотра врачом. Если раньше у нас некрозы на вскрытии в судебно-медицинской экспертизе были 0,8%, сейчас это 9% - это 9% после врача скорой медицинской помощи. Вот что я хотел сказать. Думайте, что дальше делать. А догоспитальная летальность у нас с вами и смертность составляет две трети от всей смертности и летальности от инфаркта миокарда. Все. Вот, все очень просто! |  |  |
| **Руда**  | 01.30.24 – 01.32.48 конец записи | Спасибо! Ааа…, вы знаете, я хотел сказать, что я в затруднительном положении. Я б даже сказал, что… не буду. Я впервые, впервые…, ну, во-первых, я впервые, так сказать, участвую в дебатах вот в таких, а во-вторых, во-вторых, я хочу сказать, что я впервые могу сказать полное неудовлетворение состоявшимися дебатами, особенно второй их частью. Они мне, ну, извините, конечно, за откровенность, они мне не понравились. Во многом, мне кажется, они были не по существу и наши, так сказать, основные ораторы сплошь и рядом отходили от той проблемы, которую они должны были анализировать. Ааа…, вопрос один и особенно второй с практической точки зрения чрезвычайно мне представляется важным. И, если вы не возражаете, я предложу следующее: давайте постараемся дожить до следующего конгресса кардиологов и эти дебаты продолжим. И постараемся сделать так, ну, чтоб нам дали не полтора часа, а может быть, немножко больше времени и тогда, так сказать, может быть, может быть, мы придем к какой-то общей точке зрения. Хотя, не всегда общая точка зрения бывает правильной. Вот единственное, что я могу сказать. К сожалению, я лишен возможности конкретно высказывать свое отношение по этим вопросам, поэтому в следующий раз я постараюсь модератором не быть, а выступать в качестве, так сказать, говорящей головы из зала. Да. Спасибо всем за внимание и до будущих встреч! | Резюме дебатов |  |