



ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский
центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Основные итоги реализации Регионального проекта Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2022 году и задачи на 2023 год

Евгений Владимирович Шляхто

Санкт-Петербург
6 апреля 2023 года

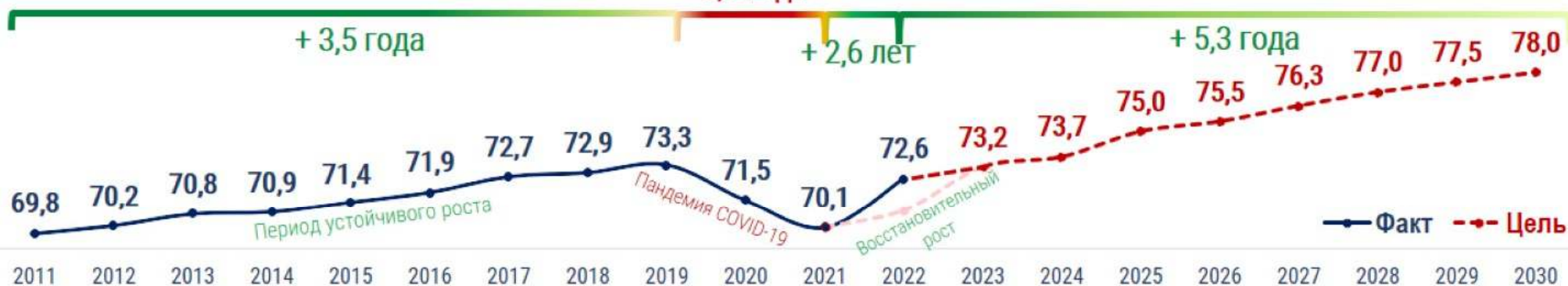


Показатели и структура смертности

Достижение национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации (78 лет к 2030 году)

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

- 3,3 года



Изменение ожидаемой продолжительности жизни в РФ и в Санкт-Петербурге в 2019-2021 годах и по месяцам в 2022-2023 годах, лет

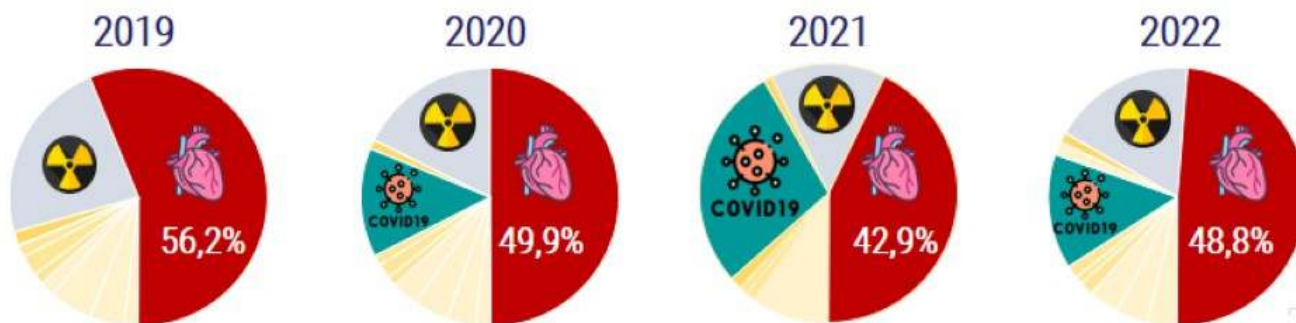


Уровень 2019

Показатели и структура смертности

Характеристика общей смертности

Составляющие общей смертности в Санкт-Петербурге

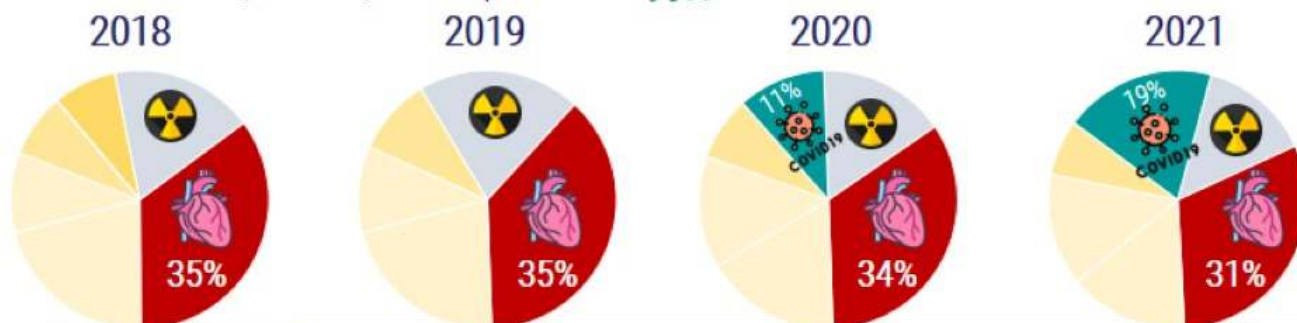


Динамика общей смертности, на 100 000 населения



Для Санкт-Петербурга характерна большая в сравнении с РФ доля **сердечно-сосудистой (48,8% против 43,4%)** и **онкологической (18,0% против 14,4%)** смертности при **высокой доле COVID-19 (14,4% против 7,2%)**!

Составляющие общей смертности **трудоспособного населения** в Санкт-Петербурге и её динамика в сравнении с РФ



В трудоспособном возрасте **доминируют аналогичные причины смерти (со снижением БСК)**, при этом смертность меньше среднероссийской и имеет схожую динамику

Показатели и структура смертности

Характеристика сердечно-сосудистой смертности



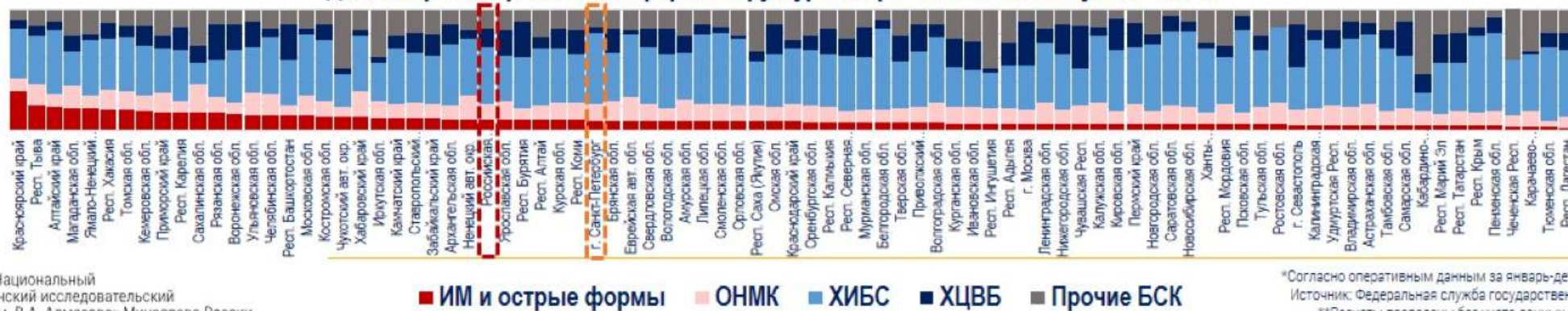
Оперативные данные на 23.03.23:

Показатель в Санкт-Петербурге – 554,1; ниже, чем в РФ (575,0)



Смертность от БСК достигла значений ниже уровня 2019 года, однако обращает внимание **высокая доля хронических форм ССЗ**

Доля острых и хронических форм в структуре смертности от БСК в субъектах РФ*



*Согласно оперативным данным за январь-декабрь 2022 года
 Источник: Федеральная служба государственной статистики
 **Расчеты проведены без учета данных новых регионов

Влияние возрастной структуры населения на показатели смертности



Смертность от БСК в 2021 году, на 100 000 населения

Выше, чем РФ на 8,7%

Ниже, чем в РФ на 5,1%



Учитывая высокую ОПЖ и стандартизированные показатели, превышение смертности от БСК может быть связано с возрастной структурой населения с высокой долей пожилых граждан



Показатели и структура смертности

Система кодирования смертности от БСК в Санкт-Петербурге (1/2)

(Данные за 2020-2021 годы и 9 месяцев 2022 года, предоставленные СПб ГБУЗ МИАЦ по решению заседания МВК)

- Доля умерших от БСК **вне стационара** составила **60%**.
- **Кодирование** причин смерти вне стационара производится **службой судебно-медицинской экспертизы в 93% случаев** (55,8% от общего числа). Среди умерших **до 50 лет** показатель составлял **75%**.
- **Характер кодирования** сердечно-сосудистых причин смерти между патологоанатомической и судебно-медицинской службой (**внутри- и внегоспитальная летальность**) различается **значительно**.
- **Паттерн кодирования** причин смерти вне стационара определялся преобладанием **двух групп нозологий** – **хронических форм ИБС и кардиомиопатии**, установленных в **78,6% случаев** от всех выписанных свидетельств. Также отмечается **значительно меньшая** доля **цереброваскулярных болезней** в структуре причин смерти вне стационара.

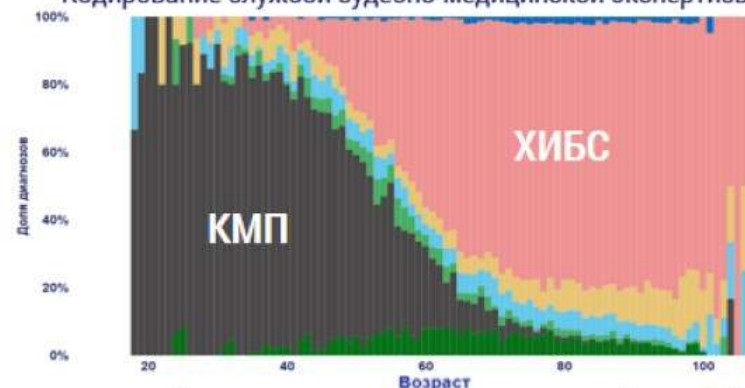
Распределение умерших от БСК по месту смерти



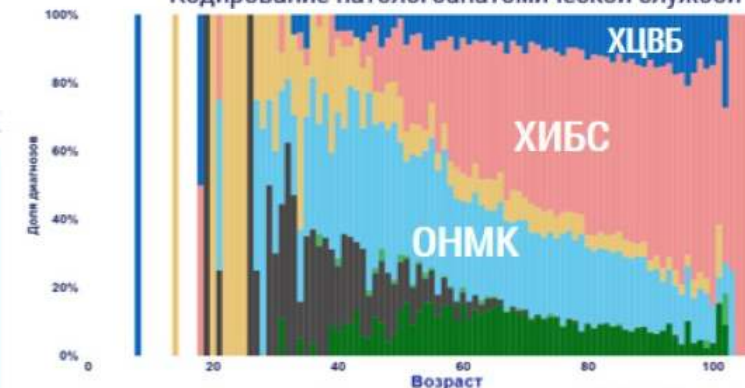
Вклад различных служб в кодирование смертности от БСК



Кодирование службой судебно-медицинской экспертизы



Кодирование патологоанатомической службой



- Инфаркт миокарда
- Кардиомиопатии
- Другие острые формы ИБС
- Хронические формы ИБС
- ОНМК
- Хронические формы ЦВБ
- Прочие причины

На основе данных свидетельств о смерти с кодом основной причины смерти с кодом I00-99 по МКБ-10, за 2020-2021 годы и 9 месяцев 2022 года



Система кодирования смертности от БСК в Санкт-Петербурге 2/2

(Данные за 2020-2021 годы и 9 месяцев 2022 года, предоставленные СПб ГБУЗ МИАЦ по решению заседания МК)

- Имеющиеся **особенности кодировании** смертности от БСК необходимо учитывать при оценке статистических данных. **Формирование специфичных мероприятий**, направленных на снижение сердечно-сосудистой смертности, должно проводиться **с учётом структуры причин смертности**, и затруднено при различии в подходах к кодированию.
- При этом **значительные различия в структуре смертности** (в сравнении со среднероссийской) выявляются в наиболее **перспективной** для вмешательств **группе – молодого, трудоспособного населения**.
- Рекомендовано рассмотреть меры по **согласованию подходов** к кодированию ненасильственных причин смерти в регионе, в том числе за счет дополнительных образовательных мероприятий.
- При совершенствовании кодирования **имеется риск повышения** показателей **внегоспитальной летальности** от ИМ и ОНМК и смертности от ЦВБ в целом (в 2022 году смертность от ЦВБ в Санкт-Петербурге – 108,4 против 165,0 на 100 000 населения в РФ)

Доли умерших **трудоспособного** возраста среди всех умерших:



Данные по достижению целевых показателей федерального проекта «БССЗ»

Цель: Смертность от болезней системы кровообращения, 100 000 населения: 588,6 (факт 12.2022) / план на 2022 год - 621,9; на 2023 год – 604,7											
Больничная летальность от ИМ (%)		Больничная летальность от ОНМК (%)		Доля лиц с БСК, состоящих под ДН, получивших в текущем году медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения от всех пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под ДН (%)		Доля лиц, которые перенесли ОНМК, ИМ, а также которым были выполнены АКШ, ангиопластика КА со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ, бесплатно получавших в отчетном году необходимые лек.препараты в амбулаторных условиях (%)		Летальность больных с БСК среди лиц с БСК, состоящих под ДН (умершие от БСК / число лиц с БСК, состоящих под ДН), (%)		Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, ед.	
2022											
План до коррекции январь-декабрь	10,5	План до коррекции январь-декабрь	15,1	План до коррекции январь-декабрь	60,0	План до коррекции январь-декабрь	85,0	План до коррекции январь-декабрь	0,79	План до коррекции январь-декабрь	15 302
Скорректированный план	17,0	Скорректированный план	20,0	Скорректированный план	60,0	Скорректированный план	85,0	Скорректированный план	0,79	Скорректированный план	12 885
Оперативные данные	15,7	Оперативные данные	17,6	Оперативные данные	79,1	Оперативные данные	95,4	Оперативные данные	0,65	Оперативные данные	14 545
Окончательные	17,5	Окончательные	16,8	Окончательные		Окончательные	95,5	Окончательные		Окончательные	14 204
2023											
План январь-декабрь	15,8	План январь-декабрь	19,2	План январь-декабрь	70,0	План январь-декабрь	90,0	План январь-декабрь	0,77	План январь-декабрь	13 030
факт январь-февраль (оперативные)	16,5	факт январь-февраль (оперативные)	20,2	факт январь-февраль (оперативные)	13,8	факт январь-февраль (оперативные)	94,3	факт январь-февраль (оперативные)	0,15	факт январь-февраль (оперативные)	1 357

Имеется риск недостижения **4 из 6 показателей**

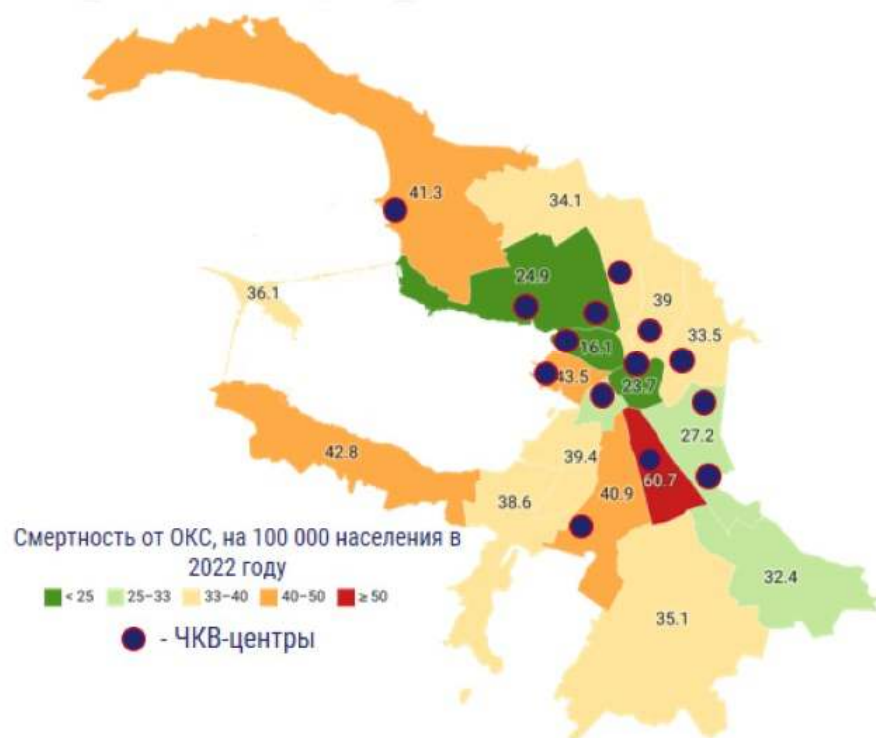
В 2022 году не достигнут целевой **показатель больничной летальности от ИМ**, при этом значение превысило летальность от ОНМК.

До коррекции целевых уровней отмечался высокий риск недостижения еще 2 из 6 показателей.

В январе-феврале 2023 года высокий риск недостижения целевых уровней **летальности от ИМ и ОНМК**.

По 2 показателям отмечается умеренный риск.

Показатель смертности от ОКС на 100 000 населения и сеть ЧКВ-центров Санкт-Петербурга – основа территориального планирования

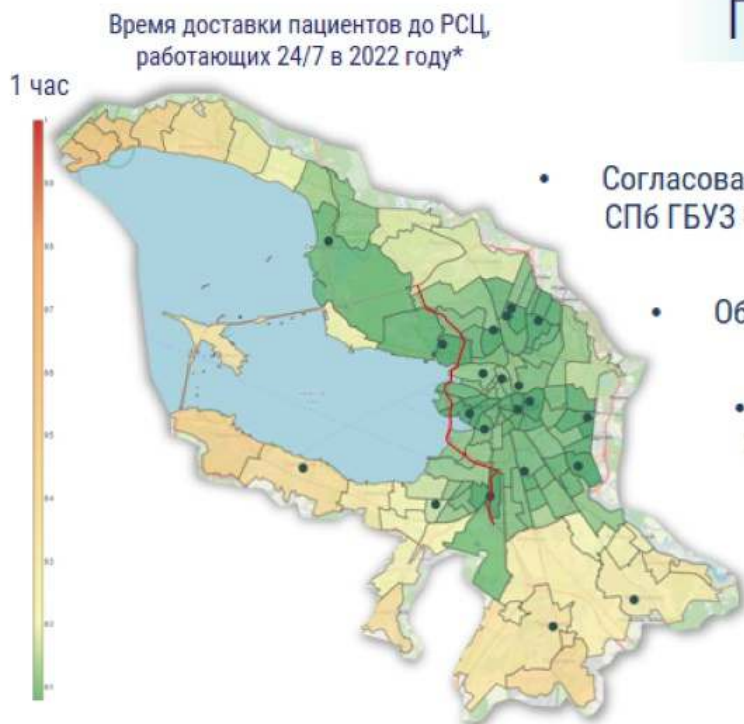


- Показатели смертности от ОКС определяются как **демографическими характеристиками** района, так и **доступностью и качеством экстренной помощи** при ОКС;
- У наиболее тяжёлых пациентов с наибольшим риском летального исхода важнейшую роль играет **сокращение времени транспортировки** в стационар;
- Несмотря на достаточное количество ЧКВ-центров в Санкт-Петербурге, **имеется дисбаланс** между потребностью в оказании помощи пациентам с ОКС и расположением и возможностями по приёму пациентов специализированными стационарами, особенно выраженный в **южной части города, что приводит к высокой смертности от ОКС.**



Территориальное планирование помощи при ОКС

Перспективы развития:



- Согласована организация РСЦ на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 15» (2024-2025 год)
- Обеспечение круглосуточной работы РСЦ на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 33»
- Открытие корпуса «emergency» в СПб ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе
 - Строительство нового корпуса РСЦ в СПб ГБУЗ «Александровская больница»
 - Открытие кардиохирургического отделения в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
 - Целесообразно рассмотреть оснащение ангиографом СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина»



*100% населения проживают в зоне часовой доставки до РСЦ (30 минут – 98,8% населения)

**В зоне получасовой доставки до РСЦ - 99,1% населения

Координация помощи при острой кардиологической патологии

Госпитальный этап

Высокая доступность высокотехнологичной помощи:
охват ЧКВ при ОКС - **66,2%** против 48,7% в РФ



Также высокую доступность подтверждает высокая доля пациентов, получивших ЧКВ, среди умерших от ИМ

Достигнут целевой показатель госпитальной летальности от ИМ (%)



Однако восстановление до уровня 2019 года не произошло и показатель на высоком уровне

Слабые стороны и угрозы

- Высокая доля умерших от ИМ старше трудоспособного возраста с преобладанием тяжелых, коморбидных пациентов – требуются серьезные усилия для снижения смертности в данной группе
- По итогам оценки оказания помощи в регионе в 2020 году, проведенной с участием представителей Минздрава России, был определен целевой уровень охвата ЧКВ при ОКС не менее 75%
 - Сохраняет актуальность сочетание COVID-19 + ОКС

Количество умерших от кардиогенного шока во время ЧКВ



- Значительная **вариабельность показателей летальности** среди РСЦ (от 6,4% до 30,4%)
- Недостаточная эффективность мультидисциплинарного подхода:**
 - Низкая доля экстренных АКШ (9,6% против 17,6% в РФ) с высокой летальностью (5,4% против 3,1% в РФ)
 - Низкий охват **реабилитационными** мероприятиями пациентов, перенесших ОКС в 2022 году:
 - Первый этап – 44,8% против 66,8% в РФ
 - Второй этап – 3,7% против 17,8% в РФ
 - Третий этап – 7,6% против 21,3% в РФ

Координация помощи при острой кардиологической патологии

Меры, направленные на достижение результата в краткосрочной перспективе Центры критических состояний при БСК

- Реанимационные отделения с возможностью использования инновационных технологий
- Возможность применения **новых методов диагностики и лечения**, разработанных в ходе проведения клинических апробаций
- Широкие возможности экстренной диагностики
- Функции **дистанционного консультирования** и сопровождения реанимационных пациентов с использованием телемедицинских технологий (**Tele-ICU**)
- **Координация помощи** пациентам в критических состояниях на уровне территорий и регионов (**командные центры**)
- Высокий уровень **информатизации**, возможность обеспечения функционирования **регистров пациентов** (включая **оперативный анализ данных**) и продвинутых систем контроля качества помощи



Оказание помощи при острой кардиологической патологии

Фактическое и потенциальное количество сохраненных жизней:

острая сердечно-сосудистая патология – инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения

По данным за 2022 год* в Российской Федерации (из них в Санкт-Петербурге)	Количество сохраненных жизней от ИМ в стационаре		Количество сохраненных жизней от ИМ вне стационара		Общее количество сохраненных жизней от ИМ	
		+ 2 519 (+86)		+ 1 973 (+161)		+ 4 492 (+247)
По данным за 2022 год* в Российской Федерации (из них в Санкт-Петербурге)	Количество сохраненных жизней от ОНМК в стационаре		Количество сохраненных/потерянных жизней от ОНМК вне стационара		Итоговое количество сохраненных жизней от ОНМК	
	Ишемический инсульт	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	Геморрагический инсульт
	+ 7 891 (+236)	+ 1 815 (+124)	+ 3 594 (+84)	+ 2 049 (+18)	+ 11 485 (+320)	+ 3 864 (+142)

По оперативным данным за 2022 год в Российской Федерации в настоящее время от ИМ и ОНМК **сохранена 19 841 жизнь** (из них **709 в Санкт-Петербурге**)

Достижение целевых показателей Федерального проекта в субъектах Российской Федерации по оперативным данным за 2022 год

«Больничная летальность от ИМ»



«Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях»



«Больничная летальность от ОНМК»



Дальнейшее достижение целевых показателей по всей РФ позволит удержать текущее снижение и сохранить еще не менее **20 000** жизней**

достигнут

не достигнут

*Согласно оперативным данным портала (asmms.mednet.ru) ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России

**Расчеты проведены без учета данных новых регионов

Хронические сердечно-сосудистые заболевания

Смертность от ИМ и ОНМК составляет около 22% среди всех болезней системы кровообращения, что обуславливает **необходимость совершенствования системы оказания помощи при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях и программ вторичной профилактики**

Госпитальная летальность от БСК в Санкт-Петербурге в 2022 году

Диагноз	Число умерших	Доля в структуре смертности от БСК в стационарах, %
ИБС	6 206	49,7
Хроническая ИБС (61,6% - экстренная госпитализация!)	4 760	38,1
Из нее: Постинфарктный кардиосклероз	1 334	10,7
ОИМ, повторный ОИМ	1 424	11,4
Другие болезни сердца	814	6,5
Из них: Кардиомиопатии (47,4% - экстренная госпитализация)	307	2,5
Ишемия нижних конечностей	255	2,0
Цереброваскулярные болезни	4 662	37,3

Обращает внимание доля экстренной госпитализации с хронической ИБС, что, вероятно, подразумевает декомпенсированную ХСН наряду с диагнозом «кардиомиопатии» и определяет ключевое направления для вторичной профилактики в виде службы ХСН



Объемы стационарной помощи в регионе

Средняя длительность госпитализации в 2022 году составила **8,7 койко-дня**



	Количество кардиологических коек на 100 000 населения			Количество госпитализаций на 100 000 населения		
	2019	2021	2022	2019	2021	2022
Санкт-Петербург	44,5	24,5	34,6	1 497,8	771,0	1046,8
Российская Федерация	40,2	30,0	-	1 313,0	948,1	-

Средняя занятость кардиологических коек в Санкт-Петербурге в 2022 году составила **314,6 дней**, с увеличением по отношению к прошлому году 9,8 дней.

Показатель на удовлетворительном уровне, однако **имеются резервы для дальнейшего роста**, особенно учитывая значительную вариабельность показателя между стационарами

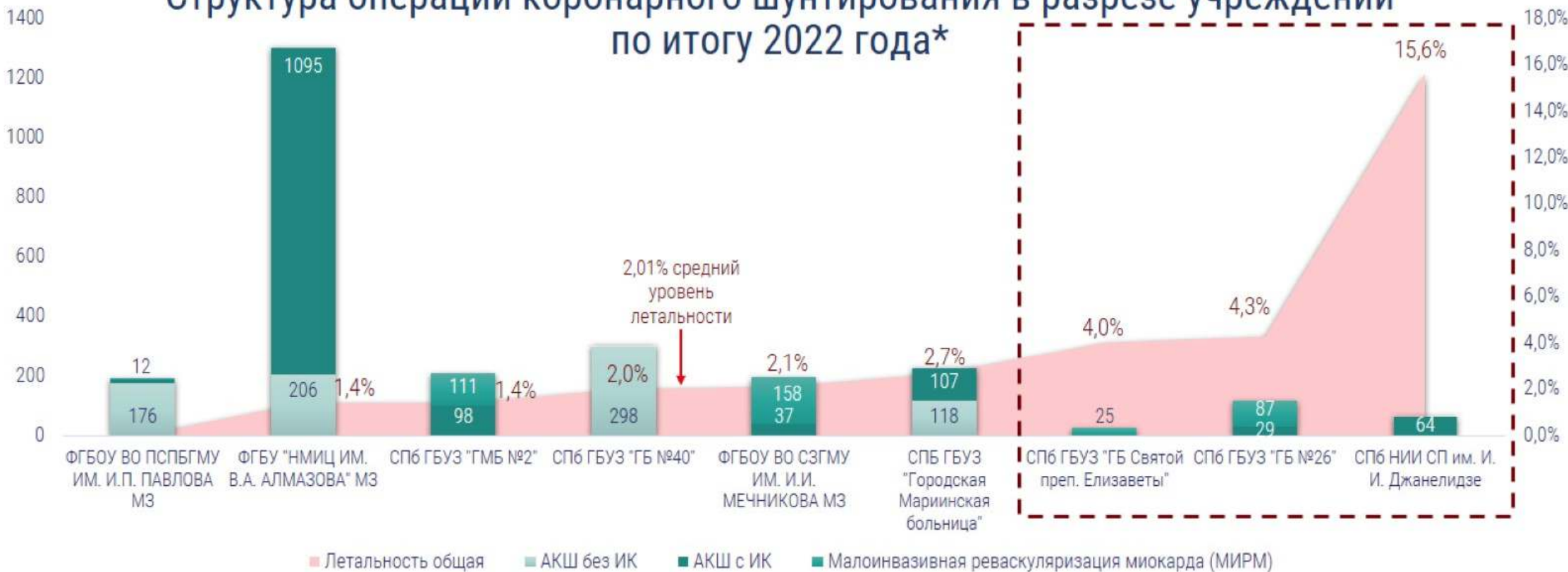
Количество ЧКВ в лечебных целях в Санкт-Петербурге



Расчётный показатель к концу 2023 года составляет **8 395**, однако в 2022 году было достигнуто целевое значение

Кардиохирургическая служба

Структура операций коронарного шунтирования в разрезе учреждений по итогу 2022 года*



Всего в 2022 году было выполнено **2 632** (2021 – 2471) операций, из них **1 301** в НМИЦ «В.А. Алмазова» - **49,4%** от всех операций

Учреждения, в которых было выполнено менее **150** коронарных шунтирований в год – лидеры по уровню летальности

*Данные федеральной формы статистической отчетности №14 за 2022 год

Оказание помощи при хронической кардиологической патологии

Фактическое и потенциальное количество сохраненных жизней: хроническая сердечно-сосудистая патология и вторичная профилактика

Хронические формы, в особенности ИБС – **основной резерв снижения смертности**

По данным за 2022 год* в Российской Федерации (из них в Санкт-Петербурге)	Количество сохраненных жизней среди умерших от хронических форм ИБС	Количество сохраненных жизней среди умерших от хронических форм ЦВБ
	+ 54 835 (+ 4 072)	+ 14 021 (+388)

По оперативным данным за 2022 год в Российской Федерации
в настоящее время от ХИБС и ХЦВБ **сохранено 68 856 жизней** (из них **4 460 в Санкт-Петербурге**)

Достижение целевых показателей Федерального проекта в субъектах Российской Федерации по оперативным данным за 2022 год

«Доля лиц перечисленных в приказе №1н от 09.01.2020,
получивших в отчетном году необходимые
лекарственные препараты в амбулаторных условиях»



«Доля лиц с БСК, состоящих под ДН, получивших в
текущем году медицинские услуги в рамках ДН от
всех пациентов БСК, состоящих под ДН»



«Летальность больных БСК среди лиц с БСК,
состоящих под диспансерным наблюдением»



Дальнейшее достижение
целевых показателей в РФ
позволит удержать
текущее снижение и сохранить еще
не менее 100 000 жизней
(с учетом различных нозологий БСК)**

достигнут

не достигнут



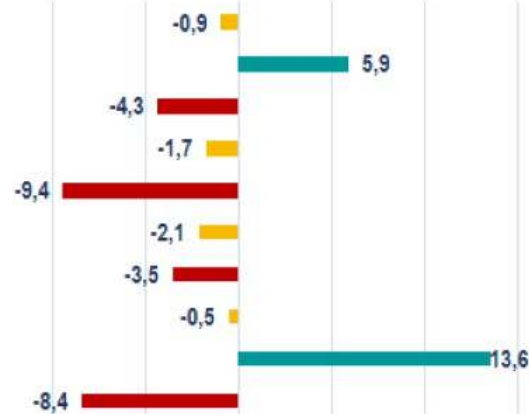
Кадровая обеспеченность

Динамика кадрового обеспечения профильными специалистами (2018-2021 гг.), %



Санкт-Петербург 2022	РФ 2021
1,67	1,01
-	-
-	-
0,40	0,18
0,23	0,11
3,81	2,21
2,15	0,65
5,06	4,83
4,43	3,32
2,28	1,4

Динамика укомплектованности (2018-2021 гг.)



ЗД	ФЛ
83,7	77,0
80,4	73,2
85,7	79,3
85,8	74,5
81,2	58,7
77,3	56,8
78,2	57,9
91,2	74,2
86,5	82,7
80,7	75,4

Динамика кадрового обеспечения медицинскими работниками (2018-2021 гг.), %



Увеличение обеспеченности врачами в целом, в том числе кардиологами, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, анестезиологами-реаниматологами, участковыми терапевтами, фельдшерами СМП

Снижение обеспеченности врачами СМП, неврологами

Вакантные ставки*

Кардиологи	156	Врачи по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	39
- Амбулаторные	70	Сердечно-сосудистые хирурги	42
- Стационарные	86	Анестезиологи-реаниматологи	819
Неврологи	311	Врачи СМП	436
- Амбулаторные	168	Фельдшеры СМП	321
- Стационарные	143	Участковые терапевты	319

*По данным формы №30 федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации»

Кадровая обеспеченность

Рейтинг регионов СЗФО по интегральному индексу обеспечения кадрами по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия»

г. Санкт-Петербург область характеризуется **высоким уровнем** интегративного рейтинга кадровой составляющей

Регион ПФО	Врачи-кардиологи	Сердечно-сосудистые хирурги	Врачи по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	Анестезиологи-реаниматологи	Участковые терапевты	Сумма
город Санкт - Петербург	3	3	2	2	3	13
Мурманская область	2	3	2	0	2	9
Республика Карелия	1	1	0	2	3	7
Архангельская область без автономного округа	1	2	1	2	1	7
Калининградская область	1	2	2	0	2	7
Ленинградская область	2	1	2	1	1	7
Республика Коми	0	0	1	1	2	4
Вологодская область	1	0	1	0	2	4
Ненецкий автономный округ	1	0	0	0	2	3
Новгородская область	0	1	2	0	0	3
Псковская область	1	0	0	0	0	1

Интегральный индекс обеспечения кадрами

1. Обеспеченность на 10 000. взрослого населения
2. Динамика обеспеченности (2018-2021)
3. Укомплектованность физическими лицами

■ < 2 ■ 2-3 ■ 3-4 ■ 4-5 ■ 5-6 ■ 6-7 ■ 7-8 ■ 8-9 ■ 9-10 ■ 10-11 ■ 11-12 ■ ≥ 12

Контроль факторов риска и раннее выявление заболеваний

Диспансеризация и профилактические осмотры (I и II этапы) в 2022 году

I этап диспансеризации



Мероприятия I этапа выполнены в полном объеме. Меньше среднероссийских значений доля пациентов, отправленных на 2 этап диспансеризации.

Частота выполнения скрининговых исследований на 1 этапе диспансеризации



Высокая частота определения сердечно-сосудистого риска. Недостаточная частота выполнения ЭКГ.

Выявление факторов риска среди всех обследованных



Недостаточная эффективность в определении гиперхолестеринемии. Удовлетворительный контроль АД.

II этап диспансеризации



Низкая частота отказов от проведения 2 этапа диспансеризации.

Частота выявления патологии при выполнении скрининговых исследований



Достаточная частота выявления патологий при скрининге, за исключением расшифровки ЭКГ.

Частота распространенности заболеваний среди лиц, прошедших диспансеризацию



Удовлетворительная эффективность в выявлении АГ, ИБС, ЦВБ и других БСК.

■ Санкт-Петербург ■ Российская Федерация

Согласно оперативной информации Мониторинга снижения смертности от ИБС ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России (asmms.mednet.ru); ФОМС и ФЧС № 12

*Данные в ФЧС № 12 приведены за 2021 год

Специализированная амбулаторная помощь

Высокая активность амбулаторной службы

Увеличилось количество амбулаторных посещений к 2022 году

50 621 650  52 444 494

Увеличилось число посещений кардиологов



772 603  830 934

При **уменьшении** посещений неврологов

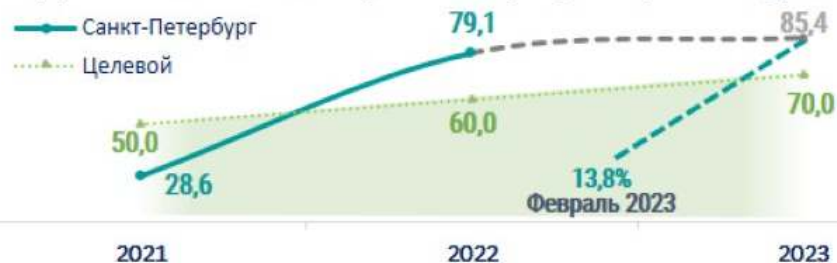


2 066 853  2 043 005

Число амбулаторных посещений кардиологов на 1000 населения в 2021 году выше среднего по РФ - 143,6 против 114,0;

В 2022 году – увеличение показателя (148,3), что, однако **ниже уровня 2019 года** (156,8)

Доля пациентов, получивших услуги в рамках ДН, %



При сохранении темпов прироста показателя, **будет достигнут целевой уровень в 2023 году**

Высокая доступность инструментальной диагностики в 2022 году (исследований на 1 000 населения)

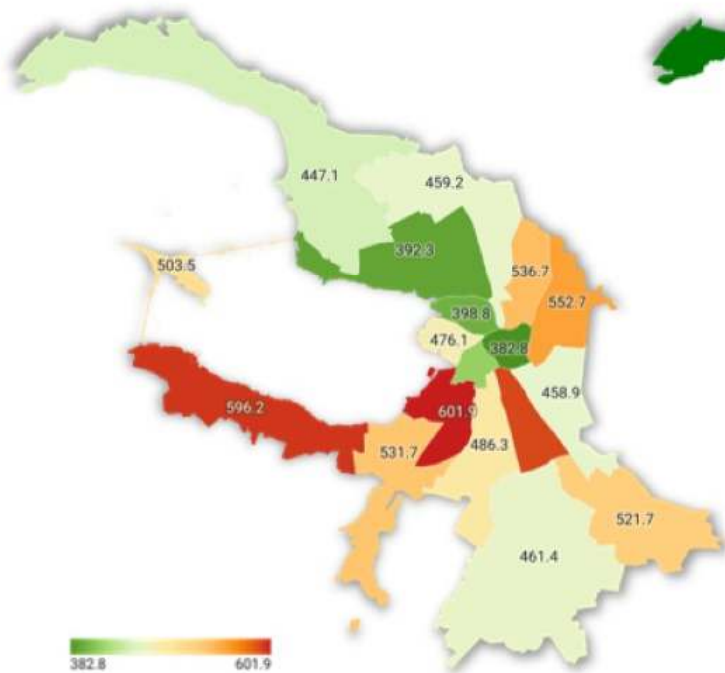
Название метода исследования	Санкт-Петербург	РФ 2021
Стресс-ЭХОКГ (на всех этапах мед. помощи) – амбулаторно – 16,7%	0,9	0,3
Стресс – ЭКГ (на всех этапах)	7,3	4,2
Дуплексное исследование сосудов (на всех этапах мед. помощи)	104,6	11,3
Холтеровское мониторирование(на всех этапах мед. помощи)	36,5	16,7
СМ АД (на всех этапах мед. помощи)	5,6	5,9

Однако доля больных с ИБС, прошедших **обучение в школах пациентов, недостаточно** – 0,7% против 12,1% в РФ, с уменьшением на 4 п.п. за год

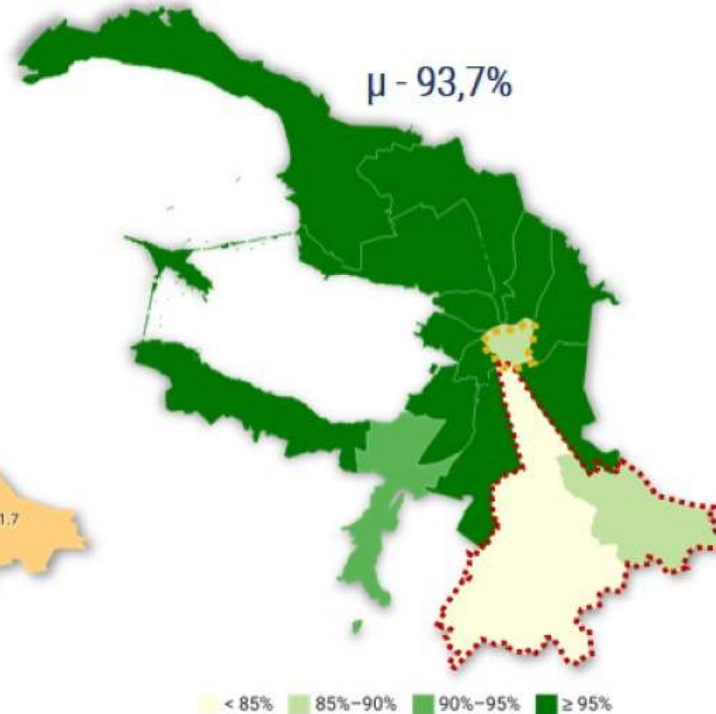


Активность диспансерного наблюдения

Смертность от БСК на 100 000 населения в 2022 году



Охват диспансерным наблюдением пациентов с БСК в 2022 году



В Санкт-Петербурге высокие показатели постановки на диспансерный учет пациентов с БСК

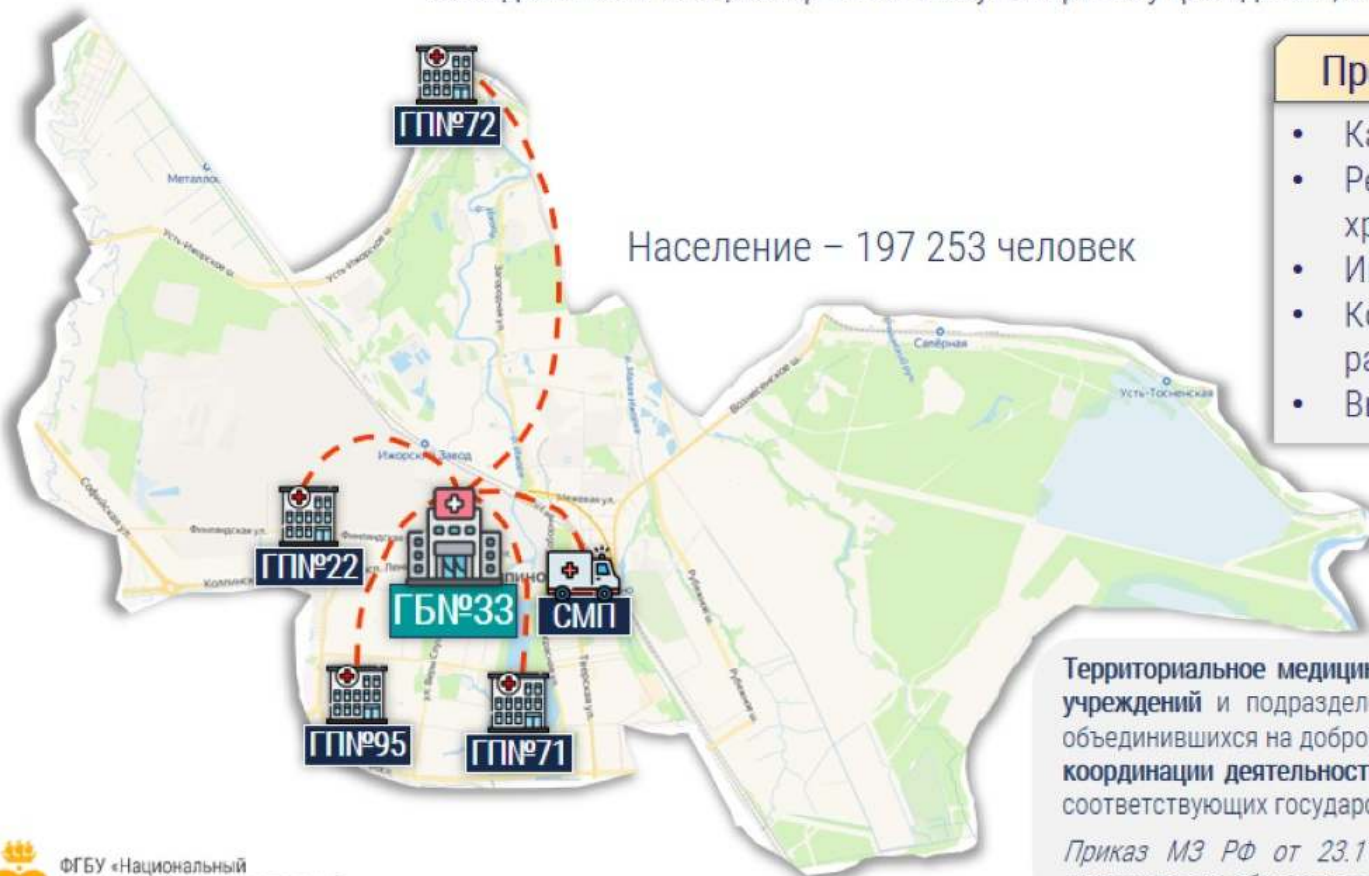
Однако **Фрунзенский, Колпинский и Пушкинский районы** имеют относительно низкие показатели при более высокой смертности от БСК

По итогам оценки оказания помощи в регионе в 2020 году, проведенной с участием представителей Минздрава России, были даны рекомендации:

- о создании в каждом районе Санкт-Петербурга центров управления сердечно-сосудистыми рисками
- о внедрении телекоммуникационного взаимодействия пациентов с медицинским персоналом поликлиник

«Точка роста» кардиологической амбулаторной службы - Колпинский район

- Осенью 2022 года на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 33» организован РСЦ, однако не обеспечено дежурство 24/7/365
 - Тогда же начата работа над формированием Центра управления сердечно-сосудистыми рисками с функциональным объединением стационарных и амбулаторных учреждений, скорой медицинской помощи



Препятствия для реализации проекта:

- Кадровый дефицит;
- Ресурсы для организации единого хранилища данных;
- Интеграция взрослой и детской сети;
- Консенсус с ТФОМС по объему услуг в рамках диспансерного наблюдения
- Выделенные объемы плановых ЧКВ

Территориальное медицинское объединение - комплекс лечебно-профилактических и других учреждений и подразделений, функционально и организационно между собой связанных, объединившихся на добровольных началах по территориально - отраслевому принципу в целях координации деятельности, обеспечения защиты их прав, представления общих интересов в соответствующих государственных и иных органах.

Приказ МЗ РФ от 23.11.1993 г. №273 «Об утверждении положения о территориальном медицинском объединении, положения о поликлинике восстановительного лечения»

Где можно ожидать быстрых побед?

Недоучтенные целевые группы высокого риска, которые требуют особого внимания в плане мероприятий по снижению смертности

Тяжелая дислипидемия

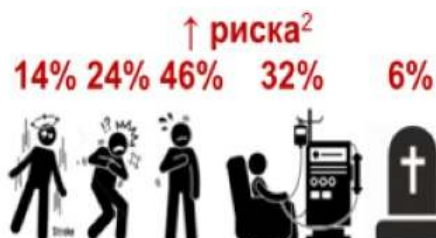
Один из классических модифицируемых ФР СС заболеваемости и смертности



↓20% риска при ↓ЛПНП на 1 ммоль/л¹

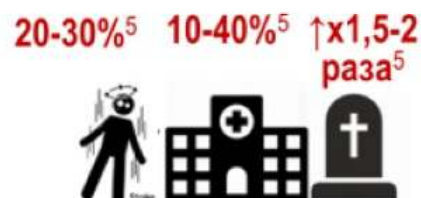
Резистентная артериальная гипертензия

12-18% всех случаев леченой АГ²



Фибрилляция предсердий

1-2% всей популяции⁴
11 млн в Европе
1/3 всех госпитализаций с НРС
Главный ФР инсульта



Сердечная недостаточность

15 млн в Европе и РФ⁵
1ая причина госпитализации пациентов ≥65 лет⁶



По итогам оценки оказания помощи в регионе в 2020 году, проведенной с участием представителей Минздрава России, были даны рекомендации об организации диспансерного наблюдения пациентов с БСК, перенесших COVID-19

1 - Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration Lancet 2019;393:407-15

2 - AHA Scientific Statement 2018. Hypertension. 2018;72:e53-e90

3 - Global Burden of Disease Collaborative Network (2016)

4 - ESC Guidelines 2016, Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehw210

5 - Ambrosy AP, et al. J Am Coll Cardiol 2014;63:1123-1133;

6 - Braunwald E. Lancet 2015;385:812-824;

7 - ESC Guidelines 2016, Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehw128

Специализированные программы для пациентов высокого риска

Лонг-COVID-19 и пост-COVID-19

У пациентов после COVID-19 повышается риск инфаркта миокарда и ишемического инсульта

Анализ баз данных

- Анализ всех случаев COVID-19 в Швеции с 1 февраля по 14 сентября 2020 года с исследованием когорт попарно подобранных пациентов
- 86 742 пациентов с COVID-19 и 348 841 пациентов в группе контроля

Отношение шансов в течение 2 недель после заболевания COVID-19



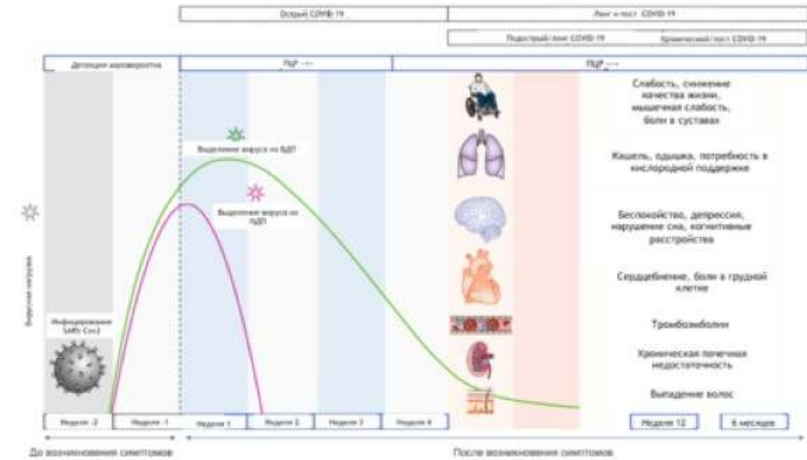
Увеличение риска развития ОИМ или ОНМК в течение первых 2 недель COVID-19 в ~ 7 раз



ИМ - 6,61 (95% ДИ 3,56–12,2)

ИИ - 6,74 (95% ДИ 3,71–12,2)

- COVID-19 является фактором риска острого ИМ и ИИ
- острый ИМ и ИИ могут рассматриваться как часть клинической картины COVID-19



Предпосылки развития сердечно-сосудистых осложнений лонг- и пост-COVID-19



Katsoularis I. et al. Lancet 2021;14(398):599-607. Мартынов А.И. и соавт., 2021 г.

Преимственность медицинской помощи и «бесшовность» всей системы

Обеспечение бесшовной медицинской помощи строится на **устранении организационных препятствий** между учреждениями первичного звена и центрами экспертного уровня, **создании единого непрерывного** лечебно-диагностического процесса

Средства достижения цели:

- Единые цифровые стандарты передачи медицинских данных и электронный документооборот между учреждениями
- Система четкой и отлаженной автоматизированной коммуникации между учреждениями, не использующая пациента в качестве «курьера» собственных медицинских данных и документов
- Система обратной связи после «передачи» пациента для длительного наблюдения специалистам первичного звена – для отслеживания долгосрочных исходов лечения и оценки создаваемой ценности

«Переход» с одного уровня помощи на другой должен быть максимально незаметным для пациента

По итогам оценки оказания помощи в регионе в 2020 году, проведенной с участием представителей Минздрава России, были даны рекомендации об обеспечении **преимственности передачи** со стационарного звена на амбулаторное **назначений лекарственных препаратов**, разработке нормативно-правового акта Комитета по здравоохранению города Санкт-Петербурга, включающего в том числе **схему контроля за назначением и исполнением схем вторичной профилактики** сердечно-сосудистых катастроф в амбулаторном звене



Специализированные программы для пациентов высокого риска

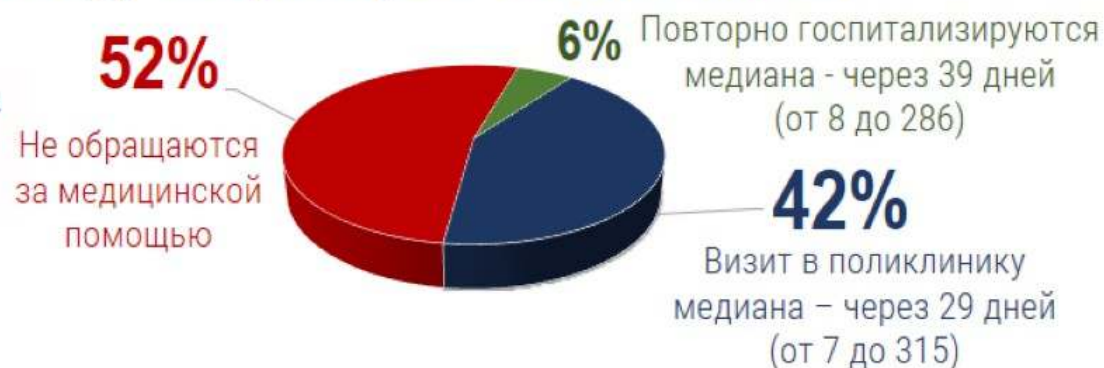
Лучшая практика Санкт-Петербурга: регистровая платформа и информационный обмен между всеми участниками системы оказания помощи при БСК



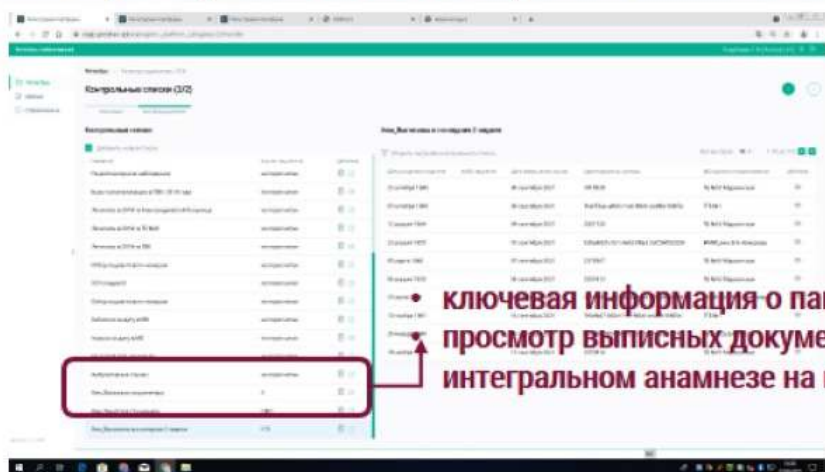
Специализированные программы для пациентов высокого риска

Организационные вопросы: отсутствие преемственности между стационаром - поликлиникой

42% пациентов обращаются в поликлинику после выписки.
В течение 10 дней после выписки – **1,9%** пациентов
(4,5% от обратившихся)



Формирование контрольных списков, разработанных совместно с СПб ГБУЗ МИАЦ



• **ключевая информация о пациенте**
• **просмотр выписных документов в**
• **интегральном анамнезе на портале врача**

Участковый врач:

- видит прикрепленных к конкретной медицинской организации пацие
- может отслеживать по сформированным с учетом потребностей/желания спискам пациентов, в т.ч. высокого риска
- может контролировать состояние (вызовы СМП, госпитализации)
- включать в список пациентов без прикрепления

Результат: улучшение преемственности медицинской помощи и организация автоматизированной системы «реагирования» на неблагоприятные события



Степень информатизации кардиологической службы

Работа с компонентом ВИМИС «Сердечно-сосудистые заболевания»



Данные в подсистему ВИМИС ССЗ передают **113** из **202** медицинских организаций, находящихся в подчинении Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, что обеспечивает в рейтинге регионов **69** место.

Регион передает 9 видов СЭМД

Подготовка квалифицированных кадров

Кадровый потенциал Северо-Западного федерального округа



17714



253



106



44

ВУЗ

Специалитет
«Лечебное
дело»

Ординатура
«Кардиология»

Ординатура
«ССХ»

Ординатура
«РДЛ»

НМИЦ им. В. А. Алмазова	764	68	51	26
Первый СПбГМУ им. И.П. Павлова	3107	46	22	10
СЗГМУ им. И.И. Мечникова	3680	33	22	8
СПбГУ	567	33		
СПбГПМУ	1131	19	5	
НовГУ	1705	10		
Псковский ГУ	654			
Северный ГМУ	2440	12	1	
МАГУ	134			
ПетрГУ	1258	10	5	
БФУ им. И.Канта	1047	13		
СГУ им. Питирима Сорокина	585	9		
СпбМСИ	540			
Университет «Реавиз»	95			

15 ВУЗов: 15 – специалитет
10 – кардиология 6 – ССХ 4 – РДЛ



Подготовка кадров по профилям

Специалитет	Специалитет Ординатура: кардиология	Специалитет Ординатура: Кардиология Сердечно- сосудистая хирургия	Специалитет Ординатура: Кардиология Сердечно-сосудистая хирургия Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

ССХ – сердечно-сосудистая хирургия, РДЛ – рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

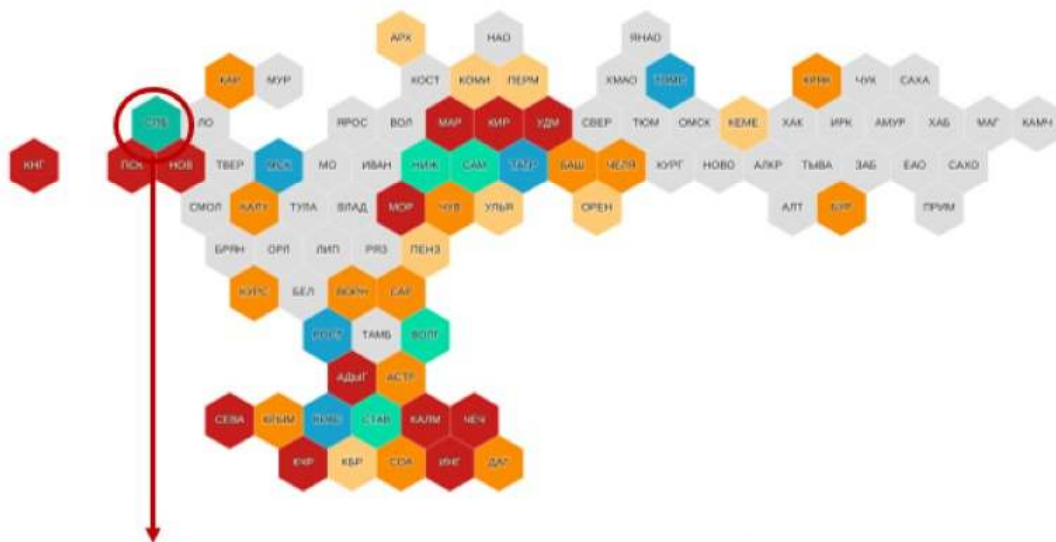
Управление по реализации федеральных проектов, Институт медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

*по данным формы №30 федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации»

Дополнительное профессиональное образование

Обучение ППС, осуществляющего подготовку специалистов по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия»

■ 0 (нет слушателей) ■ 1 (менее 400 ч/ч) ■ 2 (400-800 ч/ч) ■ 3 (800-1500 ч/ч) ■ 4 (1500-3000 ч/ч) ■ 5 (более 3000 ч/ч)



Профессорско-преподавательский состав СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГПМУ обучался в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Количество чел/часов дополнительных профессиональных программ повышения квалификации для ППС по профилям (расчет выполнен на основе числа обучающихся)

	Профиль «Кардиология»	Профиль «Сердечно-сосудистая хирургия»
ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова	468	684
СЗГМУ имени И.И. Мечникова	324	648
СПбГПМУ	180	108
ПетрГУ	108	108
СГМУ (г. Архангельск)	144	36
БФУ им. И.Канта	144	
НовГУ	108	
СГУ им. Питирима Сорокина	72	

В 2023 году рекомендовано продолжить обучение профессорско-преподавательского состава в рамках Государственного задания

Выводы и направления развития

- Необходимо согласование подходов к кодированию смертности от БСК, особенно при кодировании причин смерти вне стационара и в младших возрастных группах.
- Развитие сети РСЦ, в том числе оснащение инфекционных стационаров АГУ.
- Развитие сети центров критических состояний.
- Восполнение кадрового дефицита анестезиологов-реаниматологов в регионе в целом и по ряду специальностей в отдельных медицинских учреждениях.
- Дополнительный контроль качества оказания медицинской помощи в стационарах с высокими показателями летальности от БСК.
- Мониторинг сроков ожидания (доступности) специализированной и первичной специализированной помощи.
- Обеспечение достаточного объёма вмешательств для эффективной работы кардиохирургических отделений стационаров.
- Развитие программ реабилитации пациентов с БСК.
- Развитие программ вторичной профилактики с соблюдением принципов «бесшовной системы» оказания медицинской помощи с приоритетным оказанием помощи в группах больных с ХСН, хроническими формами ИБС и пациентам, перенесшим COVID-19.
- Развитие системы диспансерного наблюдения в южных районах города, в том числе организация ЦУР в г. Колпино.
- Развитие информационных кампаний по раннему обращению за помощью при ОКС и обучению пациентов с хроническими формами БСК.





Благодарим за внимание!



ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский
центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России