

УДК: 616.127-005.8

**«STENT FOR LIFE» В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ. ЗАДАЧИ.
ПЛАН ДЕЙСТВИЙ на 2013 год****А. В. ПРОТОПОПОВ², Г. З. НИЗАМЕЕВА¹,
С. А. УСТЮГОВ², Д. Б. НЕМИК²**¹ *Министерство здравоохранения Красноярского края*² *Краевое бюджетное учреждение «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия*

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

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, инициатива «Stent for Life», Красноярский край.

**«STENT FOR LIFE» IN KRASNOYARSK REGION. ORGANIZATION STRATEGY.
PURPOSES. PERSPECTIVES FOR 2013****A. V. PROTOPOPOV², G. Z. NIZAMEEVA¹,
S. A. USTYUGOV², D. B. NEMIK²**¹ *Krasnoyarsk Region Ministry of Health*² *Regional Budgetary Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia*

The article describes the main historical and current aspects, perspectives and tendencies of acute myocardial care system in Krasnoyarsk region in the context of the «Stent for Life» initiative and modern clinical guidelines.

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

Систематическое начало выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств (пЧКВ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в Красноярском крае связано с принятием бюджетной программы финансирования таких вмешательств в 1999 г. Доказывать эффективность утверждаемой модели специализированной помощи приходилось практически всем – от кардиологов, негативно настроенных к новым технологиям лечения, до чиновников различных уровней и организаций в региональном здравоохранении, неохотно выделяющих финансирование на технологии, не воспринимаемые медицинской общественностью. Сегодняшняя ситуация кардинально отличается от обстановки 15-летней давности: опубликованы результаты крупных рандомизированных исследований, международные клинические рекомендации не оставляют места для двойной трактовки целесообразности и эффективности выполнения пЧКВ при ОИМ. Под влиянием безоговорочной современной доказательной базы многие вчерашние самые ярые оппоненты были вынуждены изменить свое представление о структуре оказания помощи больным острым коронарным синдромом, а остающиеся на старых позициях сами себя загоняют в профессиональную изоляцию.

Переход на принципы, близкие европейской инициативе «Stent for Life» (SFL) [1–3], в Красноярском крае начался задолго до официального запуска программы в Европе. Постепенный переход к выполнению пЧКВ, распространенный на город Красноярск и близлежащие районы края, сначала у больных группы высокого клинического риска, затем у всех больных ОИМ с подъемом сегмента ST регламентировался приказами Министерства здравоохранения Красноярского края в течение последних 10 лет. Если проблемы, связанные с финансированием технологий инвазивной стратегии лечения находили решение благодаря конструктивной позиции руководителей министерства и ФОМСа, то вопросы возникновения дополнительных клинических баз для развертывания центров пЧКВ даже в городе Красноярске оставались без ответов. Связано это было в первую очередь с технологической неподготовленностью лечебных учреждений города к размещению у себя подобных структур, а иногда и простым нежеланием их руководства развивать новые технологии. В таких условиях единственным центром развития долгие годы оставалась клиническая база краевой больницы, объединяющая энтузиастов как на врачебном уровне, так и в руководстве лечебного уч-

реждения. Мероприятия федеральной «сосудистой» программы укрепили статус краевой больницы в качестве регионального центра. Приказом министра здравоохранения Красноярского края с 2010 г. утвержден порядок оказания специализированной помощи, согласно которому все больные ОИМ с подъемом сегмента ST из города Красноярска госпитализируются напрямую в краевую больницу. Стоит отметить, что в течение последних десяти лет рентгенооперационные отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения краевой больницы функционируют в формате 24/7.

Серьезные структурные изменения, связанные с оказанием специализированной помощи больным ОИМ, наметились с одновременным началом нескольких процессов: открытием в Красноярске Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, выполнением диагностических коронарографий в Сибирском клиническом центре ФМБА РФ и первыми попытками систематического выполнения коронарных вмешательств (сначала диагностических, а затем и лечебных) на базе городской больницы № 6 Красноярска, где длительное время простаивал ангиографический комплекс. Благодаря началу работы ФЦССХ, удалось внятно разделить потоки больных ИБС: плановые вмешательства у стабильных пациентов стали выполняться в ФЦССХ, больные с острым коронарным синдромом госпитализировались в краевую больницу. С другой стороны, резко обострился вопрос с количественной диагностикой пациентов вследствие наращивания объемов государственного задания для федеральных центров. Решать эти задачи путем резкого увеличения количества выполняемых коронарографий пришлось в основном опять же коллективу краевой больницы.

За два последних года число диагностических коронарографий в клинике увеличилось до 7 тыс., а общее количество получивших диагностику и лечение перевалило за 11 тыс. больных. Безусловно, свой вклад в общее дело внесли и другие базы, а общее количество коронарографий в крае составило 12 тыс. (см. табл.).

Таблица

Количественные показатели работы лечебных учреждений Красноярского края за 2010–2011 годы

Учреждение	2010 г.		2011 г.	
	Коронарографии	ЧКВ	Коронарографии	ЧКВ
КГБУЗ ККБ	6 532	1 707	9 996	2 062
ФЦССХ	38	60	367	1 069
СКЦ ФМБА	325	–	1 390	8
ГБ № 6	170	–	373	8
Итого	7 055	1 767	12 126	3 147

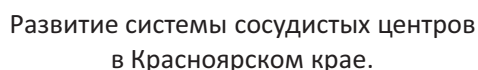
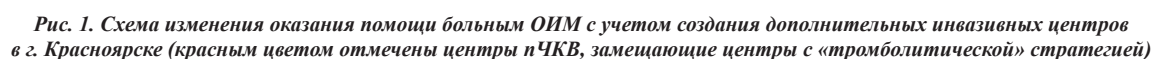
Дальнейший импульс развитию направления придали мероприятия, проведенные Министерством

здравоохранения Красноярского края в рамках программы «Модернизация». Значительным организационным достижением в рамках решения второй задачи программы «Модернизация» явилась разработка и утверждение на уровне согласительной комиссии Минздрава и ФОМСа региональных тарифов для финансирования помощи больным ОКС, включая расходные материалы для пЧКВ. Это позволило бездефицитно профинансировать специализированную помощь этой группе больных в 2012 г. Необходимо отметить, что наряду с лечебными вмешательствами тариф на диагностическую коронарографию также был разработан и с успехом применен в практическом здравоохранении края.

В рамках укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения по программе «Модернизация» в 2012 г/ был приобретен дополнительный ангиографический аппарат в городскую больницу № 6 Красноярска. Принято организационное решение на уровне Министерства здравоохранения Красноярского края о создании правобережного инвазивного центра на базе городской больницы № 20 г. Красноярска с приобретением ангиографического аппарата. Применение к этим городским крупным больницам отработанных на базе краевой клинической больницы современных алгоритмов лечения больных ОКС намечено на 2013 г. (рис. 1). Это повлечет серьезную структурную перестройку порядка оказания помощи больным в пределах города, позволит значительно увеличить доступность технологии для пациентов и предоставит возможность клинике краевой больницы диверсифицировать структуру оказываемой помощи по профилю с уменьшением нагрузки на медицинских работников, значительно возросшей в последние годы.

Важнейшим аспектом тиражирования технологий инвазивного лечения больных ОИМ, напрямую связанного с повышением доступности и качества лечения для населения, является распространение отработанных подходов в районах Красноярского края. В этом направлении за последние годы также была проведена значительная организационная работа. Кроме того, что в 2008 г. Красноярский край в числе первых пилотных регионов вошел в выполнение мероприятий федеральной «сосудистой» программы, решением правительства региона были созданы структуры сосудистых центров дополнительно в четырех районах края – в западной группе районов в г. Ачинске, в восточной группе районов в г. Канске и на севере в г. Лесосибирске (рис. 2).

Понимание перспектив увеличения частоты реваскуляризации при ОИМ вылилось в принятие концепции о повсеместном внедрении догоспитального тромболизиса силами не только врачебных, но и фельдшерских бригад скорой медицинской по-



- Для охвата 100 % населения Красноярского края системой сосудистых центров в 2011-2012 гг. создаются дополнительные 4 первичных сосудистых центра в рамках программы модернизации здравоохранения края.

Рис. 2. Создание дополнительных сосудистых центров на территории Красноярского края

с плохой транспортной доступностью фармакоин-
вазивная стратегия является уместной и обосно-
ванной. Для более безопасного внедрения техно-
логии в рамках программы «Модернизация» было
приобретено оборудование для оснащения бригад
СМП, центральных районных и городских больниц
средствами для дистанционного консультирования
ЭКГ посредством передачи записи ЭКГ в развора-

чиваемый на базе краевой больницы единый центр, осуществляющий консультативную помощь. Важным является согласованная позиция постепенного оснащения ангиографическим оборудованием для выполнения инвазивных вмешательств сформиро-

ванных межрайонных центров с развернутыми на их базах структурами сосудистых центров. Первым таким инвазивным центром в районах края намечен сосудистый центр западной группы районов в городе Ачинске (рис. 3).

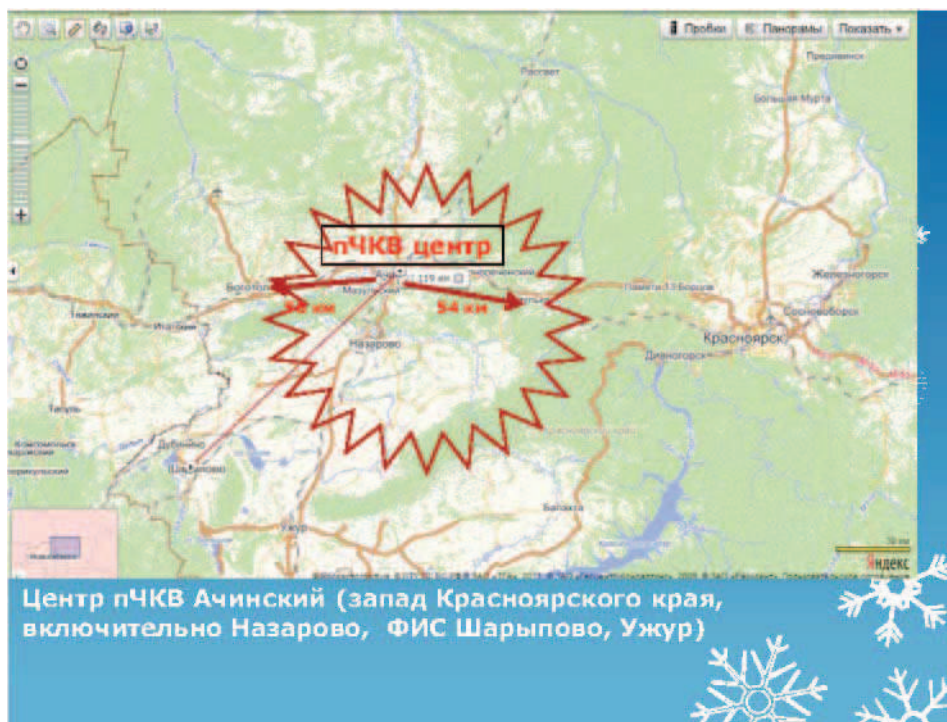


Рис. 3. Размещение инвазивного центра в западной группе районов Красноярского края в Ачинске

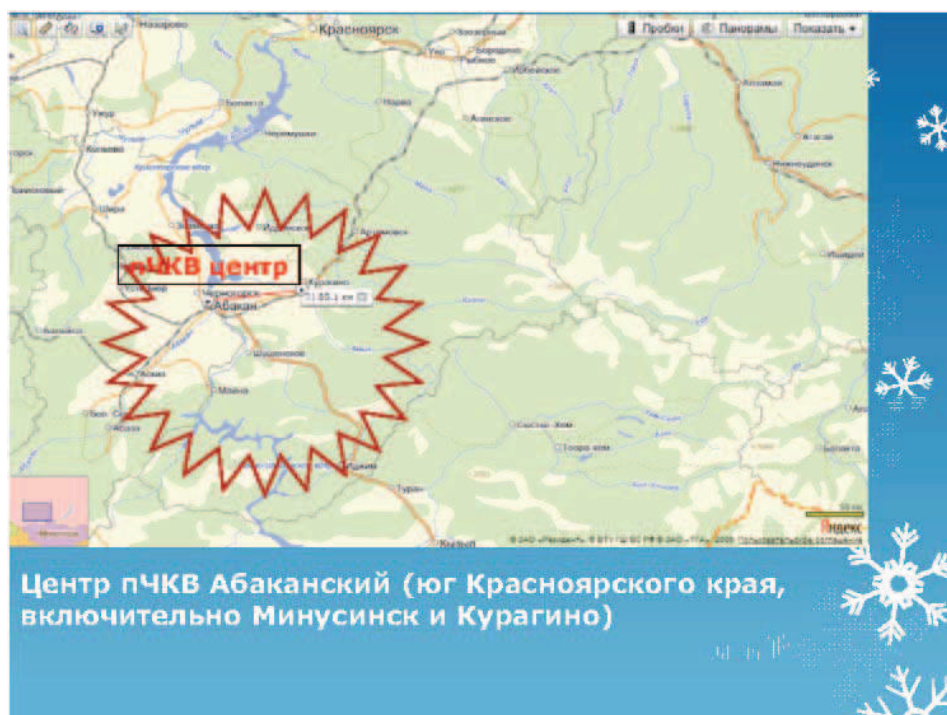


Рис. 4. Размещение инвазивного центра для обеспечения доступности технологии населения южной группы районов Красноярского края в Абакане (Республика Хакасия)



Рис. 5. Уровни оказания помощи больным ОКС в Красноярском крае

В рамках продолжающейся федеральной «сосудистой» программы в 2013 г. должен начать работу сосудистый центр в столице Республики Хакасия – г. Абакане. Целесообразным моментом организации загрузки оборудования в рамках программы будет достижение межрегионального соглашения о функциональном присоединении к этому центру южной группы районов Красноярского края для выполнения инвазивных вмешательств у больных ОКС (рис. 4).

Необходимо отметить, что концептуально развитие помощи больным ОКС в Красноярском крае лежит в русле построения многоуровневой модели краевого здравоохранения (рис. 5) и органично сочетается с основными подходами европейской инициативы SFL.

Кадровое обеспечение специалистами по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению новых центров является очень актуальным в условиях всеобщего дефицита специалистов в здравоохранении края.

С этой целью на кафедре лучевой диагностики Красноярского государственного медицинского университета создан цикл переподготовки специалистов по специальности «Рентгеноэндоваскулярная диагностика и лечение». Первый проведенный цикл показал высокую актуальность программной подготовки.

Для общего организационно-методического руководства проводимой масштабной работой, в со-

ответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края, министром здравоохранения края издан приказ о создании рабочей группы с широкими полномочиями, объединяющей организаторов здравоохранения города и края, ведущих специалистов по направлениям (аналог Управляющего комитета в дефиниции SFL).

Взаимодействие с органами законодательной и исполнительной власти, четкий регламент работы, вовлечение в процессы создания системы медицинской помощи публичных персон, средств массовой информации и организаций пациентов – залог поступательного развития и реализации намеченного в рамках международного проекта «Stent for Life» в Красноярском крае.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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(8). P. 943–957.
2. STEMI guidelines: from formulation to implementation / Di Mario C. [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8, sup. P. 11–17.
3. Widimsky P., Wijns W., Kaifoszova Z. Stent for Life: how this initiative began? // EuroIntervention. 2012. Vol. 8, sup. P. 8–9.

Статья поступила: 09.01.2013