

УДК: 616.127-005.8

УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. КАК ЭТОГО ДОБИТЬСЯ?

А. В. ПРОТОПОПОВ

*Краевое бюджетное учреждение здравоохранения
«Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия*

В статье на основе анализа текущей ситуации системы оказания специализированной помощи больным острым инфарктом миокарда приведены возможные пути совершенствования этого направления с учетом подходов, отработанных в рамках европейской инициативы «Stent for Life». Отмечены сдерживающие факторы и потенциальные механизмы их устранения для увеличения доступности и повышения качества современных реваскуляризирующих катетерных технологий с учетом всех составляющих организационного процесса.

Ключевые слова: инициатива «Stent For Life», острый инфаркт миокарда, первичные чрескожные коронарные вмешательства.

INCREASING PROPORTION OF PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS. HOW?

A. V. PROTOPOPOV

Regional Budgetary Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia

The article describes the possible strategy of acute myocardial care modernization, according to the principles of the European «Stent for Life» initiative. The main purpose is to increase the proportion of primary percutaneous coronary interventions in order to provide a wider access to this technology to as many patients as possible.

Key words: «Stent for Life» initiative, acute myocardial infarction, primary percutaneous coronary interventions.

В конце 2012 г., выступая на заседании правительства, посвященного вопросам формирования бюджета, Председатель Правительства РФ Д. А. Медведев отметил: «Мы ставим задачу, чтобы средняя продолжительность жизни к 2018 г. была 74 года. Для этого нужно последовательно заниматься профилактикой и своевременным лечением сердечно-сосудистых заболеваний». Основной вклад в формирование показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации продолжает вносить смертность населения от острого инфаркта миокарда. Первичные чрескожные вмешательства при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ) являются наиболее эффективным, жизнеспасающим терапевтическим приемом в арсенале современных лечебных технологий. Именно поэтому заголовок статьи скрывает основополагающие принципы организации комплекса мероприятий по снижению смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации. На настоящем этапе стоит признать очевидную недостаточность административных, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение этого показателя на всех уровнях:

невнятную позицию федеральных властных структур по формированию регламентирующих основ организации помощи при ОКС, разрозненность действий вплоть до полного бездействия регионов, отсутствие определяющей роли профессиональных медицинских сообществ в формировании стратегических рекомендательных документов и их влияния на правительственные решения, слабую экономико-правовую базу системы обязательного медицинского страхования. Анализ последних системных действий на уровне государства, направленных на снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения, позволяет выделить федеральную программу по снижению смертности и инвалидизации населения от сердечно-сосудистых заболеваний в качестве наиболее эффективной, позволившей достичь определенных результатов на популяционном уровне в стране. Однако различие в темпах снижения смертности от cerebrovasкулярных болезней и ишемической болезни сердца за период действия программы с 2008 г. (разница более чем в 5 раз не в пользу ИБС) свидетельствует о явно выраженных недостатках, допущенных в части, посвященной кардиологическому направлению. Необходимо от-

метить, что мероприятия программы были инициированы неврологами и именно действия, направленные на борьбу с острым нарушением мозгового кровообращения, были наиболее детально разработаны и пристально мониторировались. Кардиологическая составляющая в мероприятия программы была заведена с опозданием, а корректировки, регламентирующие внедрение современных приемов в виде чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в борьбе с инфарктом миокарда, так и не появились. Объяснением этому может являться исторический аспект развития кардиологии в России, связанный с технологической оторванностью «неинвазивных кардиологов» от коронарных вмешательств. Специалисты по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, как правило, имеют другие специальности базового профессионального образования. Возникающий искусственный конфликт специальностей не способствует прогрессу в вопросах внедрения современных лечебных технологий. С другой стороны, необходимо отметить и нежелание «неинвазивных кардиологов» овладевать основами рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения.

Именно в период начала действия российской федеральной «сосудистой» программы в 2008 г. в Европе в рамках совместной инициативы EAPCI и PCR под эгидой ESC на основе лучших медицинских практик в области оказания помощи больным инфарктом миокарда был разработан комплекс мероприятий, получивших название «Stent for Life» (SFL). С сожалением стоит констатировать факт, что Российская Федерация упустила время, чтобы на государственном уровне присоединиться к европейскому проекту, демонстрирующему высокую эффективность в условиях различных национальных систем организации здравоохранения. Лишь в августе 2012 г. Сибирской ассоциации интервенционных кардиоангиологов (САИК) при поддержке Российского кардиологического общества (академик РАМН, профессор Е. В. Шляхто) и Российского научного общества специалистов по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению (академик РАМН, профессор Б. Г. Алесян) удалось получить статус аффилированного членства в инициативе SFL. 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.

В основе планирования любого действия программного характера лежат несколько составляющих: оценка текущей ситуации, идентификация сдерживающих факторов, определение целей, формирование задач, разработка стратегии развития. Многие аспекты этих фундаментальных подходов могут быть заимствованы из базовых документов SFL, и, благодаря усилиям инициативной группы

САИК, они сейчас доступны и на русском языке, равно как и накопленный опыт европейских стран – участниц этой программы (см. материалы на сайте общества www.npsaik.ru). Необходимо отметить, что принципы инициативы SFL нашли прямое подтверждение в «Рекомендациях по ведению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST», опубликованных осенью 2012 г. [2]. Таким образом, необходимо лишь вдумчиво, с учетом региональных различий внедрить рекомендуемые и четко регламентированные подходы для повышения качества оказания специализированной медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда.

Безусловно, основной целью инициативы является повышение доступности для пациентов современных технологий восстановления коронарного кровотока – первичных чрескожных коронарных вмешательств – лучшего метода спасения жизни при инфаркте миокарда. Это будет недостижимым параметром в отрыве от разработки в регионе комплекса организационных мероприятий, начиная с уровня первичной медико-санитарной помощи через этап межрайонных специализированных центров, связанного с головным региональным центром, с плотно интегрированной логистической системой на уровне службы скорой медицинской помощи и санитарной авиации. Созданием стратегических, постоянно обновляемых региональных протоколов программы должна заниматься сформированная рабочая группа (Управляющий комитет) на уровне региональных министерств здравоохранения, объединяющая ключевых организаторов здравоохранения на территориях, главных специалистов по направлениям, способных к анализу ситуации, исключаящему приоритетные интересы отдельных лечебных учреждений в ущерб системному развитию. Ключевым моментом успешного внедрения мероприятий программы является повышение информационного уровня населения о действиях в жизнеугрожающих ситуациях развивающейся сердечно-сосудистой катастрофы. Немаловажным моментом в этом направлении является формирование инициативной группы пациентов, перенесших заболевание и вмешательство, готовых на собственном примере пропагандировать и активно распространять среди населения поведенческие знания. Как показывает опыт, обмен необходимой информацией между пациентами и населением обладает большей эффективностью в сравнении с насаждаемыми темами через средства массовой информации. Кроме того, организованные инициативные группы пациентов могут весьма эффективно взаимодействовать с властями по широкому кругу вопросов, касающихся повышения качества медицинской помощи.

Ключевыми количественными параметрами европейской программы SFL являются следующие показатели:

1. Более 70 % всех больных ОИМ с подъемом сегмента ST в регионе должны подвергаться первичным чрескожным коронарным вмешательствам (пЧКВ).

2. Целевым уровнем выполнения вмешательств должна быть частота более 600 пЧКВ/млн населения.

Из представленных цифровых показателей становится ясно, что существующая структура и число лечебных учреждений, обладающих возможностями выполнения инвазивной лечебной стратегии при инфаркте миокарда в большинстве территорий РФ, не смогут обеспечить целевых показателей программы. Кроме того, транспортная доступность существующих центров ЧКВ, функционирующих, как правило, в составе крупных федеральных и региональных лечебных учреждений, в большинстве случаев не является оптимальной, так как их положение определено исторически и никогда не согласовывалось с реалиями оказания неотложной помощи больным острым коронарным синдромом. Несмотря на региональные различия в плотности населения, соотношение городских и сельских жителей на территории, необходимо признать факт, что кроме пути тиражирования технологий первичных чрескожных вмешательств на уровне межрайонных центров, другого способа оптимизации доступности жизнеспасующих лечебных подходов для больных в критических состояниях нет. Доводы о вовлечении в систему оказания неотложной помощи больным острым инфарктом миокарда новых федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии с заменой выделяемых им квот на лечение больных стабильными формами ишемической болезни сердца на острый коронарный синдром, не кажутся выполнимыми по причине неприспособленности инфраструктуры этих лечебных учреждений к приему неотложных больных и их малой коечной мощности, хотя качественные аспекты лечебной деятельности всех центров в области применения инвазивных технологий у стабильных больных ИБС с применением металлических стентов на сегодняшний день являются недопустимым анахронизмом в свете опубликованных результатов рандомизированных клинических исследований и, безусловно, требуют скорейшей оценки и пересмотра финансирования этого вида деятельности с возможным смещением акцентов на клиники, занимающиеся оказанием неотложной помощи при остром коронарном синдроме. Это очень важный момент повышения экономической эффективности расходных частей бюджетов здравоохранения всех уровней.

Важнейшей стороной тиражирования технологии является наличие возможности полноценного финансирования неотложных вмешательств в центрах инвазивного лечения. Опыт европейских участников программы SFL наглядно демонстрирует, что мнения о дороговизне лечения и связей объемов

вмешательств с бюджетным наполнением не имеет реальных оснований. Более того, наибольших успехов в вопросах увеличения количества вмешательств, а значит, и их доступности для больных достигли страны, не являющиеся экономическими лидерами Европы. Это, прежде всего, страны бывшего социалистического лагеря – Чехия, Польша; очень выраженную положительную динамику демонстрируют Болгария, Сербия и Румыния. Таким образом, в основе увеличения количества первичных вмешательств при инфаркте миокарда лежит не экономическое богатство, а оптимальное прозрачное расходование имеющихся бюджетных средств. Несомненно, региональная система обязательного медицинского страхования в России имеет все возможности профинансировать этот вид помощи на уровне фактической потребности. Условием этого является существование разработанного тарифа, включающего все аспекты финансовых затрат для технологии, интегрированного с помощью утвержденных порядков оказания медицинской помощи в региональные программы государственных гарантий. К сожалению, примеров создания полноценных тарифов для систем ОМС в российских регионах немного. Действующими тарифами могут похвастаться Красноярский край, Челябинская область... Безусловно, что график функционирования инвазивных центров должен строиться по принципу 24 часа, 7 дней в неделю, что само по себе является весьма затратным. Однако и здесь уместен европейский опыт работы. В том случае, когда инвазивный центр располагается в компактном населенном пункте и время появления в госпитале медицинского персонала не превышает 30 мин, круглосуточное пребывание может быть возложено на медицинскую сестру, а дежурство врача осуществляется в режиме «на дому». При поступлении сигнала о появлении неотложного пациента медицинская сестра вызывает врача и начинает готовить рентгенооперационную для выполнения вмешательства. Таким образом, финансовые затраты учреждения на содержание службы могут быть снижены. Одним из значительных препятствий к тиражированию технологий инвазивного лечения является нежелание муниципальных лечебных учреждений перетранспортировать больного ОИМ в инвазивные центры вследствие потери финансирования, связанного с законченным случаем лечения. Необходимо на уровне региональных министерств и территориальных фондов обязательного медицинского страхования отработать механизмы, предусматривающие возможность направившим муниципальным лечебным учреждениям заканчивать лечение «своих» пациентов. Это, кроме стабилизации финансовой обстановки, в муниципальных больницах приведет и к своевременной разгрузке инвазивных центров, а также позволит избежать «недолечивания» и достичь преемственной реабилитации пациентов.

Еще одним конфликтным моментом, ограничивающим распространение инвазивных методик, но связанным больше с технологиями лечения, является замещение близкой «неинвазивным кардиологам» тромболитической стратегии лечения больных острым инфарктом миокарда на приоритетное выполнение чрескожных коронарных вмешательств. Крайне болезненно этот аспект ротации технологий воспринимается и производителями тромболитиков. Но, как показывает опыт европейских стран, национальная тромболитическая стратегия напрямую ассоциирована с повышенным количеством пациентов, которым вообще не применяется реваскуляризация. Связано это, прежде всего, с многочисленными ограничениями применения тромболитизиса у больных ОИМ в различных клинических ситуациях. В качестве альтернативного подхода, сохраняющего тромболитическую терапию в схемах лечения больных ОИМ, можно рассматривать фармакоинвазивный подход с введением тромболитика на догоспитальном этапе и транспортировкой больного в инвазивный центр. Подобный подход может иметь место при транспортировке больного с большим временем ожидаемой задержки или в условиях плохой доступности инвазивного центра, но он не должен рассматриваться в виде основной рутинной стратегии, особенно в городских условиях. Опыт Красноярского края и Томской области может свидетельствовать об эффективности фармакоинвазивной стратегии [1]. К сожалению, положительные результаты отечественных исследований не подтверждаются обширным зарубежным клиническим опытом [3]. Как бы ни было, современные рекомендации по ведению больных ОИМ определяют место тромболитизиса на догоспитальном этапе.

Движения пациентов между лечебными учреждениями различных уровней системы здравоохранения в регионах потребуют отработки регистров больных со всеми требованиями, предъявляемыми европейской программой. Двойной учет, размытость формулировок, невозможность вычленения важнейших целевых показателей – вот лишь незначительный перечень недостатков существующих отечественных регистров, в том числе и в рамках «сосудистой» программы. Важнейшим проектным действием для регионов, вступающих в программу, должна явиться разработка регистрационных форм, согласно целям и задачам инициативы. В рамках этого положения с первых моментов функционирования в программе между регионами-участниками должно

быть налажено тесное взаимодействие на всех уровнях – между специалистами, организаторами здравоохранения, властными структурами, т. е. между коллективами созданных рабочих групп (управляющих комитетов), так как сопоставление достигнутого и разработка совместных действий крайне необходимы в условиях российских регионов.

В заключение важно подчеркнуть, что вхождение регионов Российской Федерации в проект европейской инициативы впервые дает возможность воспроизвести в условиях российского регионального здравоохранения современные принципы оказания помощи, лежащие в основе снижения смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Достигнутые договоренности с руководителями европейской инициативы дают надежду на плодотворное организационно-методическое сотрудничество с людьми, обладающими знаниями, позволяющими в короткие сроки улучшить доступность современных технологий, направленных на спасение жизни людей. Но необходимо помнить, что, в отличие от директивных российских программ, насаждаемых «сверху», европейская «Stent for Life» предлагается именно в формате инициативы, а это значит, что и отношение к ней должно быть инициативным, мобиливающим во всех участниках – от врача скорой помощи до экономиста ФОМСа – на стремление улучшить исходы лечения наших пациентов. Но разве это не есть наше профессиональное призвание и долг?!

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительная эффективность фармакоинвазивной стратегии реперфузии миокарда и первичной ангиопластики у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST электрокардиограммы / В. А. Марков, Е. В. Вышлов, Д. С. Севостьянова и др. // Тез. докл. 5-го Всероссийского форума «Вопросы неотложной кардиологии-2012». М., 2012. С. 26.
2. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // European Heart Journal. URL: <http://doi:10.1093/eurheartj/ehs215>.
3. Randomized Comparison of Pre-Hospital – Initiated Facilitated Percutaneous Coronary Intervention Versus Primary Percutaneous Coronary Intervention in Acute Myocardial Infarction Very Early After Symptom Onset / H. Thiele, I. Eitel, C. Meinberg et al. // J. Am. Col. Cardiol. Interv. 2011. № 4(6). P. 605–614.

Статья поступила: 09.01.2013