

УДК: 616.127-005.8 : 616.132.2-089.819.5

ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРОГРАММА «STENT FOR LIFE»: ПРЕДПОСЫЛКИ, ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ, ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

В статье представлена история возникновения и развитие европейской инициативы «Stent for Life», которая началась в 2008 г. как результат совместной работы Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology), Европейской ассоциации чрескожных кардиоваскулярных вмешательств (European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions) и Европейской медико-технологической ассоциации Eucomed. Целью проекта является продвижение спасительных показаний для проведения чрескожных коронарных вмешательств, особенно при всех формах инфаркта миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, чрескожное коронарное вмешательство, «Stent for Life».

EUROPEAN PROGRAM «STENT FOR LIFE INITIATIVE»: BACKGROUND, HISTORY, AIMS AND GOALS

O. L. BARBARASH

Federal State Budgetary Institution «Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases» Siberian Department of Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia

The article highlights the history and development of the «Stent for Life Initiative», launched in 2008 as a result of the joint work of the European Society of Cardiology (ESC), the European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and Eucomed, the European medical technology organization. It is aimed to promote life-saving indications for percutaneous coronary intervention, especially in all myocardial infarctions.

Key words: myocardial infarction, percutaneous coronary intervention, Stent for Life Initiative.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стали одной из главных проблем современной медицины начиная со второй половины XX в. В эти годы, во многом благодаря успехам современной медицины, в том числе в области кардиологии, увеличилась продолжительность жизни и, соответственно, доля лиц пожилого возраста в структуре населения. Это привело к тому, что распространенность ССЗ растет во всех развитых странах. В последние два десятилетия в развитых странах наблюдалось снижение смертности от всех причин, в том числе от ССЗ. В России начиная с середины 60-х гг. прошлого века также наблюдается постепенное увеличение общей смертности, более половины которой составляют ССЗ, что свидетельствует о беспрецедентном уровне смертности в нашей стране. Каждый день в России от ССЗ умирает 3 114 человек или один человек каждые 28 секунд [1]. В структуре смертности от ССЗ ведущими причинами являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания, общая доля которых составляет более 84 %.

При этом до сих пор остаются высокими показатели смертности от инфаркта миокарда, во многом определяемые несовершенством организационных подходов к помощи пациентов с острыми коронарными синдромами, отсутствием возможностей в использовании высокоэффективных методов диагностики и лечения данной патологии [2].

Использование современных технологий и лекарственных препаратов вносит свою лепту в снижение смертности. Возможности лечения, а следовательно, и его эффективность значительно изменились в течение последних 30 лет. Наиболее важными изменениями явились разработка и внедрение методов реперфузионной терапии – первого действительно активного подхода к лечению пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST). Первоначально для решения этой задачи использовалось интракоронарное введение фибринолитиков, в последующем – внутривенное, что позволило применять этот метод лечения во всех стационарах, а также на догоспитальном этапе ведения пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) и подъемом сегмента ST.

В 1993 г. в первых трех рандомизированных исследованиях [4, 5, 10] было доказано, что первичное чрескожное коронарное вмешательство (пЧКВ) эффективнее тромболитической терапии при ИМспСТ. Прошло более 10 лет, прежде чем в двух крупных многоцентровых рандомизированных исследованиях [3, 11] было показано, что пЧКВ является также лучшей стратегией проведения реперфузии для пациентов из удаленных от госпиталей регионов, которых необходимо транспортировать из ближайших небольших стационаров в региональные центры выполнения ЧКВ. Первые рекомендации, определяющие пЧКВ как реперфузионную стратегию, использующуюся «по умолчанию», были опубликованы Чешским обществом кардиологов (Czech Society of Cardiology) в 2002 г. [17]. В дальнейшем они были поддержаны Европейским обществом кардиологов (European Society of Cardiology) [12] и Американской коллегией кардиологов /Американской ассоциацией сердца (American College of Cardiology/American Heart Association) [7].

По мере накопления опыта и доказательной базы появились исследования, демонстрирующие определенные ограничения использования экстренных ЧКВ при ОКС [6, 18]. Кроме того, были проведены исследования, оценивающие эффекты ЧКВ в лечении пациентов с хроническими проявлениями ИБС. Было доказано, что применение ЧКВ при хронической стабильной ишемической болезни имеет ограничения по влиянию на показатели смертности. Исследования COUR-

AGE [13] и MASS II [9] наряду с исследованиями при остром коронарном синдроме определили роль ЧКВ в современной кардиологии. Доказано, что использование ЧКВ не улучшает прогноз у пациентов со стабильной стенокардией. По-видимому, это связано с тем, что естественное течение стабильных форм заболевания в целом благоприятно, и у пациентов со стабильной стенокардией сложно судить о наличии симптом-связанного поражения коронарных артерий. С другой стороны, доказано, что ЧКВ улучшает прогноз при ОКС, поскольку при острых проявлениях ИБС более реально определение симптом-связанного поражения.

В связи с этим вполне закономерно звучит положение о том, что в учреждениях, выполняющих ЧКВ, большие ресурсы (и человеческие, и финансовые) должны направляться на лечение ОКС [19]. К сожалению, как в России, так и за рубежом ЧКВ используется гораздо чаще при наличии у пациентов хронических проявлений ИБС, а не в острых ситуациях. Таким образом, при выполнении ЧКВ у пациентов с ИБС чаще реализуются «симптоматические показания», что не позволяет осуществлять влияние на показатели смертности населения, чем «прогностические показания», определяющие в конечном итоге снижение смертности.

Представленные выше аргументы обсуждены Вильямом Вийнсом (William Wijns) и Петром Видимски (Petr Widimsky) в июне 2008 г. во время встречи руководства Европейского общества кардиологов (ESC Board meeting) в Лондоне (табл. 1). Итогом

Таблица 1

Роль ЧКВ в оптимизации прогноза в различных клинических ситуациях

Почему ЧКВ не улучшает прогноз при хронической стабильной ишемической болезни сердца	Почему ЧКВ улучшает прогноз при остром коронарном синдроме
Естественное течение хронической стабильной ИБС в целом благоприятно при проведении современной медикаментозной терапии, что ограничивает возможность влиять на прогноз любым методом механической интервенции	Естественное течение заболевания в целом неблагоприятно, несмотря на проведение современной медикаментозной терапии. Таким образом, имеется возможность улучшить прогноз путем применения механической интервенции, с помощью которой достигаются реканализация окклюзированной артерии или стабилизация нестабильной бляшки
Небольшая разница между низким естественным и низким перипроцедурным риском смерти, (повторного) инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения повышает влияние каждого перипроцедурного осложнения на результаты любого сравнительного исследования (путем уменьшения потенциальной пользы от проведения вмешательства)	Различия между высоким естественным и низким перипроцедурным риском велики. Риск смерти, (повторного) инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения, как и перипроцедурных осложнений в данной ситуации, так же низок, как и при хроническом течении заболевания. Таким образом, сравнительные исследования с большей вероятностью продемонстрируют наличие пользы от проведения интервенции
При хроническом течении заболевания отсутствует симптом-связанное поражение. ЧКВ выполняется «вслепую» у хронических стабильных пациентов. Никто не знает, какая коронарная бляшка у стабильных пациентов станет нестабильной в будущем, более вероятно, что это будет не та бляшка, которая имеет самую высокую ангиографическую степень стеноза. Используемая при ЧКВ концепция «изоляции бляшки» не может применяться у хронических стабильных пациентов, поскольку теоретически все существующие бляшки на протяжении всех ветвей «коронарного дерева» должны быть исходно «изолированы»	Симптом-связанное поражение может быть ангиографически идентифицировано в большинстве случаев острого коронарного синдрома. Таким образом, нестабильные коронарные бляшки могут быть ангиографически распознаны, и вмешательство на них может быть проведено (ЧКВ при остром коронарном синдроме выполняется не «вслепую»). Используемая при ЧКВ концепция «изоляции бляшки» осуществима при остром коронарном синдроме (в отличие от хронического стабильного течения заболевания)

этого явилась идея создания паневропейского проекта, поддерживающего использование ЧКВ при наличии «прогностических показаний» (в частности, при остром коронарном синдроме). Таким образом, в 2008 г. Европейская ассоциация чрескожных кардиоваскулярных вмешательств [(European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)] и организаторы EuroPCR совместно с Рабочей группой по лечению острых заболеваний сердца Европейского общества кардиологов (Working Group on Acute Cardiac Care of the European Society of Cardiology) решили поддержать идею всеобщего использования экстренного ЧКВ при острых коронарных синдромах 13 сентября 2008 г. стартовала инициатива «Stent for Life» [16]. С самого начала эта инициатива поддерживалась несколькими индустриальными партнерами – их актуальный список можно увидеть на официальном сайте проекта – www.stentforlife.com.

Первым этапом реализации данной инициативы стала оценка текущего положения в области реперфузионной терапии при инфаркте миокарда (ИМ) в Европе. Исследование, основанное на данных из 30 стран, собранных в 2007 г., показало наличие чрезвычайно больших различий в применении реперфузионных стратегий среди европейских стран [14]. Второй этап заключался во внедрении стратегии пЧКВ в качестве единственного метода реперфузионной терапии.

Эффекты инициативы стали ощутимы достаточно быстро. В некоторых странах, таких как Великобритания и Словакия, это стало возможным в основном благодаря стратегической и финансовой поддержке правительств, в то время как в других (Болгарии, Египте, Франции, Греции, Италии, Португалии, Румынии, Сербии, Испании и Турции) изменение ситуации в значительной мере ускорялось благодаря работе национальных групп – участников проекта «Stent for Life». Таким образом, в настоящее время, менее чем через четыре года после запуска проекта «Stent for Life», пЧКВ уже является доминирующим видом реперфузионной терапии при ИМспСТ в большинстве стран Европы.

Однако еще сложно сказать, все ли цели инициативы достигнуты? Ответ на этот вопрос авторы инициативы планируют получить по результатам детального анализа второго европейского исследования эффективности инициативы «Stent for Life», проведенного в 2011 г. Повидимому, независимо от этих результатов инициатива «Stent for Life» должна быть не только продолжена, но и расширена. После завершения «количественной» фазы (направленной на увеличение частоты использования первичной ангиопластики при ИМспСТ) инициатива «Stent for Life» должна сосредоточиться на «качественных» показателях. В качестве важных задач реализации инициативы «Stent for Life» должен быть проведен систематический анализ и стремление к сокращению временных задержек при оказании помощи пациентам с острыми коронарными синдромами, должна быть продолжена работа по развитию региональных сетей

лечения ИМспСТ. Такого рода сети должны развиваться и для других клинических вариантов ИМ – с депрессией сегмента ST и продолжающейся ишемией, ИМ, осложнившейся острой сердечной недостаточностью и другим, чтобы ускорить применение новых технологий и препаратов, поскольку собран значительный объем доказательств, подтверждающих эффективность этих стратегий при ИМ.

Успехи, достигнутые в ряде европейских стран в лечении пациентов с ОКС, благодаря активному внедрению инициативы «Stent for Life», позволяют говорить о необходимости внедрения данной программы и на другие территории, в том числе и в Россию, что требует объединения различных административных, общественных и медицинских коллективов для реализации в жизнь основных принципов инициативы.

Таким образом, программа «Stent for Life» – это единственный в своем роде европейский проект, объединяющий усилия интервенционных кардиологов, представителей государственных органов, отраслевых партнеров, инициативных групп и пациентов. Программа призвана оптимизировать системы здравоохранения и врачебную практику таким образом, чтобы обеспечить большинству больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, равноправный доступ к жизненно важной операции пЧКВ. В настоящее время в реализации программы «Stent for Life» участвуют десять стран: Болгария, Франция, Греция, Сербия, Испания, Турция (все с 2009 г.), Египет, Италия, Румыния (все с 2010 г.) и Португалия (с 2011 г.). В августе 2012 г. Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов (САИК) при поддержке Российского кардиологического общества (академик РАМН, профессор Е. В. Шляхто) и Российского научного общества специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (академик РАМН, профессор Б. Г. Алекян) удалось получить статус аффилированного членства в инициативе «Stent for Life». Целью этого действия является внедрение стандартов европейских подходов в организации помощи больным острым инфарктом миокарда на основе выбранных «модельных» регионов РФ с дальнейшим распространением этого опыта на всю территорию страны. Включение Сибирского региона в программу «Stent for Life» предопределяет необходимость эффективного планирования деятельности на основе опыта работы программы в других странах. В связи с этим целесообразно обсудить основные методологические подходы к формированию задач, структуры руководящих комитетов, отчетных форм деятельности программы [8, 15, 20].

Итак, основная цель программы «Stent for Life» – повысить доступность жизненно важной операции ЧКВ для пациентов и тем самым сократить уровень смертности и частоту осложнений среди больных с острыми коронарными синдромами. Задачи, к которым сводится деятельность «Stent for Life»:

1. Выявление регионов и стран, где до сих пор не удовлетворена потребность в качественном лечении острых коронарных синдромов.

2. Принятие мер для расширения доступности для пациентов пЧКВ, в частности:

- более активное использование метода пЧКВ, с тем чтобы охватить этим видом лечения свыше 70 % всех больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST;
- увеличение количества операций пЧКВ до уровня более 600 операций на миллион человек в год;
- проведение операций пЧКВ в соответствующих медицинских учреждениях круглосуточно и без выходных.

В рамках реализации программы «Stent for Life» в каждой стране целесообразно создать местный организационный комитет программы «Stent for Life» с соответствующей рабочей группой, провести анализ ситуации на местах, разработать стратегический план и провести необходимые преобразования с целью совершенствования существующей врачебной практики ведения пациентов с ИМ [20].

Создание организационной структуры «Stent for Life»

Организационная структура на местах

Созданием в каждой стране оптимальной организационной структуры программы «Stent for Life» будет обеспечен надежный плацдарм для достижения целей, предусмотренных программой.

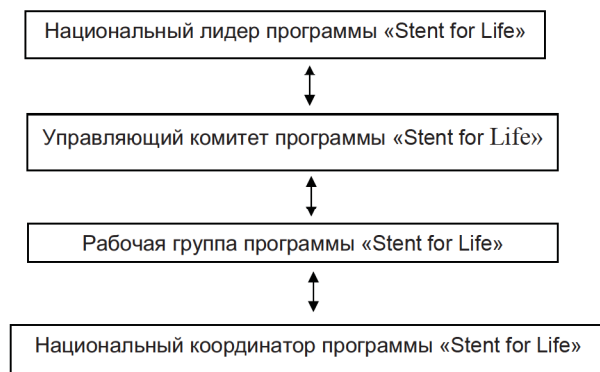


Рис. Стандартная организационная структура программы «Stent for Life»

Целесообразно придерживаться именно такого варианта структуры, если нет веских оснований для того, чтобы ее менять.

Национальный лидер программы «Stent for Life»

Национальный лидер программы «Stent for Life» – это, как правило, известный авторитетный кардиолог, который выступает в качестве публичного представителя программы. Его функции и обязанности включают в себя следующее:

- обеспечение поддержки национального кардиологического общества и формирование партнерских отношений с ним;

- руководство рабочей группой программы «Stent for Life», разработка и реализация национального плана осуществления программы;

- осуществление контактов с Европейским исполнительным советом и руководителем европейского представительства программы «Stent for Life»;

- сбор всех доступных сведений о лечении острого инфаркта миокарда на территории страны (региона) и наблюдение за изменением ситуации;

- ведение переговоров на общенациональном уровне с лицами, представляющими государственные органы, финансирующие организации, медицинские учреждения и т. д., с целью повышения доступности операций первичного ЧКВ.

Управляющий комитет программы «Stent for Life»

Управляющий комитет программы «Stent for Life» – это научный орган, который контролирует сбор научных данных в соответствующей стране и осуществляет общий стратегический контроль за реализацией программы «Stent for Life». Управляющий комитет оказывает содействие национальному лидеру программы в руководстве деятельностью рабочей группы «Stent for Life» и разработке национального плана осуществления программы. В состав управляющего комитета должны входить только авторитетные кардиологи, представители объединений пациентов или инициативных групп либо другие компетентные специалисты. Управляющий комитет отчитывается о достигнутых результатах перед Европейским исполнительным советом программы «Stent for Life».

Рабочая группа программы «Stent for Life»

Рабочая группа программы «Stent for Life» отвечает за реализацию национального плана осуществления программы. В ее состав должны входить представители всех организаций, готовых выделить ресурсы и предоставить возможность воспользоваться их опытом и знаниями для достижения целей, предусмотренных программой. Рабочая группа действует под руководством национального лидера и Управляющего комитета программы «Stent for Life», а координирует ее усилия национальный координатор. В обязанности рабочей группы входит следующее:

- анализ ситуации на местах и составление соответствующей карты;

- выявление факторов, препятствующих эффективному применению метода ЧКВ;

- поиск новых партнеров;

- установление связей и сотрудничество с местными органами власти;
- проработка тактических деталей национального плана осуществления программы;
- формирование и корректировка бюджета.

Национальный координатор (руководитель) программы «Stent for Life»

Правильно подобрать специалиста на должность национального координатора программы «Stent for Life» крайне важно, от этого во многом будет зависеть успех реализации программы в стране (регионе). Хотя национальный координатор не занимается постановкой целей и не определяет стратегию деятельности, он непосредственно отвечает за реализацию этой стратегии и достижение поставленных целей. Функции национального координатора охватывают все или некоторые из перечисленных ниже направлений работы и требований, таких как:

- взаимодействие с Управляющим комитетом программы «Stent for Life», предоставление комитету отчетов о достигнутых результатах;
- координация действий участников программы «Stent for Life», включая рабочую группу «Stent for Life» и имеющиеся в ее распоряжении ресурсы;
- оказание административной поддержки национальному лидеру программы «Stent for Life»;
- поиск новых партнеров и дополнительных финансовых средств (при необходимости);
- взаимодействие с третьими лицами, включая государственные органы и объединения пациентов;
- взаимодействие с руководителем европейского представительства и другими национальными координаторами (руководителями) программы «Stent for Life»;
- поддержка исследовательских проектов;
- подготовка необходимых письменных материалов – в большинстве случаев (хотя и не всегда) на основе соответствующих шаблонов европейского представительства;
- выступление с презентациями;
- поиск ключевых контактных лиц в средствах массовой информации и взаимодействие с ними;
- наличие знаний и опыта в области кардиологии.

Официальным языком в рамках программы «Stent for Life», – по крайней мере, в процессе взаимодействия между странами и на уровне Европейского исполнительного совета, является английский. Поэтому национальный координатор должен свободно владеть английским языком. Кроме того, на эту должность необходимо подбирать инициативного и энергичного человека, поскольку национальный координатор программы «Stent for Life» будет отвечать за текущие мероприятия в рамках проектов и их успешную реализацию.

Национального координатора (руководителя) программы «Stent for Life» принимает и оформляет на работу не Европейское общество кардиологов (ESC), а национальное представительство программы «Stent for Life».

Анализ ситуации и стратегическое планирование

Первичные мероприятия

После создания локальной организационной структуры программы «Stent for Life» следует переходить к этапу анализа и планирования ее деятельности. Как правило, данный этап включает в себя следующие мероприятия:

- анализ ситуации на местах и составление соответствующей карты;
- выявление факторов, препятствующих применению метода первичного ЧКВ;
- разработку стратегического плана для решения существующих проблем;
- реализацию этого плана.

Анализ ситуации на местах и составление соответствующей карты

Несомненно, правильное представление о том, какова реальная ситуация с применением метода пЧКВ на местах, – важнейшая и необходимая предпосылка для разработки стратегий, призванных изменить эту ситуацию к лучшему. Прежде всего, рабочая группа программы «Stent for Life» должна как можно тщательнее систематизировать информацию по таким аспектам, как:

- частота реперфузии в целом по стране и на уровне регионов;
- уровень смертности от острого ИМ и ОКС в целом по стране и на уровне регионов;
- количество и местонахождение центров, где проводятся операции пЧКВ;
- количество и местонахождение центров, где операции пЧКВ проводятся круглосуточно и без выходных;
- соотношение между количеством центров пЧКВ и общей численностью населения;
- среднее количество времени, необходимое пациенту для прибытия в центр пЧКВ, и виды доступного пациентам транспорта (автомобиль скорой помощи, вертолет и т. д.);
- виды оборудования, которым оснащены автомобили скорой помощи (например, электрокардиографы), и уровень профессиональной подготовки работников скорой помощи;
- укомплектованность персоналом каждого центра ЧКВ и виды обучения, которое регулярно проводится для вспомогательного персонала (включая средний медицинский персонал);
- доля населения, обслуживаемого центром пЧКВ и проживающего в радиусе 90 мин пути до центра;

- различия в уровне обслуживания между разными городами и регионами – примеры населенных пунктов с образцовым качеством обслуживания и населенных пунктов, где это качество необходимо улучшить;

- количество интервенционных кардиологов на душу населения;

- иная существенная информация.

Вряд ли все эти сведения удастся получить без особых усилий, однако вполне вероятно, что рабочая группа сможет собрать большую долю этой информации, воспользовавшись ресурсами управляющего комитета, отраслевых партнеров и прочих заинтересованных лиц (включая национальное кардиологическое общество). Указанные сведения позволят сформировать четкое представление о том, какова реальная ситуация с применением метода первичного ЧКВ в конкретной стране. Подготовлена типовая таблица, в которую необходимо будет вносить полученные данные (табл. 2).

Рекомендуется также составить на основе этих данных соответствующую карту, отражающую реальную ситуацию с применением метода пЧКВ в конкретной стране или регионе. Более того, рекомендуется обозначить на карте центры пЧКВ, с которыми есть необходимость сотрудничать в перспективе – либо как с носителями передового опыта, о котором можно рассказывать на учебных семинарах представителям других центров, либо как с отстающими, которым необходимо помочь повысить качество предлагаемых ими услуг. Наряду с вышеупомянутым можно обозначить на карте и те центры, с которыми уже происходит сотрудничество, а также регионы, наиболее остро нуждающиеся в поддержке.

Выявление факторов, препятствующих применению метода ЧКВ

После составления карты, отражающей реальную ситуацию с применением метода пЧКВ в конкретной стране или регионе, необходимо выявить конкретные факторы, препятствующие эффективному использованию реперфузионной терапии на ее территории. К числу таких факторов могут относиться следующие:

- недостаточное количество или низкая плотность сети катетеризационных лабораторий, работающих круглосуточно и без выходных, либо их слабое кадровое обеспечение (например, из-за недостаточного финансирования или плохой профессиональной подготовки);

- несвоевременное прибытие работников скорой помощи к пациентам или неправильные действия работников скорой помощи. Например, пациентов, перенесших ИМсрST, доставляют в ближайшее реанимационное отделение, даже если в нем нет катетеризационной лаборатории;

- плохая оснащенность службы скорой помощи. Например, не все автомобили скорой помощи осна-

щены электрокардиографами или персонал недостаточно хорошо подготовлен с профессиональной точки зрения;

- плохое знание пациентами и/или их родственниками симптомов ИМсрST, в связи с чем в ряде случаев скорую помощь вызывают слишком поздно.

Подготовлена типовая таблица (табл. 3), в которую можно внести информацию о негативных факторах, характерных для страны (региона). Эти факторы сгруппированы по категориям: неправильное отношение пациентов, недостатки в работе скорой помощи, недостатки в работе стационарных медицинских учреждений, организационные недостатки. В этой же таблице можно указать конечные цели, которых необходимо достичь в отношении каждого из негативных факторов.

Постановка целей и разработка стратегического плана

При постановке целей в рамках программы следует руководствоваться общими целями программы «Stent for Life» на ближайшие три года, изложенными выше. Затем необходимо разработать стратегию для достижения этих целей, в том числе сформировать бюджет. Возможно, приоритетной задачей станет создание сети центров, где операции пЧКВ проводятся круглосуточно и без выходных в масштабах всей страны (региона). Однако возможно решение, при котором вначале все усилия будут сосредоточены на определенных регионах или городах. Если такого рода сеть уже действует в стране (регионе), то необходимо будет разработать правила транспортировки больных для службы скорой медицинской помощи, чтобы обязать водителей скорой помощи возить соответствующих пациентов не в ближайшее реанимационное отделение, а в ближайшую катетеризационную лабораторию, работающую круглосуточно и без выходных. Кроме того, может понадобиться использование систем сбора данных, чтобы отслеживать достигнутые результаты.

Подготовленный стратегический план необходимо представить в исполнительный совет программы «Stent for Life» для согласования и утверждения.

Публикация сведений о реализации программы

Важный принцип работы программы «Stent for Life» – обеспечение полной открытости и прозрачности своих действий и целей, чтобы все партнеры и другие заинтересованные лица могли без труда узнавать о результатах деятельности и планах на будущее. Для этого целесообразно оформить в письменном виде, представить на национальном кардиологическом конгрессе и опубликовать в национальном кардиологическом журнале результаты анализа ситуации в стране, сведения о выявленных негативных факторах и предлагаемые решения проблем.

При этом рекомендуется сопровождать такую публикацию следующим примечанием: «Программа «Stent for Life» – это совместный проект Европейской ассоциации чрескожных сердечно-сосудистых вмешательств (EAPCI), которая входит в состав Европейского общества кардиологов (ESC), и EuroPCR – ежегодного конгресса EAPCI».

Системы контроля и оценка достигнутых результатов

В процессе реализации программы очень важно иметь возможность наглядно продемонстрировать достигнутые результаты партнерам, спонсорам и другим заинтересованным лицам, – прежде всего пациентам, у которых есть риск развития ИМспST. Рекомендуется уже на начальном этапе планирования четко определить, какие именно результаты можно будет считать успешными, и найти способы оценивать эти результаты (табл. 4).

Оценка достигнутых результатов включает в себя и контроль за ходом реализации программы на местах (табл. 5). Конкретные особенности системы контроля будут зависеть от индивидуальных условий, характерных для страны (региона). В ряде случаев, возможно, в государстве уже будет существовать национальная система регистрации операций пЧКВ и фактов ИМспST. Если такая система отсутствует, необходимо инициировать ее создание, чтобы все указанные операции и факты регистрировались в цен-

тральной базе данных, в том числе с указанием таких параметров, как количество времени между звонком в скорую помощь и катетеризацией больного, а также продолжительность любых задержек в проведении операции пЧКВ.

Формирование отношений и сотрудничество с отраслевыми партнерами

Множество отраслевых партнеров уже официально стали участниками программы «Stent for Life» на центральном уровне в ее европейском представительстве, и их аффилированные компании, очевидно, по умолчанию могут быть партнерами в конкретной стране (регионе). Кроме того, можно найти и других потенциальных партнеров. В ходе предварительной оценки важно убедиться, что эти организации разделяют ценности и цели программы «Stent for Life» и готовы активно содействовать достижению данных целей. Такое содействие может выражаться в том, что партнеры будут участвовать в разработке стратегии или предоставят возможность воспользоваться их опытом и знаниями, например, в таких аспектах, как управление проектами, анализ ситуации на местах, повышение осведомленности пациентов, проведение информационно-пропагандистских мероприятий, финансирование и инвестиционное планирование. Вместе с тем партнеры ни в коем случае не должны влиять на научное содержание программы.

Таблица 2

Программа «Stent for Life»: ситуация в стране

Основные сведения о стране	Ситуация
Численность населения	
Площадь территории	
Внутренний валовой продукт на душу населения	
Количество интервенционных кардиологов	
Распространенность острого инфаркта миокарда	
Уровень смертности от острого инфаркта миокарда	
Частота применения метода ЧКВ	
Частота применения тромболитика	
Частота применения реперфузионной терапии	
Количество операций ЧКВ на миллион человек	
Количество операций пЧКВ на миллион человек	
Процентная доля пациентов, перенесших ИМспST, которым сделана операция пЧКВ	
Количество катетеризационных лабораторий	
Количество катетеризационных лабораторий, работающих круглосуточно и без выходных	
Среднее расстояние до катетеризационной лаборатории	
Количество автомобилей скорой помощи	
Среднее количество автомобилей скорой помощи, оснащенных электрокардиографами	
Наличие вертолетов	Имеются / Отсутствуют
Количество пациентов, вызывающих скорую помощь	

Таблица 3

Программа «Stent for Life»: негативные факторы

Негативный фактор	Цель	Текущая ситуация
<i>Негативные факторы, обусловленные неправильным отношением со стороны пациентов</i>		
<i>Негативные факторы, обусловленные недостатками в работе скорой помощи</i>		
<i>Негативные факторы, обусловленные недостатками в работе стационарных медицинских учреждений</i>		
<i>Негативные факторы, обусловленные организационными недостатками</i>		

Таблица 4

Программа «Stent for Life»: отчет о достигнутых результатах

<i>Общие сведения</i>	
Страна	[Указать название страны]
Национальный лидер, национальный координатор	[Указать имя]
Основные организации-партнеры	[Перечислить организации – государственные органы, объединения пациентов, отраслевые партнеры и т. д.]
Цели на национальном уровне	
<i>Основные изменения и результаты</i>	
Краткое изложение основных изменений и/или результатов, достигнутых за последние 3–6 месяцев, включая важнейшие успехи	[Например, описать общие результаты по достижению поставленных целей, представить сведения о проведенных совещаниях, кампаниях в средствах массовой информации, новых партнерах и т. п.]
Краткое изложение проблем, с которыми пришлось столкнуться в последние 3–6 месяцев	[Например, дефицит финансирования, сопротивление со стороны политических кругов и т. п.]
<i>Дальнейшие мероприятия</i>	
Краткое изложение основных мероприятий, запланированных на ближайшие 3–6 месяцев	[Например, основные мероприятия и успехи в достижении поставленных целей и т. п.]
Основные промежуточные этапы и совещания	[Перечислить предстоящие совещания и/или основные промежуточные этапы с указанием соответствующих сроков]

Таблица 5

Программа «Stent for Life»: контрольный перечень мероприятий

Мероприятие	Срок	Статус (завершено / в процессе проведения / не начато)
<i>Этап 1. Запуск программы</i>		
Назначение национального лидера программы «Stent for Life»		
Получение письма поддержки от национального общества кардиологов		
Формирование управляющего комитета программы «Stent for Life»		
Формирование рабочей группы программы «Stent for Life»		
Назначение национального координатора программы «Stent for Life»		

Мероприятие	Срок	Статус (завершено / в процессе проведения / не начато)
<i>Этап 2. Анализ ситуации</i>		
Анализ ситуации на местах		
Составление карты, отражающей ситуацию на местах		
Выявление факторов, препятствующих применению метода ЧКВ		
<i>Этап 3. Планирование и бюджет</i>		
Постановка целей, поддающихся количественной оценке, на ближайшие три года		
Разработка стратегического подхода		
Разработка тактического плана и формирование бюджета		
Представление плана на рассмотрение исполнительного совета программы «Stent for Life»		
Публикация плана и/или презентация его на кардиологическом конгрессе		
Обеспечение финансирования бюджета		

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазов Е. И., Бойцов С. А. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране // Кардиологический вестник. 2009. № 1. С. 5–10.
2. Шальнова С. А., Деев А. Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 10. С. 5–10.
3. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction / H. R. Andersen [et al.] // N. Engl. J. Med. 2003. Vol. 349. P. 733–742.
4. A comparison of immediate angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction / C. L. Grines [et al.] // N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 328. P. 673–679.
5. A comparison of immediate coronary angioplasty with intravenous streptokinase in acute myocardial infarction / F. Zijlstra [et al.] // N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 328. P. 680–684.
6. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin: The Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS) / D. Hasdai [et al.] // Eur. Heart J. 2002. Vol. 23. P. 1190–1201.
7. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executive summary. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction) / E. M. Antman [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. 2004. Vol. 44. P. 671–719.
8. European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries / P. Widimsky [et al.] // Eur. Heart J. 2010. Vol. 31. P. 943–957.
9. Five-year follow-up of the Medicine, Angioplasty or Surgery Study (MASS II) / W. Hueb [et al.] // Circulation. 2007. Vol. 115. P. 1082–1089.
10. Immediate angioplasty compared with the administration of a thrombolytic agent followed by conservative treatment for myocardial infarction / R. J. Gibbons [et al.] // N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 328. P. 685–691.
11. Long distance transport for primary angioplasty vs. immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Final results of the randomized national multicentre trial – PRAGUE-2 / P. Widimsky [et al.] // Eur. Heart J. 2003. Vol. 24. P. 94–104.
12. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology / F. Van de Werf [et al.] // Eur. Heart J. 2003. Vol. 24. P. 28–66.
13. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease / W. E. Boden [et al.] // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 356. P. 1503–1516.
14. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries / P. Widimsky [et al.] // Eur. Heart J. 2010. Vol. 31. P. 943–995.
15. Stent for life. How to guide. Stent for Life is a joint initiative between the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), a registered branch of the European Society of Cardiology (ESC), and EuroPCR.
16. «Stent for Life» targeting PCI at all who will benefit the most. A joint project between EAPCI, Euro-PCR, EUCOMED and the ESC Working Group on Acute Cardiac Care / P. Widimsky [et al.] // EuroIntervention. 2009. Vol. 4. P. 555–557.
17. The Czech Society of Cardiology guidelines for acute myocardial infarction with Q-waves / ST elevations / bundle branch block // Cor. Vasa. 2002. Vol. 44. P. K123–K143.
18. Treatment and outcome of myocardial infarction in hospitals with and without invasive capability. Investigators in the National Registry of Myocardial Infarction / W. J. Rogers [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. Vol. 35. P. 371–379.
19. Widimsky P. PCI in modern cardiology: a shift from chronic stable patients to acute coronary syndromes // Eur. J. Cardiol. Practice. 2008. Vol. 6. URL: <http://www.escardio.org/communities/councils/ccp/ejournal/volume6/Pages/vol6n36.aspx>.
20. Widimsky P., Wijns W., Kaifozova Z. Stent for Life: how this initiative began? // EuroIntervention Suppl. 2012. Vol. 8. P. 8–11.

Статья поступила: 10.01.2013