

УДК: 616.127-005.8

«STENT FOR LIFE» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ. ЗАДАЧИ. ПЛАН ДЕЙСТВИЙ на 2013 год

О. Л. БАРБАРАШ, М. Ю. ОГАРКОВ, В. И. ГАНЮКОВ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

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

Приведены сведения об основных тенденциях и перспективах развития системы организации помощи больным острым инфарктом миокарда с учетом принципов европейской инициативы «Stent for Life» и современных клинических рекомендаций в Кемеровской области.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, инициатива «Stent for Life», Кемеровская область.

«STENT FOR LIFE» IN KEMEROVO REGION. ORGANIZATION STRATEGY. PURPOSES. PERSPECTIVES FOR 2013.

O. L. BARBARASH, M.Yu. OGARKOV, V. I. GANYUKOV

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

The article describes the main current aspects, perspectives and tendencies of acute myocardial infarction care system in Kemerovo region regarding European program «Stent for Life» initiative and advanced clinical guidelines.

Key words: acute myocardial infarction, «Stent for Life» initiative, Kemerovo region

В настоящее время в арсенале медицины имеются высокоэффективные, высокотехнологичные методы лечения острого инфаркта миокарда, в частности стентирование коронарных артерий, позволяющие значительно влиять на уровень летальности от этого грозного заболевания. В последние годы экстренное стентирование коронарных артерий у пациентов с инфарктом миокарда стало доступно жителям Кемерово, и его результаты сопоставимы с показателями европейских стран [1]. Тем не менее подавляющая часть населения Кемеровской области не имеет возможности такого эффективного лечения острого инфаркта миокарда.

Инициатива «Stent for Life» (SFL) [2, 3] – европейский проект внедрения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) для лечения больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в национальном (региональном) масштабе с целью снижения показателей смертности. Подход «Stent for Life» рассматривает два основных направления действий: 1) увеличение количества процедур первичного ЧКВ (70 % от числа всех ИМпST в регионе); 2) организации быстрого доступа больных ИМпST в 24/7 ЧКВ-центры (время «симптом – баллон» менее 3 ч).

Члены исполнительного комитета программы SFL предоставляют методические материалы, в ко-

торых изложены рекомендации по всем аспектам программы, включая создание местного руководства программы SFL и соответствующей рабочей группы, формирование партнерских отношений с внешними субъектами, анализ ситуации на местах, разработку стратегического плана и проведение необходимых преобразований с целью совершенствования существующей врачебной практики лечения ИМ.

В соответствии с этой программой в Кемеровской области полным ходом идет процесс формирования регионального управляющего комитета. В настоящий момент функционирует только инициативная группа, состав которой представлен ведущими кардиологами региона и руководителями кардиохирургической службы области. Состав регионального управляющего комитета нельзя считать полным при отсутствии представителей скорой медицинской помощи и представителей департамента здравоохранения Кемеровской области. Эту проблему предстоит решить в ближайшее время.

Следующей задачей явился анализ региональной ситуации. Приступая к этой работе, члены инициативной группы заполнили официальную таблицу, предоставляемую исполнительным комитетом SFL (см. табл.). В процессе подготовки данных стало очевидно, что определенные параметры, характери-

зующие ситуацию ИМ в регионе, не известны в силу их отсутствия в официальных отчетных документах. Например, в целом по Кемеровской области нам не известно число случаев ИМпСТ и летальность в данной группе больных, количество реперфузий, выполненных с помощью тромболитической терапии (ТЛТ), время и причины задержки первичного ЧКВ. Таким образом, подтверждена крайняя необходимость введения регистра реперфузионного лечения при остром коронарном синдроме (ОКС) на территории Кемеровской области. Только после получения данных регистра станут понятными отправная точка наших действий и точное направление необходимых усилий.

Таблица

Показатели организации реперфузии при ИМпСТ в Кемеровской области, 2011 год

Параметры	Кемеровская область
Численность населения	2,8 млн
Площадь	93 333 км ²
ВВП на душу населения (данные по России)	1 6736\$
Количество интервенционных кардиологов	14
Число ИМпСТ	~ 3 855
Летальность при ИМпСТ	Не известно, не менее 12 %
Частота первичного ЧКВ	11 %
Частота ТЛТ	~ 36 %
Частота ИМпСТ без реперфузии	53 %
Число всех ЧКВ на 1 млн населения	644
Число первичного ЧКВ на 1 млн населения	137
Процент пЧКВ у пациентов с ИМпСТ	10
Число ЧКВ-центров	2
Число ЧКВ-центров с круглосуточной работой	1
Максимальное расстояние	До 400 км
Количество машин скорой помощи	Неизвестно
Количество машин скорой помощи с ЭКГ аппаратом	Неизвестно
Количество санитарных вертолетов	Нет

Несмотря на то что открытие дополнительных ЧКВ-центров, способных выполнять первичное ЧКВ на территории Кемеровской области, и обеспечение их расходными материалами является затратной, сложной задачей, требующей участия руководства региона, существует и ряд незатратных основополагающих мероприятий, которые относятся к организационной медицинской стороне вопроса:

1. Изменение менталитета врачей-кардиологов в отношении ключевой роли первичного ЧКВ в лечении ИМпСТ и возможности повсеместного внедрения этого метода на территории Кемеровской области.

2. Внедрение регистра ОКС и реперфузионного лечения при ОКС во все медицинские учреждения, госпитализирующие ИМпСТ, и контроль за добросовестным исполнением его требований.

3. Внедрение принципов телемедицины: оснащение линейных бригад скорой медицинской помощи (СМП) и стационаров, которые не обладают возможностью проведения первичного ЧКВ оборудованием для телетрансляции ЭКГ. Организация центров диагностики ИМпСТ на основании переданной ЭКГ и симптомов заболевания.

4. Обучение персонала СМП основным подходам, направленным на сокращение временных интервалов в ведении пациентов с ОКС, необходимости предшествующего звонка в ЧКВ-центр с информацией о госпитализации больного ИМпСТ и важности подписания в течение транспортировки информационного согласия на проведение инвазивных процедур в ЧКВ-центре.

5. Маршрутизация реперфузионной помощи населению Кемеровской области: разделение всех населенных пунктов региона на 3 категории: а) территории с возможностью экстренной прямой транспортировки больных ИМпСТ в круглосуточный ЧКВ-центр (для населенных пунктов, где время «первый медицинский контакт – баллон» не превышает 60–90 мин); б) территории с возможностью срочной транспортировки больных ИМпСТ в круглосуточный ЧКВ-центр (для населенных пунктов, где время «первый медицинский контакт – баллон» превышает 60–90 мин и где применяется фармакоинвазивный подход); в) территории планового направления больных ИМпСТ в круглосуточный ЧКВ-центр (для населенных пунктов, где время «первый медицинский контакт – баллон» превышает 60–90 мин, больным выполнена ТЛТ, но возможности срочного перевода не было, или для тех, кто остался без реперфузионного лечения).

6. Разработка принципов транспортировки «срочных» и «экстренных» больных в ЧКВ-центр является достаточно серьезной проблемой. Например, если с территории Кемерова экстренную и срочную транспортировку может обеспечить городская служба СМП, то для транспортировки из близлежащих к Кемерову территорий, доступных для обеспечения транспортировки в течение 30–60 мин, необходимо вводить специальную транспортную схему, возможно, с многообразными подходами для разных населенных пунктов (силами местного лечебного учреждения, СМП населенного пункта, санавиации, транспорта МЧС).

7. Решение проблемы экономической мотивации стационара, направляющего больного в ЧКВ-центр. Отсутствие возможности получать средства обязательного медицинского страхования за лечение больного, отправленного в ЧКВ-центр, снижает мотивацию направляющего учреждения. Лучшим способом решения этой проблемы является разработка различ-

ных стандартов с возможностью их экономической компенсации: например, стандарт лечения больного до направления в ЧКВ-центр (даже при наблюдении за больным менее одного часа), стандарт лечения пациента в ЧКВ-центре (обычно 2–3 дня), стандарт до-лечения пациента после первичного ЧКВ в учреждении, из которого он был направлен (или по месту жительства при госпитализации СМП).

8. Одной из важных задач является информирование населения региона о важности раннего проведения реперфузионной терапии, необходимости быстро распознать симптомы сердечного приступа и позвонить в СМП.

9. Внутригоспитальная работа над сокращением времени «дверь – баллон» менее 60 мин.

Инициативной группой SFL для Кемеровской области определен план действий на 2013 г.:

- окончательное формирование управляющего комитета;
- разработка и внедрение регистра реперфузионного лечения при ОКС вначале на территории Кемерово;
- привлечение к решению проблемы организации доступности первичного ЧКВ представителей департамента здравоохранения Кемеровской области, регионального ФОМС и законодательного собрания региона;
- организация госпитализации населения из нескольких близлежащих к Кемерову населенных пунктов для выполнения первичного ЧКВ в Кузбасском кардиологическом центре;
- организация на базе Кузбасского кардиологического центра консультативного центра поддержки диагностики ИМпСТ на основании переданной ЭКГ и симптомов заболевания;
- проведение информационной кампании для населения;

- информационно-учебная работа с врачами СМП, кардиологами области;

- обсуждение с персоналом Кузбасского кардиологического центра важности мероприятий, направленных на снижение времени «дверь – баллон» для поиска организационных решений данного вопроса.

Таким образом, для решения задачи доступности высокотехнологичной медицинской помощи больным ИБС и инфарктом миокарда на территории всей Кемеровской области необходимо создание специальной организационной системы. Подобные системы «доступности экстренного стентирования коронарной артерии» создаются в европейских странах. Функционирование данной системы должно базироваться на законах и принципах, разрабатываемых специально созданным региональным управляющим комитетом. Основной задачей системы является снижение смертности от острых форм ишемической болезни сердца путем внедрения высокотехнологичных подходов диагностики и лечения и социально-медицинских мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доступность и результаты реперфузионной терапии больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в Сибирском федеральном округе / В. И. Ганюков [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2011. № 1. С. 9–14.
2. STEMI guidelines: from formulation to implementation / C. Di Mario [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8 (Sup. P). P. 11–17.
3. Variable penetration of primary angioplasty in Europe – what determines the implementation rate? / S. D. Kristensen [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8 (Sup. P). P. 18–26.

Статья поступила: 24.01.2013