

УДК: 616.127-005.8

«STENT FOR LIFE» SIBERIA. ИСТОРИЯ. ЗАДАЧИ. ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА 2013 год**В. И. ГАНЮКОВ¹, А. В. ПРОТОПОПОВ²**

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

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 Сибири.

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

«STENT FOR LIFE» SIBERIA. ORGANIZATION STRATEGY. PURPOSES. PERSPECTIVES TO THE YEAR OF 2013**V. I. GANYUKOV¹, A. V. PROTOPOPOV²**

¹ *Federal State Budgetary Institution «Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases», Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia*

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 Siberia in the context of the «Stent for Life» initiative and modern clinical guidelines.

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

Несмотря на несомненные успехи науки и практики в ведущих мировых центрах, европейская кардиологическая общественность озабочена проблемой повсеместного внедрения современных принципов лечения острого коронарного синдрома в повседневную практику. Так, например, приоритетный метод лечения больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) – экстренное (первичное) чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) даже в европейских странах часто подменяется резервным подходом – тромболитической терапией. Еще в 2009 г. доля первичного ЧКВ в системе помощи больным ИМпСТ в таких развитых странах, как Англия, Франция, Италия, Испания, Португалия, не превышала 50 % при целевом показателе не менее 70 % [9]. Внедрение программы создания сосудистых центров на территории Российской Федерации – очень важный и правильный шаг в направлении обеспечения населения страны современной кардиологической помощью, но, к сожалению, явно недостаточный. Так, например, доля первичного ЧКВ для пациентов с ИМпСТ в 2011 г. в России в целом не превысила 5 % [1].

Для решения вопросов доступности первичного ЧКВ для больных ИМпСТ в 2008 г. в Европе начал

свою работу проект Европейской ассоциации чрескожных сердечно-сосудистых интервенций – инициатива «Stent for Life» [13]. Цель этой инициативы заключается во внедрении национальных программ по организации ЧКВ при ИМпСТ для снижения смертности. Признано, что снижения летальности при ИМпСТ можно достигнуть только за счет обеспечения максимальной доступности первичного ЧКВ. Целевым порогом доступности первичного ЧКВ для европейских стран является показатель 70 % и более, что означает необходимость выполнения ЧКВ не менее чем у 70 % больных ИМпСТ в национальном масштабе каждой страны. За короткий срок страны, включившиеся в работу инициативы (Англия, Болгария, Греция, Португалия, Испания, Франция, Италия, Румыния и т. д.), показали несомненный прогресс в достижении поставленной задачи, что доказало несомненную пользу внедрения принципов «Stent for Life» в работу национальных систем здравоохранения [3–5, 11, 12]. Ключевыми составляющими успеха признано создание и эффективная работа сети центров первичного ЧКВ в национальном масштабе и проведение первичного ЧКВ в пределах 2 ч от первого медицинского контакта с больным ИМпСТ [9,10]. Эксперты проекта «Stent for

Life» добиваются основной цели инициативы путем осуществления методологической помощи в рамках действующих национальных медицинских программ.

Анализируя постулаты, принципы и целевые показатели инициативы «Stent for Life», Сибирская ассоциация интервенционных кардиоангиологов в 2010 г. провела исследование доступности и результатов реперфузионной терапии в Сибирском федеральном округе за 2009 г. Полученные данные были представлены А. Г. Осиевым в докладе «Revascularising acute coronary artery disease patients – experience from Siberia» на PCR2010 и оформлены в виде статьи в журнал «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия» [2].

Заключение проведенного анализа было следующим [2]: в 2009 г. на территории 6 краев (областей) СФО зарегистрировано 15 748 случаев ИМпСТ, что в среднем составило 124 заболевших на 1 млн жителей. Общий объем реперфузионной терапии (тромболитическая терапия (ТЛТ), первичное ЧКВ) был крайне низким и выполнен только в 28,5 % случаев. Без реперфузионного лечения осталось большинство пациентов – 71,5 %. Первичное ЧКВ как наилучший метод лечения ИМпСТ подтвердил свой лидирующий статус и в Сибирском федеральном округе (СФО). Летальность при использовании катетерных методов была в 2 раза ниже, чем при ТЛТ (5,56 и 15,12 % соответственно, $p = 0,003$). Тем не менее первичное ЧКВ применялось только у 9,7 % пациентов с ИМпСТ, что говорит о низкой приверженности к данному прогрессивному методу лечения (рис. 1). С учетом локализации клиник, выполняющих первичные ЧКВ только в административных центрах СФО, доступность данного вида реперфузионной терапии выше, чем в целом по территории области (края). Очевидной является необходимость в продолжение активных усилий государства и медицинской общественности для соблюдения принципов при-

верженности первичному ЧКВ в лечении ИМпСТ.

Представленные результаты послужили основанием для осознания членами Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов необходимости взаимодействия с кардиологическими европейскими сообществами для получения дополнительного опыта, который имеют профессионалы Евросоюза в вопросе разработки национальных стратегий реперфузионного лечения ИМпСТ. С этой целью в рамках работы ECS2011 в Париже была проведена встреча между членами исполнительного комитета программы «Stent for Life» (Steen D. Kristensen, William Wijns, Zuzana Kaifoszova) и членами Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов (В. И. Ганюков, А. Г. Осиев, А. В. Протопопов). На встрече определена возможность официального включения Сибирской ассоциации в работу европейской программы «Stent for Life».

При активном участии и поддержке руководителя Кузбасского кардиологического центра академика РАМН Л. С. Барбараша и председателя Российского научного общества кардиологов академика РАМН Е. В. Шляхто после соблюдения официальных требований 28 августа 2012 г. на конгрессе ECS2012 в Мюнхене была подписана декларация между Сибирской ассоциацией интервенционных кардиологов и членами исполнительного комитета европейской инициативы «Stent for Life», подтверждающая официальный статус Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов в качестве аффилированного члена инициативы «Stent for Life» (рис. 2, 3. <http://www.stentforlife.com/siberia/>).

Необходимо заметить, что стартовавшая в России в 2008 г. программа создания сосудистых центров для лечения двух основных острых сосудистых нозологий (инсульт, инфаркт миокарда) – безусловный прорыв на пути снижения смертности от болезней системы кровообращения. К сожалению, количество центров, предусмотренных государственной

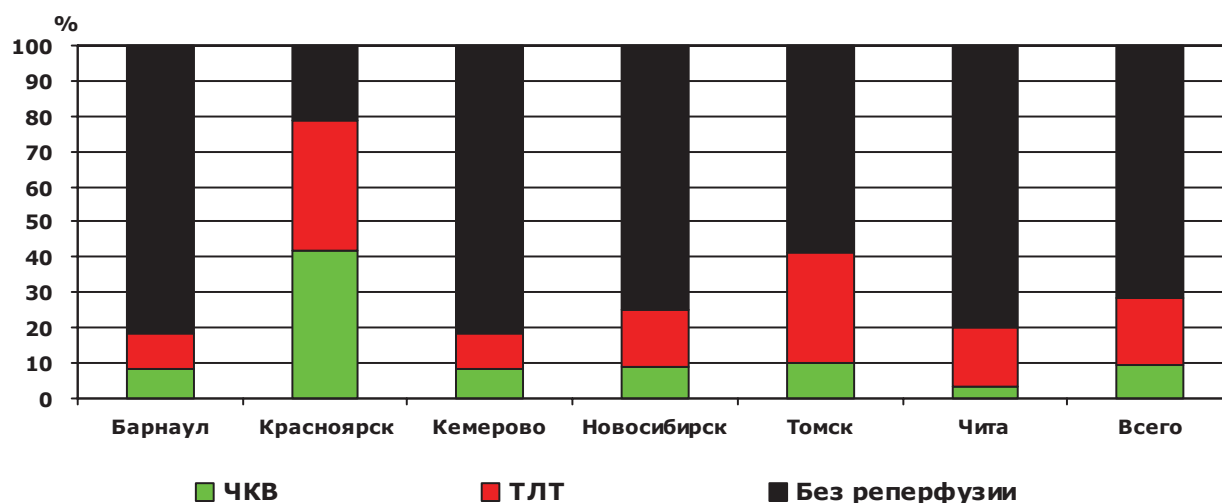


Рис. 1. Соотношение числа случаев первичного ЧКВ – ТЛТ – без реперфузии (зеленый – красный – черный) в регионах (краях, областях) Сибирского федерального округа в 2009 г.



Рис. 2. Декларация, подтверждающая официальный статус Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов в качестве аффилированного члена инициативы «Stent for Life»



Рис. 3. 28 августа 2012 г. на конгрессе ECS2012 в Мюнхене, где была подписана декларация между Сибирской ассоциацией интервенционных кардиологов и членами исполнительного комитета европейской инициативы «Stent for Life»

сосудистой программой, слишком мало для обеспечения населения регионов России популяционным (широким) уровнем высокотехнологичных методов лечения. И, соответственно, представленный подход не способен кардинально «переломить» показатели смертности в регионах в целом. Так для Кемеровской области для лечения больных с острым инфарктом миокарда необходимо не менее 6 таких центров (один центр на 500 тыс. населения) с возможностью круглосуточного выполнения первичного ЧКВ. Причем такая сеть ЧКВ-центров должна равномерно покрывать всю территорию области с целью обеспечения транспортировки больных на расстояние не более 70 км, так как фактор времени доставки пациента от момента начала симптомов является одним из ключевых для снижения летальности. Только такая мозаичная сеть ЧКВ-центров будет способна обеспечить проведение первичного ЧКВ в пределах 2 ч от первого медицинского контакта с больным ИМпСТ большинству нуждающихся в реперфузионной терапии.

Представители Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов присутствовали на двух заседаниях национальных проект-менеджеров инициативы «Stent for Life» в Стамбуле (22–23 июня 2012 г.) и София-Антиполисе (16–17 сентября 2012 г.). На заседаниях обсуждались детали процесса организации доступности первичного ЧКВ в различных европейских странах, где роль катетерной реваскуляризации в системе помощи больным ИМпСТ пока еще невелика. В процессе обсуждения проблем внедрения первичного ЧКВ и путей их решения в различных странах была сформирована концепция подобного процесса для сибирских регионов – членов Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов.

Главная идея Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов – внедрение принципов инициативы «Stent for Life» в отдельных регионах Российской Федерации, начиная с Красноярского края и Кемеровской области. Именно в этих регионах имеется удачное сочетание хорошо развитой государственной сосудистой программы реваскуляризации при ОКС, профессиональной работы рентгенэндоваскулярной службы с большими объемами больных ИМпСТ и поддержки региональных органов власти. Несмотря на то, что число первичного ЧКВ от всех случаев ИМпСТ в Красноярском крае и Кемеровской области составило в 2011 г. лишь 23 и 11 % соответственно, необходимо помнить, что среднестатистический уровень этого вида помощи в Российской Федерации не превышает 5 %. Поэтому в области внедрения первичного ЧКВ Красноярский край и Кемеровская область являются лидерами в стране.

Региональный подход к внедрению принципов доступности первичного ЧКВ используется в нескольких европейских странах (Испания,

Португалия, Италия, Франция), где отсутствует общенациональная государственная программа реваскуляризации при ИМпСТ [6–8, 11]. Возможен ли в условиях России такой подход к решению проблемы? В случае успеха, естественно, сфера деятельности «Stent for Life» Siberia не будет ограничиваться регионами Сибирского федерального округа и, надеемся, распространится на другие регионы нашей страны.

Главная задача «Stent for Life» Siberia – внедрение региональных программ по организации ЧКВ при ИМпСТ для снижения смертности: 1) путем увеличения количества процедур первичного ЧКВ (70 % от числа всех ИМпСТ в регионе); 2) организации быстрого доступа больных ИМпСТ в 24/7 ЧКВ-центры (время «симптом – баллон» менее 3 ч).

На межрегиональном уровне координационный совет «Stent for Life» Siberia включает в себя двух сопредседателей (д-р мед. наук В. И. Ганюков, профессор А. В. Протопопов) и региональных лидеров интервенционной кардиологии – членов Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов (д-р мед. наук В. В. Демин, канд. мед. наук И. П. Зырянов, д-р мед. наук А. Л. Крылов, профессор А. Г. Осиев, Н. И. Сусоев, д-р мед. наук А. Н. Федорченко). На межрегиональной конференции в Кемерове 8–9 февраля 2013 г., посвященной вопросам доступности первичного ЧКВ, планируется утверждение кандидатуры проект-менеджера межрегионального «Stent for Life» Siberia, в задачи которого будут входить межрегиональная координация действий по внедрению первичного ЧКВ, мониторинг получаемых результатов и представление их координационному совету «Stent for Life» Siberia, а также на собраниях национальных проект-менеджеров в Европе.

В 2013 г. предполагается утверждение организационной структуры проекта на межрегиональном уровне – в Красноярском крае и Кемеровской области. Кроме того, предстоит провести также анализ ситуации на местах (в первую очередь как его составляющая, подготовка и внедрение региональных регистров доступности первичного ЧКВ) и разработку региональных планов действий. Одной из главных составляющих работы является тесная связь с региональными органами власти, согласование намерений и получение поддержки администраций регионов, что является одной из ключевых составляющих успеха мероприятия. Идеальным было бы введение представителя министерства здравоохранения в состав управляющего комитета.

Таким образом, в рамках деятельности Сибирской ассоциации интервенционных кардиологов проделана серьезная работа по пониманию организационных принципов внедрения приоритетного метода лечения ИМпСТ (первичного ЧКВ) на национальном

(региональном) уровне. Весь механизм внедрения идеи доступности первичного ЧКВ и каждый шаг на этом пути известны и отработаны сотрудниками инициативы «Stent for Life». В настоящее время мы имеем возможность воспользоваться опытом этой организации и тех стран, которые уже идут по этому пути. Создание эффективной программы по увеличению доступности первичного ЧКВ за счет эффективной работы региональной сети ЧКВ-центров и организации быстрой доставки в нее пациентов позволит снизить смертность от ИМпСТ на территории регионов Сибири.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Алесян Б. Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации. 2011 год. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2012. 148 с.
2. 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.
3. Developing primary PCI as a national reperfusion strategy for patients with ST-elevation myocardial infarction: the UK experience / J. M. McLenachan [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 99–107.
4. Impact of the Romanian national programme for interventional therapy in ST-elevation myocardial infarction / G. Tatu-Chițoiu [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 126–132.
5. Karamfiloff R., Jorgova J. Decreasing STEMI mortality by implementing a PPCI network in Bulgaria // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 94–98.
6. Pereira H. Primary angioplasty in Portugal: door-to-balloon time is not a good performance index // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 121–125.
7. Primary percutaneous coronary intervention: models of intervention in Spain/ A. Regueiro [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 90–93.
8. Regional differences and Italian charter to expand the primary angioplasty service / L. De Luca [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 80–85.
9. 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.
10. STEMI guidelines: from formulation to implementation / C. Di Mario [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 11–17.
11. Stent for Life in France/ M. Gilard [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 77–79.
12. Stent for Life Initiative – the Greek experience / J. Kanakakis [et al.] // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 116–120.
13. Widimsky P., Wijns W., Kaifoszova Z. Stent for Life: how this initiative began? // EuroIntervention. 2012. Vol. 8. (Sup. P). P. 8–9.

Статья поступила: 09.01.2013