Организация специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

 «Дорожной картой» предусмотрены, среди прочих, восемь целевых показателей коэффициентов смертности, по четырем из которых в 2014 году Ленинградская область не попадает в границы целевого уровня, и по четырём показателям имеется рост по сравнению с 2013 годом.

 Если оценить данные целевые показатели с точки зрения абсолютного числа умерших, то отклонение от «целевого» уровня по всем причинам смерти составляет немногим более тысячи случаев на весь год по всей области.

 Оптимальная организация специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи позволяет значительно сократить этот разрыв, сохранив 400 – 450 жизней только за счет эфффективного лечения острого коронарного синдрома, при котором в текущем году есть возможность рутинно использовать все существующие методы лечения, в том числе относящиеся к высокотехнологичной помощи.

 Снижение смертности от острого коронарного синдрома устойчиво связывается с использованием рентгенэндоваскулярных методов лечения, позволяющих в разы снизить госпитальную и общую летальность. На сегодняшний день баллонная экстренная ангиопластика и стентирование – это лучший метод восстановления антероградного кровотока в коронарной артерии как по непосредственной эффективности, так и по отдаленным результатам. По данным различных эпидемиологических исследований минимальный объем медицинской помощи по данному методу должен составлять 600 - 1000 процедур на миллион населения в год, что соответствует двум центрам на миллион.

 В Ленинградской области данный метод лечения, который относится в высокотехнологичной помощи и финансируется за счет средств ОМС, доступен в четырех организациях – ГБУЗ ЛОКБ, ГБУЗ «Всеволожская КМБ», ФГУ «ФМИЦ им. В.А.Алмазова», ГБУЗ «Больница №40 Санкт-Петербурга». На 2014 год всем четырем центрам установлен объем 1070 госпитализаций по данному профилю. Это количество домстаточно приближено к рекомендованному, лишь немного от него отстает.

 Тем не менее, далеко не все возможности названного вида помощи используются для снижения смертности. Соответственно, цель полностью не достигается.

 Проведенный расчет показывает, что только за счет специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда возможно сохранить, по сравнению с текущим периодом, 400 – 450 жизней (табл.1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего пациентов | Умерли | Летальность | Резерв  |
| Всего | 3110 |  |  |  |
| В РСЦ | 744 | 37 | 5,0% |  |
| В других стационарах | 2366 | 396 | 16,7% | 278 |
| На дому | 379 |  |  | 170 |
| Всего |  |  |  | 448 |

 Для максимально эффективного использования рентгенэндоваскулярных технологий требуется своевременное выявление пациентов и их правильная маршрутизация.

 В 2014 году интенсивность госпитализации при остром инфаркте миокарда существенно снизилась. Если в 2010 году было госпитализировано 4092 пациента с инфарктом, то в 2014 прогнозируемое число 3370, соответственно число госпитализаций на 1000 населения снизилось с 2,51 до 1,93.

 Вновь выросло, почти вернувшись к уровню начала двухтысячных годов, число умерших вне стационара, в 2014 году доля таких случаев смерти по прогнозу составит 44,4%, что недопустимо много. В совокупности два названных показателя говорят о снижении доступности для жителей области специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда, при том, что именно сейчас технические возможности оказать такую помощи велики как никогда раньше.

 Больничная летальность при инфаркте миокарда в интервенционных отделениях существенно меньше, чем даже в первичных сосудистых отделениях, и несравнимо меньше обычных отделений, которые могут называться кардиологическими, но по своим возможностям мало отличаются от терапевтических. (Табл.2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Пролечены | Умерли | Летальность |
| РСЦ | ЛОКБ | 521 | 29 | 5,6 |
| Всеволожск (VII-XI) | 223 | 8 | 3,6 |
| ПСО | Всеволожск (I-VI) | 122 | 7 | 5,7 |
| Гатчина | 479 | 57 | 11,9 |
| Тихвин | 230 | 23 | 10,0 |
| Прочие стационары | 1535 | 309 | 20,0 |

 Таким образом, если бы все пациенты, пролеченные в районных стационарах, оказались в инвазивных отделениях, число умерших удалось бы значимо снизить.

 В первой половине 2014 года функционировал только региональный сосудистый центр в ГБУЗ ЛОКБ. Доля пациентов с острым инфарктом миокарда была относительно невелика (табл.3)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | 6 месяцев |
| Число пациентов ИМ в РСЦ | 43 | 59 | 62 | 53 | 54 | 47 | 318 |
| Число пациентов ИМ в районах | 248 | 244 | 220 | 220 | 265 | 232 | 1429 |
| Общее число пациентов с ИМ | 291 | 303 | 282 | 273 | 319 | 279 | 1747 |
| Доля в РСЦ (%) | 14,8 | 19,5 | 22,0 | 19,4 | 16,9 | 16,8 | 18,2 |

 С вводом в строй отделения рентгенэндоваскулярных методов лечения в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» доля госпитализированных в РСЦ увеличилась и в октябре достигла 36,8%, что также недостаточно (табл.4)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | 11 месяцев |
| Число пациентов ИМ в РСЦ | 73 | 80 | 81 | 109 | 83 | 744 |
| Число пациентов ИМ в районах | 247 | 159 | 183 | 187 | 161 | 2366 |
| Общее число пациентов с ИМ | 320 | 239 | 264 | 296 | 244 | 3110 |
| Доля в РСЦ (%) | 22,8 | 33,5 | 30,7 | 36,8 | 34,0 | 23,9 |

 В настоящее время следует считать, что все пациенты с инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST на ЭКГ требуют проведения стентирования. Они должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры с минимумом промежуточных этапов, желательно прямо из дома. Тромболитическая терапия, как метод временного частичного восстановления коронарного кровотока, должен быть использован на догоспитальном этапе в большинстве случаев.

Пациенты с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST на ЭКГ должны быть оценены по стандартным методикам с определением степени риска и нуждаемости в инвазивном вмешательстве, также времени его проведения (2 часа, 24 часа, 72 часа от момента заболевания). Методики эти хорошо известны, однако такая оценка требует исследования тропонина количественным методом, иногда двухкратно, исследования биохимических параметров, ультразвукового исследования, а также участия специалиста по экстренной кардиологии, имеющего соответствующие навыки.

 Таким образом, пациенты без элевации сегмента ST на ЭКГ должны быть госпитализированы в отделение не ниже уровнем, чем первичное сосудистое, где есть все условия. В то же время госпитализация их сразу в региональный центр, минуя первичное сосудистое отделение, существенно расширяет круг лиц, которым проводится стентирование, и сокращает время между появлением симптомов заболевания и восстановлением коронарного кровотока.

 Действующий в настоящее врем приказ Комитета по здравоохранению от 27 июня 2014 года №13 предусматривает прикрепление районов к региональным центрам. В то же время в названном нормативном правовом акте установлено разделение на два потока – с элевацией и без элевации сегмента ST, причем на догоспитальном этапе. Очевидно, возникла необходимость внесения изменений с тем, чтобы все пациенты, которые технически могут быть транспортированы до регионального центра, были госпитализированы именно туда.

 Кроме того, необходимо пересмотреть действующие тарифы в системе ОМС с тем, чтобы у руководителей медицинских организаций, которые не располагают соответствующими возможностями, не было экономического стимула принимать на лечение пациентов с острым коронарным синдромом.

 На примере одного регионального центра (Табл.5) можно видеть, насколько госпитализация в такой центр способна снизить число летальных исходов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Район | Пролечено ИМ | Умерли | Летальность | Число умерших при летальности 3,6%  | Резерв снижения смертно-сти |
| Волховский | 131 | 27 | 20,6 | 5 | 22 |
| Кировский | 201 | 36 | 17,9 | 7 | 29 |
| Тосненский | 132 | 28 |  21,2 | 5 | 23 |
| Приозерский | 61 | 13 | 21,3  | 2 | 11 |
| ИТОГО | 525 | 104 | 19,8 | 19 | 85 |

 При расчете мощности региональных сосудистых центров с учетом числа пациентов с острым коронарным синдромом по форме 14 за 2013 год очевидно, что число районов, «прикрепленных» к ГБУЗ ЛОКБ, избыточно. Организация таких центров на базе существующих первичных сосудистых отделений в Тихвине и в Гатчине позволит увеличить долю пациентов, получивших коронарное стентирование, уменьшить расстояния транспортировки.