



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

24 июня 2019

№ 165

г. Барнаул

Об утверждении ведомственной целевой программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

В соответствии с постановлением Администрации Алтайского края от 29.04.2015 № 159 «Об утверждении положения о разработке, утверждении и реализации ведомственных целевых программ» **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить ведомственную программу «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (приложение).
2. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

 Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здравоохранения Алтайского края
от 24.06 2019 № 165

ВЕДОМСТВЕННАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА
«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

ПАСПОРТ

ведомственной целевой программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Главный распорядитель средств краевого бюджета	Министерство здравоохранения Алтайского края
Цели и задачи программы	<p>цель – снижение смертности от болезней системы кровообращения;</p> <p>задачи:</p> <p>разработка мер по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основной вклад в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний;</p> <p>проведение мероприятий по профилактике и лечению факторов риска болезней системы кровообращения (артериальной гипертензии, курения, высокого уровня холестерина; сахарного диабета; употребления алкоголя; низкой физической активности; избыточной массы тела и ожирения), организация и проведение информационно-просветительских программ для населения с использованием средств массовой информации, в том числе, в целях информирования населения о симптомах ОНМК/ОКС, организация школ здоровья для пациентов группы высокого риска по возникновению ОНМК/ОКС. Формирование здорового образа жизни реализуется в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;</p> <p>совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с внедрением алгоритмов диспансеризации</p>

населения, направленных на группы риска, особенно по развитию острого коронарного синдрома, раннее выявление лиц из группы риска высокого риска по развитию инсульта и инфаркта миокарда, пациентов с хронической сердечной недостаточностью;

внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения с увеличением объемов оказания медицинской помощи, реализацией программ мониторинга (региональные регистры) и льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска повторных событий и неблагоприятного исхода;

разработка и реализация комплекса мероприятий по совершенствованию системы реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения, внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, реабилитация на амбулаторном этапе лечения;

переоснащение медицинским оборудованием медицинских организаций;

организация сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения, в том числе с использованием информационных систем;

привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы;

обеспечение повышение качества оказания медицинской помощи больным в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами;

организация системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи для обеспечения выполнения критериев оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Целевые индикаторы и показатели программы	<p>показатель 1 «Смертность от инфаркта миокарда (на 100 тыс. населения)»;</p> <p>показатель 2 «Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения (на 100 тыс. населения)»;</p> <p>показатель 3 «Больничная летальность от инфаркта миокарда»;</p> <p>показатель 4 «Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения»;</p> <p>показатель 5 «Отношение рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром»;</p> <p>показатель 6 «Количество рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, тыс. единиц»;</p> <p>показатель 7 «Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи»</p>
Программные мероприятия	<p>реализация комплекса мер направленных на разработку мер по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основной вклад в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний;</p> <p>реализация комплекса мер по проведению мероприятий по профилактике и лечению факторов риска болезней системы кровообращения (артериальной гипертензии, курения, высокого уровня холестерина; сахарного диабета; употребления алкоголя; низкой физической активности; избыточной массы тела и ожирения), организация и проведение информационно-просветительских программ для населения с использованием средств массовой информации, в том числе, в целях информирования населения о симптомах ОНМК/ОКС, организация школ здоровья для пациентов группы высокого риска по возникновению ОНМК/ОКС. Формирование здорового образа жизни (реализуется в рамках регионального</p>

проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

реализация комплекса мер направленных на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с внедрением алгоритмов диспансеризации населения, направленных на группы риска, особенно по развитию острого коронарного синдрома, раннее выявление лиц из группы риска высокого риска по развитию инсульта и инфаркта миокарда, пациентов с хронической сердечной недостаточностью;

реализация комплекса мер направленных на внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения с увеличением объемов оказания медицинской помощи, реализацией программ мониторинга (региональные регистры) и льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска повторных событий и неблагоприятного исхода;

разработка и реализация комплекса мероприятий направленных на совершенствование системы реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения, внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, реабилитация на амбулаторном этапе лечения;

реализация комплекса мер направленных на переоснащение медицинским оборудованием медицинских организаций;

реализация комплекса мер по организации сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения, в том числе с использованием информационных систем;

реализация комплекса мер направленных на привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы;

реализация комплекса мер направленных на обеспечение повышение качества оказания медицинской помощи больным в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных с сердечно-сосуди-

стыми заболеваниями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами;
реализация комплекса мер направленных на организацию системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи для обеспечения выполнения критериев оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Сроки реализации мероприятий программы

2019-2024 годы

Объемы и источники финансирования программы по годам

общий объем финансирования программы составляет тыс. рублей,
в том числе по годам:
в 2019 году – 670829,3 тыс. рублей;
в 2020 году – 670829,3 тыс. рублей;
в 2021 году – 670829,3 тыс. рублей;
в 2022 году – 0 тыс. рублей;
в 2023 году – 0 тыс. рублей;
в 2024 году – 0 тыс. рублей

Ожидаемые конечные результаты реализации программы и показатели социально-экономической эффективности

снижение смертности от инфаркта миокарда до 25,8 на 100 тыс. населения;
снижение смертности от острого нарушения мозгового кровообращения до 67,9 на 100 тыс. населения;
снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8,0 %;
снижение больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения до 14,0 %;
увеличение отношения рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром до 60,0 %;
увеличение количества рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 4910 тыс. единиц;
увеличение доли профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи до 95,0 %

1. Характеристика проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами

Текущее состояние кардиологической службы Алтайского края, а также основные показатели деятельности кардиологической службы представлены в приложении 1.

Выводы

Болезни системы кровообращения являются лидирующей причиной смерти по итогам 2018 года. В возрастной структуре смертности преобладают лица старших возрастных групп, что закономерно с учетом их высокой доли в популяции. Имеет место высокая степень выраженности кадрового дефицита в медицинских организациях края, в том числе в подразделениях, оказывающих помощь пациентам с БСК.

Система оказания специализированной медицинской помощи при БСК в регионе представлена сосудистыми центрами (РСЦ и 2 ПСО), в зонах ответственности которых проживают 97,6 % взрослого населения области.

При высокой профильности госпитализации пациентов с острыми формами БСК существует проблема своевременности доставки пациентов в сосудистые центры, в том числе в связи с поздней обращаемостью.

Проблемами являются также недостаточный профессиональный уровень амбулаторной и догоспитальной помощи при БСК, несовершенство системы постгоспитальной реабилитационной помощи и отсутствие в регионе льготного лекарственного обеспечения для пациентов после хирургических методов реваскуляризации миокарда, и при фибрилляции предсердий для первичной профилактики кардиоэмболического инсульта.

Кроме того, нет должного наблюдения пациентов с ХСН нет должного обеспечения пациентов с ИБС с низкой фракцией выброса адекватным количеством кардивертеров-дефибрилляторов.

Кроме того, устаревшее оборудование в ряде ПСО (работает с 2008 года) периодически выходит из строя, что ограничивает проведение в период поломки возможности проведения реваскуляризации при инсульте.

С учетом вышеизложенного, основными планируемыми мерами по снижению смертности являются от БСК следующие:

обеспечение доступности и качества медицинской помощи при БСК на всех ее этапах (первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь при стойких необратимых последствиях ОНМК);

переоснащение и дооснащение сети РСЦ и ПСО (реализуется в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями);

реализация популяционной стратегии профилактики, включая информа-

ционную компанию и создание условий для реализации ЗОЖ в регионе (реализуется в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»);

эффективная вторичная профилактика, в том числе достижение приверженности к лечению у пациентов с БСК, льготное лекарственное обеспечение в течение 12 месяцев после перенесенного ОКС и хирургической реваскуляризации; льготное лекарственное обеспечение антикоагулянтной терапией пациентов с фибрилляцией предсердий;

контроль исполнения разработанной системы маршрутизации при БСК с обеспечением целевых показателей профильности госпитализации;

увеличение частоты применения медикаментозных и хирургических, в том числе эндоваскулярных, методов лечения ОНМК с достижением показателя выполнения ТЛТ при ишемическом инсульте 5 %;

обеспечение эффективного диспансерного наблюдения при БСК с охватом не менее 80 %, в т.ч. за счет центров диспансерного наблюдения после хирургического лечения ИБС и при ХСН и расширения системы дистанционного ДН при АГ;

мероприятия кадровой политики (реализуется в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»).

В значительной степени изношено и требует обновления оборудование медицинских организаций, в том числе РСЦ и ПСО.

Планируется увеличение количества первичных сосудистых отделений (далее – ПСО): открытие в 2019 году ПСО в г. Камне-на-Оби (КГБУЗ «Каменская ЦРБ») на 30 коек.

2. Основные цели и задачи программы

Целью программы является снижение смертности от болезней системы кровообращения.

Для достижения цели необходимо решение ряда задач:

разработка мер по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основной вклад в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний;

проведение мероприятий по профилактике и лечению факторов риска болезней системы кровообращения (артериальной гипертензии, курения, высокого уровня холестерина; сахарного диабета; употребления алкоголя; низкой физической активности; избыточной массы тела и ожирения), организация и проведение информационно-просветительских программ для населения с использованием средств массовой информации, в том числе, в целях информирования населения о симптомах ОНМК/ОКС, организация школ здоровья для пациентов группы высокого риска по возникновению ОНМК/ОКС. Формирование здорового образа жизни реализуется в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с внедрением алгоритмов диспансеризации населения, направленных на группы риска, особенно по развитию острого коронарного синдрома, раннее выявление лиц из группы риска высокого риска по развитию инсульта и инфаркта миокарда, пациентов с хронической сердечной недостаточностью;

внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения с увеличением объемов оказания медицинской помощи, реализацией программ мониторинга (региональные регистры) и льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска повторных событий и неблагоприятного исхода;

разработка и реализация комплекса мероприятий по совершенствованию системы реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения, внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, реабилитация на амбулаторном этапе лечения;

переоснащение медицинским оборудованием медицинских организаций;

организация сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения, в том числе с использованием информационных систем;

привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы;

обеспечение повышения качества оказания медицинской помощи больным в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами;

организация системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи для обеспечения выполнения критериев оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. Срок реализации программы

Программные мероприятия предполагается реализовать в 2019-2024 годах.

4. Перечень программных мероприятий

Полный перечень мероприятий программы приведен в приложении 2 (таблицы 1,2).

5. Информация о необходимых финансовых ресурсах и источниках финансирования

Финансирование программы осуществляется за счет средств краевого

бюджета. Общий объем финансирования программы из средств краевого бюджета составляет 2012487,9 тыс. рублей, в том числе по годам:

в 2019 году – 670829,3 тыс. рублей;

в 2020 году – 670829,3 тыс. рублей;

в 2021 году – 670829,3 тыс. рублей;

в 2022 году – 0 тыс. рублей;

в 2023 году – 0 тыс. рублей;

в 2024 году – 0 тыс. рублей.

Объемы финансирования подлежат ежегодному уточнению в соответствии с законом о краевом бюджете на очередной финансовый год и на плановый период.

6. Описание ожидаемых результатов реализации программы, оценки эффективности расходования бюджетных средств

Эффективность реализации программы будет характеризоваться следующими показателями:

Ожидаемые результаты реализации программы:

снижение смертности от инфаркта миокарда до 25,8 на 100 тыс. населения;

снижение смертности от острого нарушения мозгового кровообращения до 67,9 на 100 тыс. населения;

снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8,0 %;

снижение больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения до 14,0 %;

увеличение отношения рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром до 60,0 %;

увеличение количества рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях до 4910 тыс. единиц;

увеличение доли профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи до 95,0 %.

7. Описание системы управления реализацией программы

Организация и контроль реализации программных мероприятий осуществляется Министерством здравоохранения Алтайского края.

Министерство здравоохранения Алтайского края ежеквартально до 20-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, направляет в Министерство экономического развития Алтайского края отчет о ходе выполнения ведомственной целевой программы с приложением пояснительной записки, содержащей аналитическую информацию о реализации программы, описание возникающих проблем и предложения по их решению, а также анализ эффек-

тивности использования бюджетных средств. Ежегодный отчет по установленной форме направляется в Министерство финансов Алтайского края не позднее 25 января года, следующего за отчетным.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к ведомственной целевой программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

от 24.06 2019 № 185

Текущее состояние кардиологической службы Алтайского края. Основные показатели деятельности кардиологической службы

Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

По предварительным данным Росстата в 2018 году в Алтайском крае от болезней системы кровообращения (далее – БСК) умерло 13580 человек, показатель смертности составил 579,1. В трудоспособном возрасте от БСК число умерших составило 2063 человека или 28,9 % от всех умерших в трудоспособном возрасте и 15,2 % от всех умерших от БСК.

Показатель смертности от БСК за период январь-декабрь 2018 года ниже (лучше) планового показателя «Дорожной карты» (583,7 ‰) на 0,8 %. Уровень смертности от БСК в крае выше, чем по РФ на 1,0 % и выше, чем по СФО на 6,8 %. Среди субъектов РФ по уровню смертности от болезней системы кровообращения край занимает 43 ранговое место (по данным 2017 года занимал 37 место), среди субъектов СФО – 8 ранговое место (в 2017 году занимал 10 ранговое место). Самый низкий показатель смертности от БСК среди субъектов СФО отмечен в Республике Тыва (321,4). В структуре общей смертности доля БСК составляет: в РФ – 46,3 %, в СФО – 42,1 %, в Алтайском крае – 40,7 %.

Данные о смертности от заболеваний класса БСК, входящих в перечень, представленный Минздравом РФ, а также данные по полу, территориям и возрастным группам, в доступных официальных публикациях Росстата отсутствуют, поэтому анализ проводился по данным ведомственной информационной системы демографии ИС «Меддок». Сравнение со средними показателями РФ проводилось по данным за 2017 год, опубликованным в статистическом сборнике Минздрава РФ «Медико-демографические показатели Российской Федерации 2017 год».

По данным ИС «Меддок» число умерших от БСК в 2018 году уменьшилось в сравнении с 2014 годом на 1558 человек (с 14976 человек в 2014 году до 13418 в 2018 году) – 597 мужчин (с 7211 человек в 2014 году до 6614 в 2018 году) и 961 женщину (с 7765 человек в 2014 году до 6804 в 2018 году). Показатель смертности снизился за анализируемый период на 8,8 % (с 626,4¹ в 2014 году до 571,0 в 2018 году), у мужчин – на 6,7 % (с 652,9 в 2014 году до 609,3 в 2018 году), у женщин – на 10,9 % (с 603,7 в 2014 г. до 538,0 в 2018 году). В течение анализируемого периода подъемы смертности от БСК

¹ Показатели смертности рассчитаны на 100 тыс. населения соответствующего пола, возраста и территории

отмечались дважды: в 2016 году – рост показателя составил 2,4 % в сравнении с 2015 годом и в 2018 году - рост показателя на 2,9 % в сравнении с 2017 годом.

В 2018 году показатель смертности от БСК у мужчин (609,3) был выше, чем у женщин (538,0) на 13,3 %, а уровень смертности в городе (578,4) выше, чем на селе (529,7) на 9,2 %. В трудоспособном возрасте (оба пола) показатель составил 162,1 что выше, чем по РФ (146,1) на 10,9 %, в возрасте старше трудоспособного (оба пола) – 1776,5 на 11,2 % ниже, чем по РФ (2001,5).

По данным 2017 года стандартизованные показатели смертности от БСК в крае были ниже, чем по РФ как у обоих полов (АК – 411,3, РФ 434,9 – выше, чем в крае на 6,8 %), так и у мужчин (АК – 587,3, РФ 605,6 - выше, чем в крае на 3,1 %) и у женщин (АК – 298,6, РФ 321,7 – выше, чем в крае на 7,7 %).

Таблица 1

РАЗЛИЧИЕ
в показателях смертности у мужчин и женщин, а также в городе и селе и удельные веса числа умерших от заболеваний, входящих в класс БСК (в % от БСК в целом)

2018	муж	жен	превыше- ние М/Ж в %	город	село	превыше- ние го- род/село в %	в % от БСК
1	2	3	4	5	6	7	8
БСК ²	609,3	538,0	13,3	578,4	529,7	9,2	100,0
ИБС	396,6	330,3	20,1	372,0	323,9	14,9	63,2
ХИБС	183,7	197,4	-6,9	195,6	178,9	9,3	33,5
ИМ	42	34,3	22,4	40,2	33,5	20,0	6,6
ОИМ	31,7	26,6	19,2	30,5	25,8	18,2	5,1
ОКН	169,3	97,3	74,0	135,3	109,6	23,4	22,9
ЦВБ	135,8	150,3	-9,6	150,9	128,8	17,2	25,2
ОНМК	89,4	85,3	4,8	83,7	87,3	-4,1	15,3
ИИ	49,4	55,4	-10,8	53,3	49,9	6,8	9,2
ГИ	37,2	27,4	35,8	29,4	32,8	-10,4	5,6
ВМК	25,4	21,1	20,4	20,7	24,6	-15,9	4,0
САК	10,8	5,8	86,2	8,1	7,1	14,1	1,4
ИН	2,8	2,5	12,0	1,0	4,6	-78,3	0,5
ВСС	22,2	7,7	188,3	11,8	15,6	-24,4	2,5
БПАД	4,7	9,7	-51,5	3,6	12,3	-70,7	1,3
ОА	9,5	5,5	72,7	7,2	7,4	-2,7	1,3
РБ	1,1	2,5	-56,0	1,9	1,9	0,0	0,3
ФП	1,4	1,7	-17,6	0,8	2,6	-69,2	0,3
СН	3,1	2,8	10,7	2,7	3,3	-18,2	0,5

² Расшифровка аббревиатур приведена в тексте

Основными причинами смертности в классе БСК являются ишемические болезни сердца (далее – ИБС) и цереброваскулярные болезни (далее – ЦВБ). По данным ИС «Меддок» в 2018 году на их долю суммарно приходилось 88,4 % всех смертей от БСК.

На I ранговом месте находятся ИБС на долю которых приходится 63,2 % всех умерших от БСК (по РФ 53,5 %). Более высокий удельный вес ИБС в структуре смертности от БСК отмечается в городе (64,3 %) по сравнению с селом (61,2 %), у мужчин (65,1 %) в сравнении с женщинами (61,4 %) в возрасте старше трудоспособного (64,1 % – оба пола) в сравнении трудоспособным (58,5 % – оба пола).

Уровень смертности от ИБС в 2018 году в целом по краю составил 360,9, что на 14,8 % выше, чем по РФ (314,5). Показатели смертности от ИБС в городе выше, чем селе, как в целом – на 14,9 % (город – 372,0, село – 323,9), так и от заболеваний, составляющих данную группу: от хронической ишемической болезни сердца (далее – ХИБС) – на 9,3 % (город – 195,6, село – 178,9), от острой коронарной недостаточности (далее – ОКН) – на 23,4 % (город – 135,3, село – 109,6), от инфарктов миокарда (далее – ИМ) – на 20,0 % (город – 40,2, село – 33,5), из них от острых инфарктов миокарда (далее – ОИМ) – на 18,2 % (город – 30,5, село – 25,8).

Обращает на себя внимание тот факт, что более низкие показатели смертности от БСК (в том числе ИБС) на селе сочетаются с более высокими, чем в городе показателями смертности от нервных болезней – практически в 2 раза (город – 64,8, село – 127,7) и от старости – в 2,9 раза (город – 73,9, село – 216,0). Данный факт может указывать на проблемы с посмертной верификацией причины смерти, в результате чего значительная часть смертей от БСК на селе «уходит» в нервные болезни или в «старость» (в особенности ИБС и ЦВБ). В анализируемый период использования в качестве основной причины смерти таких состояний как «старость» снизилось на 12,7 % (со 155,6 в 2014 году, до 135,9 в 2018 году), в городе – на 10,3 % (с 82,4 в 2014 году, до 73,9 в 2018 году), на селе на 14,5 % (с 252,7 в 2014 году, до 216,0 в 2018 году).

У мужчин показатель смертности от ИБС (396,6) выше, чем у женщин (330,3) на 20,1 % и обусловлен более высоким уровнем смертности от острых проявлений ИБС – от ОКН – на 74,0 % (мужчины – 169,3, женщины – 97,3), от ИМ – на 22,4 % (мужчины – 42,0, женщины – 34,3), из них от ОИМ – на 19,2 % (мужчины – 31,7, женщины – 26,6). От ХИБС показатель смертности у мужчин (183,7) ниже, чем у женщин (197,4) на 6,9 %.

В сравнении с 2014 годом в 2018 году показатель смертности от ИБС снизился в целом на 6,7 % (с 386,9 в 2014 году до 360,9 в 2018 году), снижение показателя произошло как у мужчин – на 6,0 %, так и у женщин – на 7,5 %, в городе – на 7,8 %, в селе – на 27,9 %, в трудоспособном возрасте (оба пола) – на 15,9 %, в возрасте старше трудоспособного (оба пола) – на 12,7 %. Рост смертности от ИБС за отмеченный период отмечался только у женщин трудоспособного возраста на селе (рост показателя на 10,3 % при снижении числа умерших на 2 человека) и у мужчин старше трудоспособного возраста

также на селе (рост числа умерших на 30 человек при снижении показателя на 12,2 %).

Среди болезней, входящих в ИБС ведущее место принадлежит ХИБС на их долю приходится 33,5 % всех умерших в классе ИБС в целом. Как в городе, так и в селе, доля умерших ХИБС составляет 33,8 % от всех умерших от БСК. У мужчин ее доля (30,1 %) меньше, чем у женщин (36,7 %), а в трудоспособном возрасте (оба пола 10,8) – значительно ниже, чем в возрасте старше трудоспособного (оба пола 37,6 %).

В сравнении с 2014 годом в 2018 году показатель смертности от ХИБС снизился в целом на 9,3 % (с 210,7 в 2014 году до 191,1 в 2018 году), снижение показателя произошло как у мужчин – на 3,4 %, так и у женщин – на 13,5 %, в городе – на 11,3 %, в селе – на 10,4 %, в возрасте старше трудоспособного (оба пола) – на 18,2 %. В трудоспособном возрасте в 2018 году отмечается рост смертности от ХИБС в сравнении с 2014 годом в целом у обоих полов на 9,4 %, (с 15,9 в 2014 году до 17,4 в 2018 году) за счет населения села, где рост у обоих полов составил 19,7 % (с 20,3 в 2014 году до 24,3 в 2018 году), в городе смертность от ХИБС населения трудоспособного возраста снизилась на 5,2 %.

На долю ОКН приходится 22,9 % всех умерших от БСК в целом: у мужчин – 27,8 %, у женщин – 18,1 %, в городе 23,4 %, на селе – 20,7 %, в возрасте старше трудоспособного (19,4 % – оба пола), в трудоспособном возрасте (42,1 % – оба пола).

В сравнении с 2014 годом в 2018 году показатель смертности от ОКН снизился в целом на 2,6 % (с 134,1 в 2014 году до 130,6 в 2018 году), снижение показателя произошло в городе: в целом на 0,8 % и у мужчин – на 6,8 %, при росте смертности у женщин – на 7,8 %. В селе смертность от ОКН снизилась в целом на 5,6 %, у мужчин на 10,3 %, при росте смертности у женщин – на 7,8 %. В трудоспособном возрасте снижение смертности от ОКН отмечается в целом у обоих полов – на 20,7 %, как в городе – на 18,6 %, так и в селе – на 21,1 %. Рост смертности от ОКН в возрасте старше трудоспособного произошел на 0,7 % в целом по краю за счет женского населения – на 3,3 % при снижении у мужчин на 4,9 %. В городе рост составил 3,8 % (у мужчин снижение на 5,1 %), в селе – на 2,2 % (у мужчин снижение на 3,0 %).

Доля умерших от ИМ составляет 6,6 % от всех умерших от БСК: у мужчин – 6,9 %, у женщин – 6,4 %, в городе 6,9 %, на селе – 6,3 %, в возрасте старше трудоспособного – 6,8 %, в трудоспособном – 5,6 (у обоих полов).

Показатель смертности от ИМ в целом по краю в 2018 году составил 37,9, что на 5,3 % ниже, чем по РФ 2017 году (40,0). В городе смертность от ИМ на 13,9 выше, чем на селе (город – 40,2, село – 35,3), вместе с тем, уровень стационарной летальности от ИМ на селе в 2018 г. (31,0 %) превышал летальность в городских стационарах (19,4 %) на 58,9 %. Более высокой на селе была и досуточная летальность от ИМ (село – 9,8 %, город – 5,8 %).

У мужчин показатель смертности от ИМ (42,0) на 22,4 % выше, чем у женщин (34,3) а у мужчин трудоспособного возраста (15,8) в 9,3 раза выше чем у женщин (1,7). Показатель смертности от ИМ у населения старше трудоспособного возраста (121,3) значительно выше, чем показателя смертности

населения трудоспособного возраста – 9,0.

Динамика показателей смертности от ИМ в период 2014-2018 гг. в целом по краю и среди городского населения имела позитивный характер во всех возрастных группах и мужчин и у женщин, за исключением населения села, где произошел рост показателя.

В сравнении с 2014 годом в 2018 году показатель смертности от ИМ снизился в целом на 2,1 % (с 38,7 в 2014 г. до 37,9 в 2018 г.), снижение показателя в городе произошло в целом на 10,9 %: у мужчин – на 15,4 %, у женщин – на 6,5 %, в селе смертность от ИМ выросла в целом на 13,2 % (с 29,6 в 2014 году до 33,5 в 2018 году): у мужчин на 13,3 %, у женщин – на 6,3 %. В трудоспособном возрасте снижение смертности от ИМ отмечается в целом у обоих полов – на 16,7 %, в городе – на 40,2 %, как у мужчин (39,2 %), так и у женщин (на 55,6 %). На селе произошел рост показателя на 21,4 %, у мужчин – на 21,5 % у женщин на 13,0. В возрасте старше трудоспособного в целом по краю произошло снижение показателя смертности от ИМ на 7,9 %, у мужчин на 9,4 % (при росте числа умерших на 12 человек), у женщин на 8,6 %. В городе снижение составило 12,5 % (у мужчин снижение на 16,0 %, у женщин – на 11,0). В селе отмечается рост показателя – на 3,4 %, у мужчин – на 43,0 %, при некотором снижении у женщин (на 0,4 %).

На II ранговом месте в структуре смертности от БСК в 2018 году находились ЦВБ. На их долю приходится 25,2 % всех умерших от БСК (по РФ 30,6 %). Более высокий удельный вес ЦВБ в структуре смертности от БСК отмечается в городе (26,1 %) по сравнению с селом (24,3 %), у женщин (27,9 %) в сравнении с мужчинами (22,3 %), в возрасте старше трудоспособного (26,4 % – оба пола) в сравнении трудоспособным (18,3 % – оба пола).

Уровень смертности от ЦВБ в 2018 году в целом по краю составил 143,6, что на 20,3 % ниже, чем по РФ (180,1). Показатель смертности от ЦВБ в городе (150,9) выше, чем на селе (128,8) на 17,2 %, у мужчин в целом (183,7) показатель смертности от ЦВБ на 9,6 % ниже, чем женщин (197,4), у населения старше трудоспособного (267,0) смертность практически на порядок выше, чем в трудоспособном возрасте (26,9).

В сравнении с 2014 годом в 2018 году показатель смертности от ЦВБ снизился в целом на 13,9 % (с 166,8 в 2014 году до 143,6 в 2018 году), снижение показателя произошло как у мужчин – на 11,4 %, так и у женщин – на 15,8 %, в городе – на 10,2 %, в селе – на 21,4 %, в трудоспособном возрасте – на 8,9 %, в возрасте старше трудоспособного (оба пола) – на 24,0 %. Рост показателя смертности от ЦВБ отмечается только у мужчин села трудоспособного возраста – на 4,1 % при снижении числа умерших на 9 человек.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК, инсульты) составляют более половины (60,7 %) умерших от ЦВБ и 15,3% умерших от БСК в целом. На селе (16,5 % от БСК и 67,8 % от ЦВБ) доля инсультов выше, чем в городе (14,5 % от БСК и 55,4 % от ЦВБ). У мужчин доля умерших от ОНМК составляет 14,7 % от всех умерших от БСК и 65,8 % от ЦВБ, а у женщин соответственно 15,9 % от БСК и 56,8 % от ЦВБ. В трудоспособном возрасте на долю инсультов приходится подавляющее число смертей от ЦВБ – 90,7 %

(16,6 % умерших от БСК), а у женщин трудоспособного возраста – 92,6 %. Среди населения старше трудоспособного смертность от инсультов составляет 15,0 % от умерших от БСК и 57,0 % умерших от ЦВБ.

Показатель смертности от всех видов ОНМК в крае в 2018 году (87,2) был 5,6 % ниже показателя РФ 2017 году (92,8), более низкие показатели в крае отмечались от внутримозговых кровоизлияний (РФ 26,4, край 20,7 ниже РФ на 21,6 %), инфарктов мозга (РФ 58,5, край 53,3 ниже РФ на 8,9 %) и от инсультов, неуточненных как кровоизлияние или инфаркт мозга (РФ 4,2, край 1,0 ниже РФ в 4,2 раза). Более высокий (в 2,6 раза) показатель смертности отмечался от субарахноидальных кровоизлияний в крае – 8,1, в РФ – 3,1.

Показатели смертности от ОНМК в городе ниже, чем в селе от всех видов инсультов - на 4,1 % (город – 83,7, село – 87,3), а также: от всех геморрагических инсультов – на 10,4 % (город – 29,4, село – 32,8), внутримозговых кровоизлияний – на 15,9 % (город – 20,7, село – 24,6), а также от инсультов, неуточненных как кровоизлияние или инфаркт мозга – на 78,3 % (город – 1,0, село – 4,6). Показатели стационарной летальности от ОНМК в городе также ниже чем, в селе: от всех видов ОНМК – на 33,3 % (город – 20,0 %, село – 30,0 %), от ГИ – на 81,2 % (город – 38,9 %, село – 70,5 %), от ИИ на – 35,5 % (город – 16,6 %, село – 22,5 %). Более высокая стационарная летальность в городе отмечается от НИ (город – 60,7 %, село – 28,1 %). Превышение показателей смертности в городе отмечается от субарахноидальных кровоизлияний – на 14,1 % (город – 8,1, село – 7,1) и ишемических инсультов – на 6,8 % (город – 53,3, село – 49,9).

У мужчин показатель смертности от всех видов инсультов (89,4) превышает уровень смертности у женщин (85,3) на 4,8 %; от всех геморрагических инсультов – на 35,8 % (мужчины – 37,2, женщины – 27,4), от субарахноидальных кровоизлияний – на 86,2 % (мужчины – 10,8, женщины – 5,8), от внутримозговых кровоизлияний – на 20,4 % (мужчины – 25,4, женщины – 21,1), от инсультов, неуточненных как кровоизлияние или инфаркт мозга – на 12,0 % (мужчины – 2,8, женщины – 2,5), показатель смертности от и ишемических инсультов у мужчин (49,4) – на 10,8 % ниже, чем у женщин (55,4).

В анализируемый период уровень смертности от инсультов в целом снизился на 1,0 % (с 88,1 в 2014 году до 87,2 в 2018 году), снижение показателя произошло как у мужчин – на 1,2 %, так и у женщин – на 0,7 %. В городе произошел рост показателя на 0,1 %, за счет женщин старше трудоспособного возраста у которых показатель вырос на 1,9 %, а в целом по краю показатель смертности от инсультов у женщин вырос на 7,2 %. На селе показатель смертности от ОНМК снизился на 4,1 %, за счет снижения показателя у женщин – на 12,7 %, у мужчин села отмечается рост показателя на 5,8 %. У мужчин села трудоспособного возраста рост показателя составил 3,4 % при снижении числа умерших на 9 человек, а у сельских мужчин в возрасте старше трудоспособного показатель снизился на 5,7 % при росте числа умерших на 30 человек.

В структуре смертности от инсультов более половины (60,3 %³) приходится на ишемические инсульты (далее – ИИ). В городе удельный вес ИИ (60,5 %) несколько выше, чем в селе (57,2 %), у женщин (64,9 %) несколько выше, чем у мужчин (55,3 %), а среди населения старше трудоспособного возраста (66,7 %) доля ИИ в 2,4 раза выше, чем среди населения трудоспособного возраста (28,2 %).

Удельный вес геморрагических инсультов (далее – ГИ) в целом по краю составляет 36,7 %, в городе удельный вес ГИ (36,2 %) несколько ниже, чем в селе (37,6 %), у женщин (32,2 %) несколько ниже, чем у мужчин (41,6 %). Доля ГИ среди населения трудоспособного возраста (70,0 %) в 2,3 раза выше, чем среди населения старше трудоспособного возраста (30,0 %).

В структуре смертности от ГИ преобладают внутримозговые кровоизлияния (далее – ВМК) на долю которых в целом по краю приходится 72,3 %, доля субарахноидальных кровоизлияний составляет 25,3 %, аналогичные соотношения отмечаются при территориальных (город 27,7 % и 70,5 %, село – 21,7 % и 75,0 %), возрастных (трудоспособный возраст 31,1 % и 64,7 %, старше трудоспособного возраста 25,5 % и 76,0 %) и половых сравнениях (у мужчин 29,0 % и 69,3 %, у женщин – 21,0 % 76,9 %).

На долю инсультов, неуточненных как кровоизлияние или инфаркт (далее – ИН), приходится до – 3,0 % всех смертей от инсультов, у мужчин доля составляет 3,1 %, у женщин – 3,0 %, в городе – 3,3 %, среди населения старше трудоспособного возраста – 3,6 %. Более высокий удельный вес ИН на селе – 4,5 %, более низкий – среди населения трудоспособного возраста – 1,8 %.

Доля умерших от внезапной сердечной смерти (далее – ВСС) составляет в целом по краю 2,5 % от всех умерших от БСК (III ранговое место). Удельные веса и показатели смертности от ВСС имеют существенные территориальные, половые и возрастные различия. На селе (3,0 %) удельный вес умерших от ВСС в 1,5 раза выше, чем в городе (2,0 %), а у мужчин (3,6 %) в 2,6 раза выше, чем у женщин. Наиболее выраженными являются различия в возрастных группах: среди населения трудоспособного возраста удельный вес ВСС составляет 12,3 %, а среди населения старше трудоспособного возраста – всего 0,8 %. Показатели смертности от ВСС в городе значительно – на 24,4 % ниже, чем на селе (город – 11,8, село – 15,6). У мужчин показатели смертности от внезапной сердечной смерти в 2,9 раза выше, чем у женщин (мужчины – 22,7, женщины – 7,7). Показатель смертности от ВСС населения трудоспособного возраста составил 19,9, а среди населения старше трудоспособного возраста 13,6.

На IV-V ранговых местах в структуре смертности от БСК находятся болезни, характеризующиеся повышенным АД и общий атеросклероз. На их долю приходится по 1,3% всех умерших от БСК.

Показатель смертности от болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением в городе на 70,7 % ниже, чем на селе (город – 3,6, село – 12,3), у женщин (9,7) в 2,1 раза выше, чем у мужчин (4,7). Показатель

³ От всех инсультов

смертности от болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением населения трудоспособного возраста – 25,5 значительно выше, чем населения старше трудоспособного возраста 0,9. Следует отметить, что у мужчин трудоспособного возраста показатель смертности от данных заболеваний (1,2) значительно выше, чем у женщин (0,5), а среди населения старше трудоспособного возраста иное соотношение – у мужчин – 22,0, у женщин – 29,0.

Наиболее высокий удельный вес умерших от болезней, характеризующихся повышенным АД, отмечается на селе – 2,3 %, наиболее низкий – среди городского населения – 0,6 %, у женщин (1,8 %) удельный вес выше, чем у мужчин (0,8 %), среди населения трудоспособного возраста удельный вес составляет 0,5 %, среди населения старше трудоспособного возраста – 1,4 %.

Показатель смертности от общего атеросклероза (ОА) в целом по краю составил 7,3, в городе ниже на 2,7 % чем в селе (город – 7,2, село – 7,4), а у мужчин (9,5) на 72,7 % выше чем у женщин (5,5). Наиболее выраженные различия отмечаются в возрастных группах: среди населения трудоспособного возраста показатель составил 0,9 (оба пола) – у мужчин 1,5, у женщин – 0,2, среди населения старше трудоспособного возраста – 25,2 (оба пола), у мужчин 47,6, у женщин – 15,3. Более высокий удельный вес умерших от ОА отмечается на селе – 1,4 % (среди городского населения – 1,3 %), у мужчин (1,6 %) удельный вес выше, чем у женщин (1,0 %), среди населения трудоспособного возраста удельный вес составляет 0,5 %, среди населения старше трудоспособного возраста – 1,4 %.

По величине показателя (2,0) и удельному весу (0,3 %) ревматические болезни (РБ) занимают V ранговое место в структуре смертности от БСК.

Показатели смертности от РБ в городе и селе не отличаются (1,9), у женщин (2,5) в 2,3 раза выше, чем у мужчин (1,1), среди населения трудоспособного возраста – 0,2, среди населения старше трудоспособного возраста – 0,4.

Удельный вес умерших от РБ на селе – 0,4 % несколько выше, чем среди городского населения – 0,3 %, у женщин (0,5 %) удельный вес выше, чем у мужчин (0,2 %), среди населения старше трудоспособного возраста удельный (0,4 %) выше, чем, среди населения трудоспособного возраста – 0,2 %.

Фибрилляция предсердий (ФП) и сердечная недостаточность (СН) являются осложнениями большинства заболеваний, входящих в класс БСК и могут быть использованы только как промежуточная причина смерти, вместе с тем, данные состояния еще используется в качестве основной причины смерти. Следует отметить, что в анализируемый период использование в качестве основной причины смерти ФП снизилось в – 2,3 раза (с 84 случаев в 2014 г. до 37 в 2018 г.), а СН - в 2,1 раза (с 148 случаев в 2014 г. до 70 в 2018 г.). По данным 2018 г. доля данных состояний в структуре смертности от БСК составляла менее 1 %: ФП – 0,3 %, СН – 0,5 %.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения

Уровень общей заболеваемости взрослого населения составил в 2018 году 256871,83 на 100 тыс. взрослого населения (2017 год – 257079,34 на

100 тыс. взрослого населения, 2016 год – 256847,9 на 100 тыс. взрослого населения, 2015 год – 256599,2 на 100 тыс. взрослого населения, 2014 год – 260762,6 на 100 тыс. взрослого населения). Показатель практически не изменился (снижение на 0,1 %).

БСК в структуре общей заболеваемости взрослого населения занимают I место, показатель практически не изменился и составил 51995,11 на 100 тыс. взрослого населения (в 2017 году – 51171,4 на 100 тыс. взрослого населения, в 2016 году – 50340,93 на 100 тыс. взрослого населения, в 2015 году – 49905,7 на 100 тыс. взрослого населения, в 2014 году – 52869,3 на 100 тыс. взрослого населения). В структуре общей заболеваемости у взрослых удельный вес БСК занимает 20,2 %.

Значительная часть болезней системы кровообращения относится к индикаторным терапевтическим заболеваниям и этим объясняется повышенное внимание лечебной сети к выявлению и наблюдению пациентов с заболеваниями БСК. Острые сосудистые заболевания в структуре БСК у взрослых составляют 1,9 %.

I место в структуре общей заболеваемости по классу болезней системы кровообращения занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, на их долю приходится 48 %. На II месте в структуре класса находятся цереброваскулярные болезни, их доля в классе БСК составляет 21,3 %. На III месте – ишемические болезни сердца, доля в классе БСК – 18,8 %.

При анализе возрастной структуры заболеваемости взрослого населения выявлено, что общая заболеваемость среди населения старше трудоспособного возраста на 30 % превышает заболеваемость взрослого населения в целом.

Таблица 2

ДАННЫЕ
о заболеваемости по нозологическим формам, входящим в группу острых сосудистых заболеваний

Наименование заболеваний	МКБ-Х	Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. взрослого населения)						динамика (%) 2018-2017 гг.
		2018 год	2017 год	2016 год	2015 год	2014 год		
Нестабильная стенокардия	I20.0	125,36	130,8	138,11	127,83	186,21	-4,16	
Острый инфаркт миокарда	I21	196,58	180,5	178,04	176,51	114,01	+8,91	
Повторный инфаркт миокарда	I22	51,02	50,2	48,13	43,12	17,28	+1,63	
другие формы острых ишемических болезней сердца	I24	172,49	153,0	125,46	115,61	38,83	+12,74	

субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние	I60	19,12	19,1	18,20	21,45	11,19	+0,13
внутричерепное и другое внутримозговое нетравматическое кровоизлияние	I61	56,19	56,6	56,54	53,14	30,61	-0,73
инфаркт мозга	I63	351,35	356,4	354,97	337,07	255,18	-1,42
инсульт не уточненный	I64	12,39	10,6	11,58	8,76	15,41	+16,89

Ресурсы инфраструктуры службы

Первичная медицинская помощь пациентам с болезнями системы кровообращения оказывается в городских поликлиниках поликлинических отделениях районных и межрайонных больниц.

В состав организаций государственного подчинения входят 154 лечебно-профилактических медицинских организаций, из которых 81 больница (в том числе 58 ЦРБ). В качестве структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в крае работает 836 ФАПов, 18 ФП, 192 сельских врачебных амбулаторий, 19 участковых больниц и 5 районных больниц.

В крае отработана маршрутизация больных с острым коронарным синдромом, согласно которой распределены потоки больных в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – РСЦ-2 и КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» – РСЦ-1 с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи и проведения последующих реабилитационных мероприятий, а также 6 межрайонных кардиологических отделений: КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» (60 коек); КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» (60 коек); КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» (60 коек); КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» (60 коек); КГБУЗ «Алейская ЦРБ» (45 коек); КГБУЗ «Каменская ЦРБ» (30 коек).

Для обеспечения помощи при неотложных состояниях врачами специализированных центров ежегодно проводятся дистанционные консультации более 5000 пациентов, из них треть в экстренном порядке госпитализируется в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», где им проводится экстренное оперативное вмешательство. Данной категории больных с начала 2015 года установлено более 1100 стентов в коронарные сосуды, более 300 электрокардиостимуляторов, проведено более 400 операций с применением аппарата искусственного кровообращения.

Работа кардиологической службы по системе «Теле-Альтон» позволяет в круглосуточном режиме осуществлять дистанционную передачу электрокардиограмм на принимающие станции в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». В соот-

ветствии с маршрутизацией пациентов после консультации с сосудистым центром определяются потоки пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Постоянно проводится работа по эффективности маршрутизации больных не только с острым коронарным синдромом, но и плановых кардиологических больных. С целью выполнения этих задач создана структура кардиологической службы края – 6 межрайонных кардиологических отделений в крупных городах региона и 9 межрайонных кардиологических кабинетов. Тем самым достигается оптимальная доступность специализированной кардиологической помощи жителям края.

В рамках реализации мер по повышению доступности кардиологической помощи на амбулаторном этапе создана и эффективно функционирует система врачебно-диспетчерской службы. Указанная система позволяет любому жителю края в медицинской организации по месту жительства получить талон на прием врача-кардиолога КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». Ежегодно более 35 тыс. жителей нашего региона записываются к врачам по данной системе.

Медицинская помощь пациентам с инсультом оказывается в региональном сосудистом центре на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и в 5 первичных неврологических отделениях для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Министерством здравоохранения Алтайского края изданы приказы, регулирующие на территории края этапы оказания, схему оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, технологию госпитализации больных, перечень показаний и противопоказаний для доставки больных в первичные неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, схему территориального прикрепления краевых медицинских организаций за первичными неврологическими отделениями, а также порядок перевода больных между краевыми медицинскими организациями.

Скорая медицинская помощь края представлена 3 самостоятельными станциями (в 2017 году – 3), находящимися в городах Барнауле, Бийске, Рубцовске и 53 отделениями (в 2017 году – 53), сформированными в 5-и городах (Белокурихе, Заринске, Алейске, Славгороде и Камне-на-Оби) и 48 сельских муниципальных районах.

Всего на селе 9 ЦРБ имеют филиалы, расположенные на базе районных больниц (1), участковых больниц (4), врачебных амбулаторий (7), фельдшерских акушерских пунктов (2), в том числе: в Славгородском районе 1 – УБ, Благовещенском районе 1 – РБ, 2 – СВА, Косихинском районе 1 – УБ и 1 – СВА, Калманском районе 1 – СВА, Курьинском районе 1 – СВА, Смоленском районе 1 – УБ, 2 – ФАП, Красногорском районе 1 – СВА, Шелаболихинском районе 1 – СВА.

В зоне непосредственного обслуживания службы скорой медицинской помощи (в пределах обеспечения 20 минутной доступности) в 2018 году проживало 2341885 человек – 99,6 % населения края (в 2017 году – 99,5 %). Что

свидетельствует о незначительном увеличении охвата населения скорой медицинской помощью как в целом по краю, так и на селе.

В 2018 году скорую помощь оказывали 984 бригады (смены), (в 2017 году – 985), в том числе 572 в городе (в 2017 году – 573) и 412 в районах.

Таблица 3

ДИНАМИКА
профилей бригад скорой помощи

Профиль бригад	2018 год	2017 год	Изменения
Врачебных общепрофильных	202	205	-3
из них для оказания медицинской помощи детям	44	44	0
Фельдшерских	742	740	+2
Специализированные, всего:	40	40	0
В том числе: психиатрические	12	12	0
В том числе: анестезиологии - реанимации	20	20	0
В том числе: анестезиологии – реанимации педиатрические	8	8	0
Всего бригад (смен)	984	985	-1

Врачебные бригады в общей структуре скорой помощи составляют 24,6 % (242 бригады), из них 83,5 % являются врачебными общепрофильными (202 бригады), 4,95 % специализированными психиатрическими бригадами (12 бригад), 8,25 % специализированными анестезиолого-реанимационными бригадами (20 бригад), 3,3 % специализированными педиатрическими анестезиолого-реанимационными бригадами (8 бригад). На долю фельдшерских бригад приходится 75,4 % (742 бригад). В составе врачебных общепрофильных бригад – 44 бригады скорой медицинской помощи (21,8 %) для оказания медицинской помощи детям.

Обеспеченность врачебными и фельдшерскими бригадами в 2018 году на 1000 населения составила 0,419 (в 2017 году – 0,416). Обеспеченность врачебными бригадами (включая специализированные) в 2018 году составила 0,103 на 1000 населения (в 2017 году – 0,104), фельдшерскими бригадами – 0,316 (в 2017 году – 0,313).

В структуре вызовов на долю острых состояний приходится 55,23 % (в 2017 году – 54,8 %), на оказание помощи при травмах и отравлениях – 8,66 % (в 2017 году – 8,91 %), на оказание помощи при родах и патологии беременности – 1,08 % (в 2017 году – 1,16 %), на перевозки больных – 4,29 % (в 2017 году – 4,3 %) и 30,74 % (в 2017 году – 30,8 %) на оказание помощи хроническим больным. В структуре всех вызовов в 2018 году нет перевозок врачей-консультантов (в 2017 году – 0,004 %).

В 2018 году на 6 % увеличилось число больных с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана скорая медицинская помощь (с

2498 лиц в 2017 году до – 2648 в 2018 году). На 2,3 % увеличилось число пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями (с 10426 в 2017 году до 10665 в 2018 году). Из числа больных с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями зарегистрировано 10 случаев смерти в автомобиле скорой медицинской помощи (в 2017 году – 12). Тромболизис в автомобиле скорой помощи проведен 370 больным (в 2017 году – 397).

Среднегодовая нагрузка на 1 фельдшерскую бригаду составила 802 человека (в 2017 году – 793), на детскую врачебную бригаду – 914 детей (в 2017 году – 956), на общепрофильную врачебную бригаду – 691 человек (в 2017 году – 748), на 1 специализированную (реанимационную) бригаду 582 человек (в 2017 году – 567), на психиатрическую бригаду – 447 человек (в 2017 году – 488).

Число автомобилей скорой помощи в 2018 году увеличилось на 4,2 % и составило 371 (в 2017 году – 356). В 2018 году по срокам эксплуатации автомобили до 3х лет составили 27,5 % (в 2017 году – 14,88 %), от 3х до 5 лет – 19,4 % (в 2017 году – 29,5 %), более 5 лет – 53,1 % (в 2017 году – 55,62 %).

Выезды со временем доезда до места вызова 20 минут и менее составили 92,38 % (в 2017 году – 92,13 %). От 21 до 40 минут – 5,86 % (в 2017 году – 5,75 %), от 41 до 60 минут – 1,3 % (в 2017 г. – 1,5 %) и более 60 минут – 0,46 % (в 2017 году – 0,62 %).

Выезды по времени, затраченному на один выезд, распределились следующим образом: от 21 до 40 минут – 45,6 % (в 2017 году – 44,43 %), от 41 до 60 минут – 28,8 % (в 2017 году – 28,27 %), до 20 минут – 5,29 % (в 2017 году – 6,04 %), более 60 минут – 20,3 % (в 2017 году – 21,26 %).

Выезды бригад со временем доезда скорой медицинской помощи до места дорожно – транспортного происшествия до 20 минут и менее от всех ДТП, составили 95,45 % (в 2017 году – 95,24 %). От 21 до 40 минут – 3,18 % (в 2017 году – 4,1 %), от 41 до 60 минут – 0,33 % (в 2017 году – 0,21 %), более 60 минут – 0,04 % (в 2017 году – 0,38 %). Выезды по времени, затраченному на один выезд при дорожно-транспортных происшествиях, распределились следующим образом: от 21 до 40 минут – 40,4 % (в 2017 году – 38,33 %), от 41 до 60 минут – 30,08 % (в 2017 году – 29,95 %), до 20 минут – 12,16 % (в 2017 году – 9,9 %), более 60 минут – 17,36 % (в 2017 году – 21,82 %).

В крае с 2015 года функционирует региональная информационная система «Открытая скорая помощь», работающая по облачной технологии через веб-интерфейс. Данная система внедрена на территории Алтайского края за исключением территорий, обслуживание которых осуществляется КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул».

Каждая бригада скорой медицинской помощи, работающая с системой «Открытая скорая помощь» оснащена планшетом, а диспетчер – автоматизированным рабочим местом, с доступом к карте вызова пациента.

Система позволяет сократить время передачи вызова выездной бригаде, автоматизировать управление службой, учитывать движение медикаментов.

Система позволяет определять местонахождения вызова и автомобиля, выбрать кратчайший маршрут движения к адресу, учитывать пробег, скорость движения и т.д.

С момента начала транспортировки система позволяет оперативно получать информацию приемных покоев больниц о наличии свободных мест в отделениях необходимого профиля, а в случаях отсутствия – оперативно, до прибытия, принять решение о госпитализации в другое учреждение нужного профиля. Кроме того, после интеграции с поликлиниками и стационарами, программа позволяет автоматизировать передачу информации в лечебные учреждения.

Система позволяет составлять статистические отчеты как по утвержденным формам, так и любые количественные отчеты. Кроме того, дает возможность производить автоматическую выгрузку реестров в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

В 2015 году созданы межмуниципальные агломерации скорой медицинской помощи на базе КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Бийск», КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Рубцовск».

Доля населения, проживающего в созданных агломерациях, составляет 55,8 % (1308713 из 2342 тыс.).

На 1 января 2019 года скорая медицинская помощь населению Алтайского края оказывалась силами 246 выездных бригад, в том числе 10 специализированных (3 психиатрические, 5 анестезиологии-реанимации, 2-анестезиологии-реанимации педиатрические), 50 общепрофильных врачебных бригад и 186 фельдшерских. Врачебными кадрами служба укомплектована на 38 %, средним медицинским персоналом на 59 %.

В настоящее время службы скорой медицинской помощи Алтайского края находится в процессе объединения под единым функциональным управлением из единой диспетчерской скорой медицинской помощи. В настоящее время единые диспетчерские функционируют на базе станций скорой медицинской помощи г. Барнаул и г. Рубцовск.

КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф» оказывает скорую специализированную медицинскую помощь жителям края с применением специального санитарного автотранспорта (автомобили скорой помощи класса С) и воздушного транспорта (вертолет МИ-8 и МИ-8 МТВ 1).

Таблица 4

ЭФФЕКТИВНОСТЬ
использования единиц тяжелой техники в 2018 году

№ п/п	Название медицинской организации	Наименование диагностического оборудования (КТ, МРТ, ангиографы, С-дуга, радиотерапевтическое оборудование)	Дата ввода в эксплуатацию	Использование аппарата (часов в сутки)	Количество исследований в сутки	Количество исследований за 2018 год	Сроки и причины простоя	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»	Томограф компьютерный OPTIMA CT 580 w	2014	12	21	5040	–	–
		Томограф магнитно-резонансный OPTIMA MR 450 w	2015	12	20	4800	–	–
		ОФЭКТ/КТ Tandem Discovery670 (RU3637NM01)	2010	15-45	42	10902	–	–
		ГТА АГАТ-Р	1990	2	03.май	1200	4 (сервис)	Устаревший аппарат, старые технологии. Подготовлены документы для вывода из эксплуатации
		ГТА АГАТ-ВУ	1994	4	8	960	4 (сервис)	Модернизирован и перезаряжен источниками в 2018г, используется как альтернативный вариант в случае выхода из строя ГТА MultiSource
		ГТА Theratron Equinox	2011	6	30	7200	4 (сервис)	При покупке в 2021г нового ЛУ 5 МВ возможен демон-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								таж с монтажом на месте аппарата АГАТ Р1
		ГТА MultiSource HDR	2011	8	15	1880	4 (сервис)	
		ЛУ «PHILIPS SL-75\5»	1998	8	65	19500	4 (сервис)	
		Высокоэнергетический ЛУ Clinac iX	2011	8	60	18000	21 (сервис, ремонт)	
		Низкоэнергетический ЛУ Unique Power	2014	8	65	19500	4 (сервис)	
		РТА - 02	2007	6	20	4800	4 (сервис)	
		РТА - 02	2011	6	20	4800	4 (сервис)	
		РУМ-17	1994	2	02.мар	360	4 (сервис)	В 2019 г планируется поставка нового рентгенотерапевтического аппарата в помещение РУМ-17, данный аппарат будет демонтирован и выведен из эксплуатации
2	КГБУЗ «Клинико-диагностический центр г. Рубцовска»	Томограф рентгеновский компьютерный 16-срезовый серии «BRIGHTSPEED»	19.12.2011	7,5 часа	25	5593	26 - 27.11.2018 13.08 по 5.06.2018	ремонт 2 дня отпуск врача
3	КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск»	Аппарат контактной гамма-терапии «Multisource HDR»	21.02.2013	6 ч	3	713	-	-
		Аппарат дистанционной гамма-терапии «Teratron	18.09.2013	9 ч	32	8013	-	-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Equinox»						
		Ускоритель электронов СЛ75-5-МТ	27.11.2003	9 ч	36	8965	–	–
		Рентген-диагностическая передвижная установка с С-образной рамой «Ziehm Vision R»	30.01.2013	6 ч	2	474	–	–
		Рентгенотерапевтический аппарат Рентген ТА-02	19.01.2007	3 ч	9	2171	–	–
		Томограф рентгеновский компьютерный 16-срезовый серии «Brightspeed»	23.05.2013	6 ч	13	3138	–	–
4	КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовск»	Томограф рентгеновский компьютерный 16-срезовый серии «Brightspeed» Elite	2013	9	14	3379	–	–
		Линейный ускоритель Philips-75-SL	2004	5	от 40 до 55	226	–	–
		Рентгенотерапевтический аппарат РТА-2	2011	2	от 20 до 30	204	–	–
5	КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр г.Бийск»	Томограф рентгеновский компьютерный 16-срезовый серии «Brightspeed» Elite Advantage	апрель 2012	с 8 утра до 16:00 (8 часов)	19 (за 8 часов рабочий день)	1843	01.01.2018 по 17.08.2018 (142 рабочих дня)	Замена Rg-трубки, высоковольтного трансформатора, высоковольтного кабеля, ИПБ, обновление программного обеспечения
6	КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	Томограф магнитно-резонансный Signa HD	2011	10	25	5020	–	–
		Томограф компьютерный LightSpeed VCT Select (LightSpeed Pro32)	2009	24	59	10557	Неисправен с 25.06.2018 по 08.08.2018	Замена калибратора

1	2	3	4	5	6	7	8	9
							18	
		Томограф компьютерный рентгеновский 128 срезовый, «SOMATOM Definition»	2009	9	43	8736	–	–
		Томограф компьютерный рентгеновский (128 срезов) Revolution EVO, Япония, 2018 г.в.	25.12.2018	0	0	0	–	–
		Установка ангиографическая INNOVA 4100 IQ	2009	24	5,48	1999	–	–
		Установка ангиографическая INNOVA 3100 IQ	2013	24	8,22	3000	–	–
7	КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»	Томограф магнитно-резонансный Ingenia 1,5 T	2012	12	60	14940	–	–
		Томограф магнитно-резонансный Intera 1,0 Philips Medical Systems	2005	12	56	13944	–	–
		Томограф магнитно-резонансный Ingenia 1,0 Philips Medical Systems	2018	12	71	120	–	–
		Мультиспиральный компьютерный томограф 4-х срезовый Asteion Super 4, Toshiba Medical Systems	2008	12	51	12699	–	–
		Мультиспиральный компьютерный томограф 64-х срезовый Aquilion 64, Toshiba Medical Systems	2008	12	52	12948	–	–
		Томограф компьютерный Revolution EVO, GE	2018	12	48	130	–	–
8	КГБУЗ «Славгородская ЦРБ»	Компьютерный томограф Brightspeed 16-срезовый	2012	Аппарат работает	8	2454	22.06.2018 - 05.07.2018	Выход из строя консоли управления

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				круг- лосу- точно				
		Передвижная установка типа С-дуга КМС-650	2012	Аппа- рат рабо- тает круг- лосу- точно	2	501	--	--
9	КГБУЗ «Го- родская боль- ница № 5, г. Барнаул»	Томограф ком- пьютерный 16 срезовый серии «BrighSpeed Elite Selest»	2009	24	14,3	5219	26 дне й	ремонт
		Установка ангиографическая Innova	2012	15	22	1835		Количе- ство иссле- дований в сутки от 4 до 22
		Система с С- ду- гой мобильная изоцентрическая рентгендиагно- стическая/хир. Arcodis Avantic	2010	15	10	815		Количе- ство иссле- дований в сутки от 2 до 10
10	КГБУЗ «Ал- тайский крае- вой кардиоло- гический дис- пансер»	Установка ангиографическая INNOVA 3100 IQ	2011	24	8	2677	04.06.- 26.06. 2018	Отсутствие рентгенов- ского излу- чения, за- мена рент- геновского излучателя
		Комплекс ангио- графический Infinix VF-i	2014	24	10	3449	28.06.- 11.07. 2018	Проверка и настройка движений арки и стола, настройка генератора, анализ ошибок си- стемы, до- ливка жид- костей, пе- реуста- новка ПО. Подключе- ние тсточ- ника бесперебойного питания. 12.11- 15.11.2018. Ремонт мо- нитора.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск»	КТ-MX16-Slice	15.03.2019	неисправен	-	-	техническая неисправности на гарантии обслуживания	
		КТ «Optima CT660»	14.11.2013	24 часа	20	4029 (с 19.06.18)	-	-
		С-дуга	31.01.2012	8 ч.	0,8	192	-	-
12	КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул»	Мультиспиральный 16 срезовый компьютерный томограф «BrighSpeed Elite Selest»	2009	24	1	1257	215	поломка
		Аппарат рентгеновский диагностический передвижной с С-образной дугой GE OEC Flurostar	2011	8	4	350	-	-
13	КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск»	Рентгеновский компьютерный томограф Aquilion PXL МСКТ «Тошиба»	2013	24	44	7639	-	-
14	КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи»	Компьютерный томограф Light Speed 16	2004	6	10	2533	11 дней простоя	Ошибка модуля разгона и торможения ротора трубки. Повторный приезд инженера, полная диагностика, запуск аппарата без замены модуля. Взаимозаменяемость томографов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								при поломке одного - другой работает круглосуточно.
		Томограф рентгеновский компьютерный серии «Optima CT 660»	2013	24	23	6530	80 дней простоя	Неисправность платы ICOM PWA, неисправность платы контроллера, замена.
		С-дуга «АРХП-РЕНЕКС»	2018				63	Простой (подготовка заключения для получения санэпид заключения для работы с ИИИ)
		С-дуга «АРХП-РЕНЕКС»	2013	24	4	1096	–	–
		С-дуга «АРХП-РЕНЕКС»	2013	24	23	825	–	–
		С- дуга «АРХП-РЕНЕКС»	2013	24	4	796	77	простой (ремонт кабеля)
		С-дуга «АРХП-АМИКО»	2013	–	–	–	365	списан в 2018 году (предельное состояние эксплуатации ИМТ, вышел срок службы ИМТ по ТУ и паспортным данным, нарушена прочность деталей и механизмов, стоимость ремонта ИМТ соизмерима или превышает стоимость нового аппарата
		С- дуга «Area MR9»	2012	24	3	500	–	–

В рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Алтайском крае больным в связи с ОКС медицинская помощь оказывается:

в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи: фельдшеры ФАП;

вне медицинской организации: бригадами скорой медицинской помощи;

в стационарных условиях: в специализированных отделениях кардиологии с блоками интенсивной терапии и палатами реанимации и интенсивной терапии в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых центрах, а также в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации при необходимости хирургических методов лечения, высоким риском хирургического лечения при наличии осложненного течения основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний.

Маршрутизация больных с ОКС в крае осуществляется на основании приказа Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от Приказ Министерства здравоохранения Алтайского края № 425 от 21.12.2018 «Об оказании медицинской помощи на территории Алтайского края больным с острым коронарным синдромом»

В г. Барнауле маршрутизация больных с ОКС осуществляется согласно приказу Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 31.07.2013 № 578 «Об организации экстренной и неотложной помощи кардиологическим больным». На его основании с целью ранней реваскуляризации миокарда больные с ОКС давностью клиники до суток госпитализируются в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», пациенты с клиникой ОКС более суток госпитализируются в кардиологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», где они получают консервативное лечение и далее по показаниям направляются для проведения плановой коронароангиографии.

Мощность КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» - РСЦ 1 – 350 коек, в том числе 260 кардиологических для взрослых, 20 реабилитационных и 70 кардиохирургических. Поликлиника 500 посещений/день, дневной стационар имеет 12 коек с работой в 2 смены.

В КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – РСЦ-2 – 1200 коек расположен региональный сосудистый центр, в составе которого 120 коек кардиологического отделения ОИМ и 6 коронарного блока. Отделение неврологии 60 коек, 12 ПРИТ. При КГБУЗ «Краевая клиническая больница» существует консультативная поликлиника. Прием пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ведут 3 врача-кардиолога. Средняя нагрузка на врача 30 посещений в день. Жители районов края направляются в поликлинику участковыми терапевтами. Жители г. Барнаула в структуре посещений составляют 65%.

В поликлиниках КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница» имеется возможность прове-

дения диагностических исследований как в день обращения, так и по предварительной записи: ЭКГ, ЭХО-кг, УЗИ внутренних органов, УЗИ сонных артерий, нагрузочное тестирование, тредмил-тест, велоэргометрии, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД.

Для обеспечения экстренной консультативной помощи в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» создан краевой дистанционный кардиологический пункт. Все медицинские организации оснащены системой дистанционной записи электрокардиограммы. Ежегодно проводится более 4500 консультаций, более 1800 пациентов переводится в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница», 68 % из них оказывается высокотехнологичная медицинская помощь.

Ежегодно в крае регистрируется более 8 тысяч случаев ОКС. Догоспитальная ТЛТ при прямой госпитализации проводится в 39,6 % случаев. В составе РСЦ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» имеются отделения РХМДЛ (2 и 2 рентгеноперационных), отделения неотложной кардиологии (75 и 20 коек), ПРИТ (18 коек и 6 коек). Режимы работы РСЦ 24/7. Внутрибольничная маршрутизация пациентов планируется после телефонного оповещения бригады скорой медицинской помощи. Пациенты в крайне тяжелом и критическом состоянии сразу направляются в отделение реанимации (в составе 18 коек). Остальные проходят первичный осмотр в приемном отделении (1+1 смотровых), время пребывания в среднем 10-15 минут, где проводится осмотр дежурным врачом-кардиологом (реаниматологом), записывается ЭКГ, проводится забор анализов крови, оформляется история болезни. После осмотра в приемном отделении пациенты переводятся в отделения РХМДЛ. Показатель внутрибольничной маршрутизации «дверь-баллон» для пациентов с ОКС составляет, в среднем, 20 минут.

В 2017 году в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» поступило пациентов: с диагнозом ОИМ – 1758, из них: ОИМпST:790, с ОИМбпST: 968; с диагнозом - нестабильная стенокардия: 1535. Летальность составила при ОИМ всего - 6,4 %; при ОИМпST - 6,5 %; при ОИМбпST – 6,1 %. При нестабильной стенокардии фатальных исходов не было. За 2018 год в РСЦ-АККД поступило пациентов с диагнозом ОИМ – 2322; из них с ОИМпST – 958; с ОИМбпST – 1364, с диагнозом нестабильная стенокардия – 1689. Летальность составила при ОИМ всего – 6,8 %; при ОИМпST – 5,6 %, при ОИМбпST – 4,3 %. При нестабильной стенокардии фатальных исходов нет. В 2017 году в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» проведено 1825 экстренных ЧКВ. В 2018 году в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» проведено 2357 экстренных ЧКВ. Другие операции в РСЦ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» в 2017 году АКШ – 234. Другие операции в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» в 2018 году – АКШ – 302. При ОКС для вмешательств на коронарных артериях в 46 % случаев используются металлические стенты

без лекарственного покрытия «Каллипсо», «Рибил» и др. В 54 % случаев используются стенты с лекарственным покрытием «Стентоник» и др. Число госпитализаций в среднем 3958 в год.

В 2018 году в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» проведено 477 экстренных ЧКВ, 2 экстренных стентирования сонных артерий, АКШ – 185. В 2017 году в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» поступило пациентов: с диагнозом ОИМ – 508, из них ОИМпСТ – 336, с ОИМбпСТ – 172; с диагнозом нестабильная стенокардия – 379. Летальность составила при ОИМ всего 3,5 %, при ОИМпСТ – 4,6 %; при ОИМбпСТ – 1,2 %. При нестабильной стенокардии фатальных исходов не было. В 2017 году в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» проведено 450 экстренных ЧКВ, 2 экстренных стентирования сонных артерий.

При ОКС для вмешательств на коронарных артериях в 60 % случаев используются металлические стенты без лекарственного покрытия «Синус», «Мульти-линк» и др. В 40 % случаев используются стенты с лекарственным покрытием «Ксайнс кспедишн» и др. Общее число госпитализаций в среднем 970 в год.

Количество и доля больных, поступивших в стационар в течение 2 часов от начала заболевания от числа всех случаев ОКСпСТ – 768/27,1 %. Количество и доля больных с ОКСпСТ, поступивших в стационар в течение 12 часов от начала заболевания от всех случаев ОКСпСТ – 1476/52 %.

Стационарное лечение в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница» проводится в соответствии с клиническими рекомендациями: пациенты получают двойную антиагрегантную терапию в правильных дозах, статины – в правильных дозах; бета-адреноблокаторы в правильных дозах; ингибиторы АПФ – в правильных дозах.

Благодаря внедрению мероприятий по раннему восстановлению коронарного кровотока, летальность от острого инфаркта в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» составляет 6,7 %. В КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – 5,0 %.

Ангиокомплексы, введенные в эксплуатацию в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» в 2011 и 2013 годах, неоднократно капитально ремонтировались с установкой новых узлов и деталей, трижды проводилась замена рентгеновской трубки. Приобретение нового ангиокомплекса позволит осуществлять данный вид помощи в прежних и даже больших объемах.

Во исполнение приказа Министерство здравоохранения Алтайского края от 11.05.2018 № 141 «О проведении медицинской реабилитации при соматических (кардиологических) заболеваниях в условиях круглосуточного стационара КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» на базе данного отделения развернуто 20 реабилитационных коек. В 2017 году в кардиологическом отделении № 3 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» прошли стационарный этап медицинской реабилитации

1200 больных, перенесших острый инфаркт миокарда и/или реконструктивные операции на сердце и его сосудах, в 2018 году – 1403 пациента.

Лицензионным условием открытия данных коек является приобретение следующего оборудования: аппаратов для мониторинга артериального давления и ЭКГ, велоэргометров с биологической обратной связью и возможностью программирования индивидуальной нагрузки медицинских тредмилов с возможностью проведения эргометрического тестирования, тренажеров с биологической обратной связью для тренировки ходьбы, тредбанов.

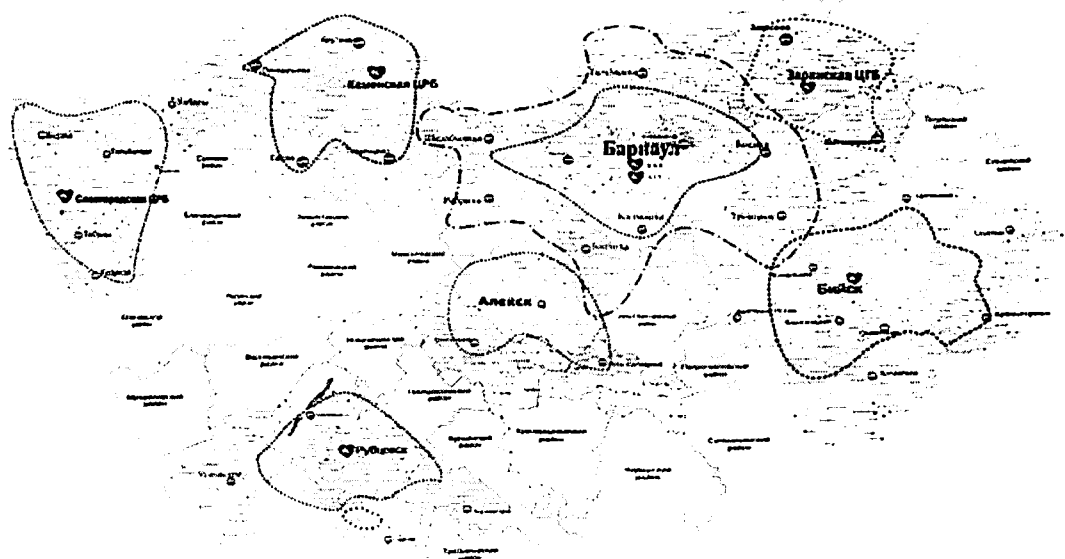
Амбулаторный этап долечивания для данной категории больных в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» осуществляется на базе кабинета восстановительного лечения, в котором наблюдаются более 2000 больных.

При ежегодно выполняющихся 500 операциях АКШ становится актуальной проблема контроля проходимости имплантированных сосудов. Адекватным неинвазивным методом визуализации сосудов сердца является мультиспиральная компьютерная томография.

Схема прикрепления краевых медицинских организаций за инвазивными центрами терапии ОКС выгладим следующим образом:

Рисунок 1

СХЕМА
прикрепления краевых медицинских организаций за инвазивными центрами терапии ОКС



КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»: г. Барнаул, г. Бийск, г. Камень-на-Оби, КГБУЗ «Бийская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница Ельцовского района», КГБУЗ «Зональная центральная районная больница», КГБУЗ «Красногорская

центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница Солтонского района», КГБУЗ «Целинная центральная районная больница» КГБУЗ «Городская больница им. Н.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск», КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Сибирский», КГБУЗ «Косихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Краснощековская центральная районная больница», КГБУЗ «Мамонтовская центральная районная больница», КГБУЗ «Павловская центральная районная больница», КГБУЗ «Первомайская центральная районная больница имени А.Ф. Воробьева», КГБУЗ «Ребрихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Романовская центральная районная больница», КГБУЗ «Тальменская центральная районная больница», КГБУЗ «Троицкая центральная районная больница», КГБУЗ «Шелаболихинская центральная районная больница» КГБУЗ «Баевская центральная районная больница», КГБУЗ «Крутихинская центральная районная больница» КГБУЗ «Панкрушихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Тюменцевская центральная районная больница» КГБУЗ «Заринская центральная городская больница» КГБУЗ «Кытмановская центральная районная больница» КГБУЗ «Тогульская центральная районная больница» КГБУЗ «Залесовская центральная районная больница»);

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (г. Рубцовск; г. Славгород; г. Алейск; КГБУЗ «Топчихинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Калманская центральная районная больница»; КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Белокуриха»; КГБУЗ «Алтайская центральная районная больница»; КГБУЗ «Быстроистокская центральная районная больница»; КГБУЗ «Петропавловская центральная районная больница»; КГБУЗ «Смоленская центральная районная больница»; КГБУЗ «Советская центральная районная больница»; КГБУЗ «Солонешенская центральная районная больница»; КГБУЗ «Бурлинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Волчихинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Егорьевская центральная районная больница»; КГБУЗ «Змеиногорская центральная районная больница»; КГБУЗ «Курьинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Локтевская центральная районная больница»; КГБУЗ «Михайловская центральная районная больница»; «МСЧ р.п. Малиновое Озеро»; КГБУЗ «Новичихинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Поспелихинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Рубцовская центральная районная больница»; КГБУЗ «Староалейская центральная районная больница»; КГБУЗ «Угловская центральная районная больница» КГБУЗ «Алейская центральная районная больница» КГБУЗ «Усть-Калманская центральная районная больница» КГБУЗ «Усть-Пристанская центральная районная больница» КГБУЗ «Чарышская центральная районная больница» КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ» КГБУЗ «Центральная районная больница Немецкого национального района»; КГБУЗ «Табунская центральная районная больница»; КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница»; КГБУЗ «Завьяловском центральная районная больница»; КГБУЗ «Кулундинская центральная районная больница»; КГБУЗ «Ключевская центральная районная больница имени Антоновича И.И.»; КГБУЗ «Цен-

тральная районная больница с. Родино»; КГБУЗ «Табунская центральная районная больница»; КГБУЗ «Хабарская центральная районная больница»; ФГУЗ «МСЧ № 128, г. Яровое».

Амбулаторно реабилитация пациентов после ОКС и реконструктивных операциях на сердце проводится на базе санатория «Барнаульский», где имеется специализированное отделение на 105 коек для долечивания больных, ОКС и реконструктивные операции на сердце и сосудах.

Санаторий располагает комплексом диагностических обследований: ЭКГ, ВЭМ, эхо-кардиография, суточное мониторирование АД и ЭКГ, лабораторные общеклинические и биохимические методы диагностики, рентгенодиагностика. Программа реабилитации пациентов с БСК включает в себя: лечебную гимнастику, велотренировки, ходьбу на беговой дорожке, дозированную ходьбу по территории (с индивидуальным расчетом скорости), оздоровительное плавание, суховоздушные углекислые ванны, магнитотерапию, спелеотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию. За период 2016-2018 годы по программам государственных гарантий реабилитировано 3962 пациента Алтайского края. В 2018 году реабилитация после АКШ (МКШ) проведена 207 пациентам, после операций на клапанном аппарате сердца – 103 пациентам. Итого 310 больных. После стентирования на ОКС реабилитировано 770 человек.

Министерством здравоохранения Алтайского края изданы приказы, регулирующие на территории края этапы оказания, схему оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, технологию госпитализации больных, перечень показаний и противопоказаний для доставки больных в первичные неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, схему территориального прикрепления краевых медицинских организаций за первичными неврологическими отделениями, а также порядок перевода больных между краевыми медицинскими организациями.

Министерством здравоохранения Алтайского края в постоянном режиме проводится анализ случаев непрофильной госпитализации. Установлено, что основными причинами являлись тяжесть состояния больных, не позволяющая осуществить транспортировку, и поздняя обращаемость пациентов. В этих случаях оказывается экстренная помощь по восстановлению коронарного кровотока и стабилизации состояния, после чего пациенты переводятся силами КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф» в профильные стационары для оказания высокотехнологичной помощи.

Для увеличения своевременности обращения больных при первых симптомах острых сердечно-сосудистых событий в крае осуществляется работа по выявлению пациентов, которым угрожает повышенный общий риск, информирование о возможностях коррекции факторов риска, обучению методикам здорового образа жизни: проводится обучение пациентов симптомам острой коронарной и церебральной патологии с целью сокращения времени между появлением симптомов и первым контактом с врачом, в школах ишемической болезни сердца, коронарном клубе, обучение бригад скорой медицинской помощи основам диагностики острого инфаркта и инсульта и базовым навыкам

проведения сердечно-легочной реанимации на циклах факультета повышения квалификации в соответствии с планом обучения.

Медицинская помощь пациентам с инсультом оказывается в региональном сосудистом центре на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и в 5 первичных неврологических отделениях для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Министерством здравоохранения Алтайского края издан Приказ № 364 от 05.12.2018 «Об оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Алтайском крае», регулирующие на территории края этапы оказания, схему оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, технологию госпитализации больных, перечень показаний и противопоказаний для доставки больных в первичные неврологические отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, схему территориального прикрепления краевых медицинских организаций за первичными неврологическими отделениями, а также порядок перевода больных между краевыми медицинскими организациями

Медицинская помощь больным с ОНМК в Алтайском крае оказывается: в рамках оказания скорой медицинской помощи: бригадами скорой медицинской помощи, согласно приложению 3 настоящего приказа;

в рамках оказания специализированной медицинской помощи: неврологическими отделениями для больных с ОНМК, региональным сосудистым центром КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (далее – РСЦ), отделениями анестезиологии и реанимации краевых медицинских организаций в течении острого и острейшего периода ОНМК;

в рамках оказания специализированной реабилитационной помощи: отделениями реабилитации для больных с нарушением центральной нервной системы, в том числе в санаторно-курортных организациях.

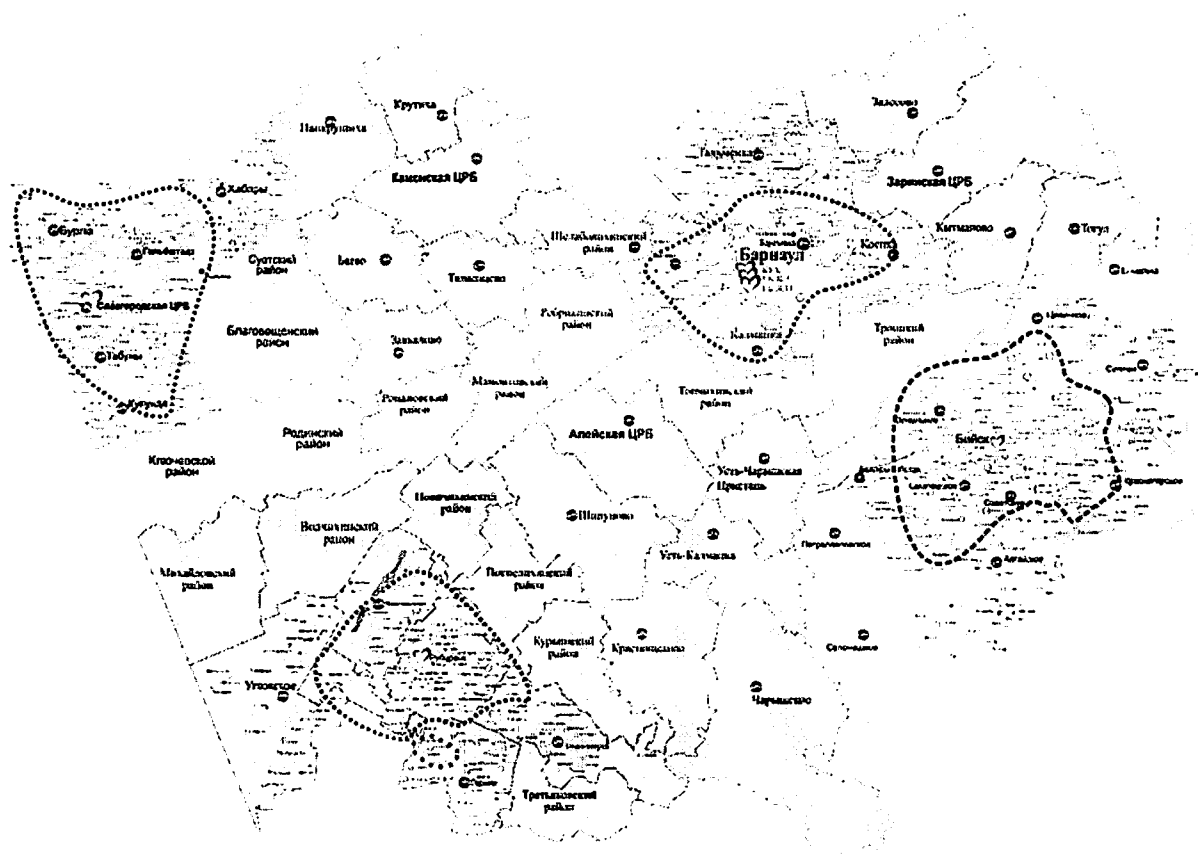
2. На первом этапе медицинская помощь больным с ОНМК и транзиторными ишемическими атаками (далее – ТИА) оказывается бригадами скорой медицинской помощи.

3. На втором этапе оказание медицинской помощи больным с ОНМК и ТИА осуществляется в неврологических отделениях для больных с ОНМК городов Барнаула, Бийска, Рубцовска, Славгорода и РСЦ.

Схема территориального прикрепления краевых медицинских организаций к неврологическим отделениям для больных с ОНМК и региональному сосудистому центру выглядит следующим образом.

Рисунок 2

СХЕМА маршрутизации больных с ОНМК



КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (РЦ) (КГБУЗ «Первомайская центральная районная больница имени А.Ф. Воробьева», КГБУЗ «Калманская центральная районная больница», КГБУЗ «Косихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Краснощековская центральная районная больница», КГБУЗ «Кытмановская центральная районная больница», КГБУЗ «Мамонтовская центральная районная больница», КГБУЗ «Ребрихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Романовская центральная районная больница», КГБУЗ «Тальменская центральная районная больница», КГБУЗ «Топчихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Троицкая центральная районная больница», КГБУЗ «Тюменцевская центральная районная больница», КГБУЗ «Алейская центральная районная больница», КГБУЗ «Каменская центральная районная больница», КГБУЗ «Заринская центральная районная больница», КГБУЗ «Усть-Калманская центральная районная больница», КГБУЗ «Усть-Пристанская центральная районная больница», КГБУЗ «Тогульская центральная районная больница», КГБУЗ «Залесовская центральная районная больница», КГБУЗ «Завьяловская центральная районная больница», КГБУЗ «Чарышская центральная районная больница», КГБУЗ «Шипуновская центральная районная больница», КГБУЗ «Баевская центральная районная

больница», КГБУЗ «Крутихинская центральная районная больница»);

КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул» (КГБУЗ «Городская больница № 10, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница им. Н.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск», КГБУЗ «Городская поликлиника № 1, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника № 3, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника № 14, г. Барнаул»);

КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул» (КГБУЗ «Городская поликлиника № 7, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская поликлиника № 10, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 12, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул» КГБУЗ «Павловская центральная районная больница», КГБУЗ «Шелаболихинская центральная районная больница»);

КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» (КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Бийск», КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Бийск», КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Бийск», КГБУЗ «Первая поликлиника г. Бийск», КГБУЗ «Бийская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Белокуриха», КГБУЗ «Алтайская центральная районная больница», КГБУЗ «Быстроистокская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница Ельцовского района», КГБУЗ «Зональная центральная районная больница», КГБУЗ «Красногорская центральная районная больница», КГБУЗ «Петропавловская центральная районная больница», КГБУЗ «Смоленская центральная районная больница», КГБУЗ «Советская центральная районная больница», КГБУЗ «Солонешенская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница Солтонского района», КГБУЗ «Целинная центральная районная больница»);

КГБУЗ «Славгородская центральная городская больница, г. Славгород» (ФГУЗ «МСЧ № 128, г. Яровое», КГБУЗ «Славгородская центральная районная больница», КГБУЗ «Бурлинская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница Немецкого национального района», КГБУЗ «Табунская центральная районная больница», КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница», КГБУЗ «Кулундинская центральная районная больница», КГБУЗ «Ключевская центральная районная больница имени Антоновича И.И.», КГБУЗ «Центральная районная больница, с. Родино», КГБУЗ «Центральная районная больница Суетского района», КГБУЗ «Хабарская центральная районная больница», КГБУЗ «Панкрушихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная районная больница, с. Завьялово»);

КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» (КГБУЗ «Городская больница № 1, г. Рубцовск», КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск», КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Рубцовск», КГБУЗ «Рубцовская центральная районная больница», КГБУЗ «Волчихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Егорьевская центральная районная больница»,

КГБУЗ «Центральная районная больница г. Змеиногорска», КГБУЗ «Курьинская центральная районная больница», КГБУЗ «Центральная больница Локтевского района», КГБУЗ «Михайловская центральная районная больница», КГБУЗ «Новичихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Поспелихинская центральная районная больница», КГБУЗ «Староалейская центральная районная больница Третьяковского района», КГБУЗ «Угловская центральная районная больница».

Больные, проживающие в зоне 60-минутной транспортной доступности от неврологических отделений для больных с ОНМК и РСЦ, госпитализируются напрямую бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приложением к настоящему приложению. Транспортировка должна производиться в «терапевтическое окно» (до 4,5 часов от момента начала заболевания) для возможности проведения тромболитической терапии. Территориальное прикрепление краевых медицинских организаций к неврологическим отделениям для больных с ОНМК и РСЦ определяется в соответствии с настоящим приказом.

Больные, проживающие в зоне свыше 60-минутной транспортной доступности от неврологических отделений для больных с ОНМК и РСЦ, госпитализируются в отделение реанимации и интенсивной терапии краевых медицинских организаций, с последующим переводом их в неврологические отделения для больных с ОНМК или РСЦ. Информация о каждом доставленном больном с ОНМК передается из краевой медицинской организации по телефону в прикрепленное неврологическое отделение для больных с ОНМК или РСЦ в течение 2 часов с момента поступления пациента. Медицинская организация осуществляет ведение в онлайн режиме электронных историй болезни в региональной информационной системе АРМ «Стационар», начиная с приемного отделения.

Транспортировка больных из отделений анестезиологии и реанимации краевых медицинских организаций в неврологические отделения для больных с ОНМК или РСЦ осуществляется бригадами скорой медицинской помощи краевых медицинских организаций или выездными экстренно-консультативными бригадами скорой медицинской помощи КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф».

Транспортировка больных в РСЦ (в том числе для проведения рентгеноваскулярного или нейрохирургического вмешательства) проводится по предварительному согласованию с дежурным специалистом отдела консультативно-диагностической помощи РСЦ или дежурным неврологом, нейрохирургом.

Кадровый состав учреждений

В 5 отделениях ПСО и 2 отделениях РСЦ работает:

50 врачей неврологов, из них 10 совместители, укомплектованность физическими лицами составляет – 66,2 %;

108 врачей кардиологов, из них 11 совместителей, укомплектованность ф/л составляет 66,6 %;

50 врачей анестезиологов-реаниматологов (из них 13 совместителей), укомплектованность ф/л – 52,2 %;

5 врачей нейрохирургов, укомплектовано на 100 %;

4 врача психиатра (по совместительству);

29 врачей функциональной диагностики (10 из них совместители) укомплектованность ф/л – 56,3 %;

23 врача УЗД (8 по совместительству), укомплектованность ф/л – 55,1 %;

10 врачей по лечебной физкультуре (2 из них по совместительству), укомплектованность ф/л – 43,5 %;

5 врачей физиотерапевтов (из них 4 совместителя), укомплектованность ф/л – 54,1 %;

9 логопедов (из них 2 по совместительству), укомплектованность ф/л – 63,2 %;

5 медицинских психолога (из них 2 по совместительству), укомплектованность ф/л – 37,7 %;

9 инструкторов методистов по лечебной физкультуре, укомплектованность ф/л – 60,0 %;

2 инструктора по трудовой терапии, укомплектованность ф/л – 53,3 %;

1 социальный работник, укомплектованность ф/л – 11,1 %;

Отсутствуют специалисты: врач восстановительной медицины (4,5 шт.ед.) и врач рефлексотерапевт (3,75 шт.ед.).

Таблица 5

№ п/п	Наименование должности	Количество ставок	Число физических лиц, человек	Из них совместителей, человек	Коэффициент совместительства	Укомплектованность физическими лицами, %
1	2	3	4	5	6	7
1	Врач-невролог	75,50	50	10	1,51	66,2
2	Врач-кардиолог	162,25	108	11	1,50	66,6
2.1	врач-кардиолог отделения для больных с ОНМК	4,50	4	4	1,13	88,9
3	Врач анестезиолог-реаниматолог	95,75	50	13	1,92	52,2
3.1	из них: БИТ отделения для больных с ОНМК (ОРИТ для больных с ОНМК)	27,75	18	13	1,54	64,9
3.2	из них БИТ отделения для больных с ОКС	39,00	17	0	2,29	43,6

	(ОРИТ для больных с ОКС)					
4	Врач-нейрохирург	3,00	5	0	0,60	166,7
5	Врач рентгеноэндо-васкулярных диагностики и лечения	17,75	15	0	1,18	84,5
6	Врач-психиатр	2,75	4	4	0,69	145,5
7	Врач функциональной диагностики	51,50	29	10	1,78	56,3
8	Врач ультразвуковой диагностики	41,75	23	8	1,82	55,1
9	Врач по лечебной физкультуре	23,00	10	2	2,30	43,5
10	Врач-физиотерапевт	9,25	5	4	1,85	54,1
11	Врач восстановительной медицины	4,50	0	0	0,00	0,0
12	Врач-рефлексотерапевт	3,75	0	0	0,00	0,0
13	Логопед	14,25	9	2	1,58	63,2
14	Медицинский психолог	13,25	5	2	2,65	37,7
15	Инструктор-методист по лечебной физкультуре	15,00	9	0	1,67	60,0
16	Инструктор по трудовой терапии	3,75	2	0	1,88	53,3
17	Социальный работник	9,00	1	0	9,00	11,1

Таблица 6

Сведения об укомплектованности отделений, оказывающих помощь больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, участвующих в реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, медицинским и иным персоналом

В целом по краю за 2018 год	Обеспеченность врачами, на 10 тыс. взрослого населения	Укомплектованность, штатными единицами	Укомплектованность, физическими лицами	Коэффициент совместительства АПУ	Коэффициент совместительства, стац.	Коэффициент совместительства, всего
кардиологи	0,89	77,94	56,56	1,31	1,41	1,4
неврологи	1,81	86,95	59,26	1,25	1,80	1,5
онкологи	0,73	87,95	57,02	1,54	1,54	1,5
по рентгеноваскулярным диагностике и лечению	0,07	95,00	52,00	0,00	1,83	1,8

Таблица 7

КОЛИЧЕСТВО
бригад скорой медицинской помощи за 2018 год

Алтайский край	Общее число выездных бригадосмен	из них круглосуточных бригад всего	Число выездных специализированных анестезиолого-реанимационных бригадосмен	из них круглосуточных бригад всего	Число выездных специализированных анестезиолого-реанимационных педиатрических бригадосмен	из них круглосуточных бригад всего
2018 год	984	245	20	5	8	2

Профессиональная подготовка персонала в 2018 году

На базе ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Алтайского края проводится профессиональная переподготовка по кардиологии с симуляционным обучением, по сестринскому делу в кардиологии; неврологии с симуляционным обучением, сосудистым заболеваниям нервной системы, сестринскому делу в неврологии. В рамках непрерывного медицинского образования (далее – НМО) на Портале НМО зарегистрировано 6 циклов по кардиологии. Тематическое усовершенствование по кардиологии за 2018 год получили 92 человека, тематическое обучение по тромбозу прошли обучение 120 врачей и фельдшеров СМП.

На базе кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО проводятся лекции и практические занятия по теме ОНМК. Открыт цикл по острым и хроническим нарушениям мозгового кровообращения по системе НМО. Кроме того, ежегодно для сотрудников скорой медицинской помощи проводятся лекции по теме «Клиника, диагностика, неотложная помощь при ОНМК». Где разбираются клинические случаи, диагностические и лечебные алгоритмы, стандарты, клинические рекомендации и порядок оказания медицинской помощи при ОНМК. Также уделяется внимание региональным приказам по данным нозологиям.

В Алтайском крае действуют региональные программы поощрения и закрепления медицинских кадров такие как, смотр-конкурс «Лучший врач года», «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Реализуется Постановление Правительства Алтайского края от 10.04.2019 № 124 «О предоставлении в 2018-2019 годах единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек».

Анализ деятельности каждой медицинской организации, участвующей в оказании стационарной помощи больным с ОНМК и/или ОКС, с оценкой необходимости оптимизации функционирования

Специализированная медицинская помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения оказывается в региональных сосудистых центрах (далее – РСЦ) и первичных сосудистых отделениях (далее – ПСО). На сегодняшний день в крае имеется 2 РСЦ (КГБУЗ «Краевая клиническая больница» на 60 коек, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» на 144 койки) и 5 ПСО (КГБУЗ «Городская больница №5 г. Барнаул» на 45 коек, КГБУЗ «Городская больница №11 г. Барнаул» на 40 коек, КГБУЗ «Центральная городская больница г. Бийск» 45 коек, КГБУЗ «Городская больница № 2 г. Рубцовск» 50 коек, КГБУЗ «Славгородская ЦРБ» 30 коек). ПСО распределены по крупным городам Алтайского края в зависимости от плотности населения.

Общее количество неврологических коек для больных с острым нарушением мозгового кровообращения – 270.

Отделения полностью оснащены оборудованием в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». Режим работы всех ПСО и РСЦ – 365/7/24.

Приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от 05.12.2018 № 364 «Об оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Алтайском крае» территория Алтайского края поделена на зоны ответственности регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений. В приказе выделены отдельно схемы маршрутизации пациентов, имеющих показания для нейрохирургических и эндоваскулярных хирургических вмешательств. Такие пациенты направляются в РСЦ, где проводятся нейрохирургические и эндоваскулярные хирургические вмешательства.

Вся территория Алтайского края разделена на зоны ответственностей между ПСО и РСЦ. В зонах ответственности сосудистых центров проживают 1856288 взрослого населения края. В силу территориальной отдаленности (плечо доставки от крайней точки зон более 277 км) имеется ограничение возможности быстрой доставки пациентов в РСЦ из ряда районов края (Краснощековский, Чарышский). В настоящий момент данные больные первично доставляются в ЦРБ и вывозятся в РСЦ санитарной авиацией, реанимационными автомобилями ЦРБ.

Профильность госпитализации при остром нарушении мозгового кровообращения составляет 79,1 %, при ОКС – 85,6 %.

При высокой профильности сохраняется проблема своевременности доставки пациентов в сосудистые центры, в том числе в связи с поздней обращаемостью. Так, в 2018 году доля госпитализированных в пределах терапевтического окна в профильных отделениях составила 35 %.

Исходя из порядка оказания медицинской помощи при ОНМК «Неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения рекомендуется организовывать с учетом численности населения из примерного расчета 30 коек на 150 тыс. взрослого населения», в Алтайском крае наблюдается дефицит профильных коек для больных с ОНМК, который составляет 100 коек. В настоящее время число коек составляет 22 на 150000 населения. В связи с чем в медицинских организациях, имеющих в составе ПСО, задействованы дополнительные койки общей неврологии и запланировано открытие за счет средств краевого бюджета новых ПСО в межрайонных центрах гг. Камень-на-Оби, Заринск, Алейск.

Региональный сосудистый центр КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

В зоне обслуживания РСЦ проживает 397 тыс. взрослого населения, что составляет 21 % взрослого населения Алтайского края. В составе РСЦ функционируют:

неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) с блоком интенсивной терапии на 60 коек (48 коек ранней реабилитации и 12 коек нейрореанимации);

кардиологическое отделение с отделением кардиореанимации;

нейрохирургическое отделение 60 коек;

отделение сосудистой хирургии 60 коек;

отделение функциональной диагностики;

отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения;

отделение кардиохирургии 20 коек;

отделение лучевой диагностики с кабинетами компьютерной томографии.

В РСЦ организован круглосуточный консультативный кабинет, осуществляющий консультации больных с ОНМК по Алтайскому краю. При проведении консультаций решаются вопросы диагностики и маршрутизации больных с ОНМК. Организован кабинет телемедицинских консультаций для проведения консультации в режиме ON-LINE. Все отделения работают в круглосуточном режиме. В краевой консультативной поликлинике ведется специализированный прием больных, перенесших ОНМК для разработки методов вторичной профилактики инсульта. В течении 2018-2019 годов в крае внедрена методика тромбэкстракции при ишемическом инсульте на уровне РСЦ, отделения эндоваскулярных методов лечения. За 4 месяца 2019 года было проведено 8 процедур тромбэкстракции. Внедрение данной методики позволяет осуществлять реваскуляризации за пределами «терапевтического окна» для тромболитической терапии. В настоящее время, приказ Алтайского края по маршрутизации больных с ОНМК регламентирует направление из ближайших ПСО больных с показанием для тромбэкстракции в РСЦ, кроме того пациенты в рамках «терапевтического окна» для данной процедуры доставляются в РСЦ напрямую, минуя ПСО.

На базе РСЦ работают отделения нейрохирургии и сосудистой хирургии. Все больные имеющие аневризмы сосудов головного мозга артериовенозные мальформации направляются на консультацию нейрохирурга в РСЦ. При невозможности транспортировки больного врач-нейрохирург выезжает в ПСО для осмотра больного. Ряд больных оперируется на базе РСЦ, часть больных направляются в г. Новосибирск в федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр им. Академика Е.Н. Мешалкина. Все больные с выявленным стенозом сонных артерий при перенесенном инсульте консультируются сосудистыми хирургами РСЦ для решения вопроса о проведении эндартерэктомии.

Статистические показатели по ОНМК в РСЦ:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 1300 человек, из них с ишемическим инсультом – 942, с геморрагическим инсультом – 218;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 245 человек (18,9 %);

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис в 2018 году – 4,5 % от всех поступивших с ИИ;

летальность от ОНМК в 2018 году – 7,6;

число нейрохирургических вмешательств составило в 2018 году при геморрагическом инсульте – 78 (35,8 % от числа поступивших больных с геморрагическим инсультом).

Выводы: Доставка пациентов в РСЦ из прикрепленных районов осуществляется в период «терапевтического окна» своевременно, что позволяет осуществлять значительное число ревазуляризационных процедур.

Доля профильной госпитализации при ОНМК составляет 99,5 %.

При поступлении больного с ОНМК соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОНМК. РСЦ оснащен двумя ангиографическими установками (2008 и 2010 года выпуска), компьютерным томографом 2008 года. В рамках реализации регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» планируется в 2022 году приобретение для РСЦ ангиографа, компьютерного томографа, оборудования для отделений нейрохирургии, функциональной диагностики, нейрореанимации.

В зону обслуживания КГБУЗ «Краевая клиническая больница» входят: г. Рубцовск; г. Славгород; г. Алейск и 36 районов Алтайского края. Догоспитальная ТЛТ при прямой госпитализации в РСЦ проводится в 36 % случаев. Для догоспитальной ТЛТ используется препарат метализе.

В РСЦ госпитальная ТЛТ терапия проводится в 2 % случаев от общего количества пациентов с ОКС. Наряду с госпитализацией пациентов с ОКС в РСЦ, маршрутизация потоков предусматривает возможность госпитализации для КАГ и ЧКВ в КГБУЗ АККД (РСЦ 1) с 2 ангиографическими установками на базе. Координационный центр, обеспечивающий маршрутизацию госпитализации между учреждениями с ангиографическими установками расположен на базе КГБУЗ АККД, г. Барнаул. Таким образом, в РСЦ маршрутизируются 66 % пациентов с ОКСпST и 34 % пациентов с ОКСбпST.

В составе РСЦ отделение РХМДЛ (2 рентгеноперационных), отделение неотложной кардиологии (20 коек), отделение неотложной неврологии (60 коек), ПРИТ (всего 18 коек, из них 6 коек для больных кардиологического профиля, 12 коек для больных неврологического профиля), кардиологическое отделение для оказания плановой кардиологической помощи (40коек), неврологическое отделение для оказания плановой неврологической медицинской помощи (60 коек). Режим работы РСЦ:24/7.

Внутрибольничная маршрутизация пациентов планируется после телефонного оповещения бригады СМП. Пациенты в крайне тяжелом и критическом состоянии сразу направляются в отделение реанимации (в составе 6 коек, с отдельным подъездом). Остальные проходят первичный осмотр в приемном отделении (1смотровых на 0 коек, время пребывания в среднем 30 мин), где проводится осмотр дежурным врачом-кардиологом, записывается ЭКГ, проводится забор анализов крови, оформляется история болезни. После осмотра в приемном отделении пациент переводится в рентгеноперационную. Показатель внутрибольничной маршрутизации «дверь-баллон» для пациентов с ОКС составляет в среднем 30 минут.

За 2018 год в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» поступило пациентов с диагнозом ОИМ – 557; из них с ОИМпСТ – 415; с ОИМбпСТ – 142, с диагнозом нестабильная стенокардия – 492. Летальность составила при ОИМ всего – 5,0 %; при ОИМпСТ – 6,3 %, при ОИМбпСТ – 1,4 %. При нестабильной стенокардии фатальных исходов нет. В 2018 году в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» проведено 477 экстренных ЧКВ, 2 экстренных стентирования сонных артерий, АКШ – 185.

В отделении РХДМЛ на 9 ставках специалистов по РХДМЛ работают 6 физических лиц – специалистов по РХМДЛ, из них 6 прошли повышение квалификации по лечению ОКС. Дефицита кадров в отделении РХДМЛ нет. В РСЦ в 2 рентгеноперационных ежедневно проводится по 1-2 экстренных ЧКВ. Среднемесячная нагрузка на 1 врача-специалиста по РХМДЛ составляет по 6-7 операций ЧКВ. При ОКС для вмешательств на коронарных артериях: в 60 % случаев используются металлические стенты без лекарственного покрытия «Синус, Multi-Link, DriverSprint» (производитель Россия, США) в 40 % случаев используются стенты с лекарственным покрытием «Калипсо, Xience Xpedition, Endeavor Resolute (производитель Россия, США).

В ПРИТ 6 коек, из них 6 для пациентов с ОКС. Работают 7 врачей на 14,5 ставках и 14 медсестер на 18,75 ставках. Дефицит кадров: 3 врачей. Оснащение ПРИТ соответствует Приказу № 918.

Пациенты получают двойную антиагрегантную терапию, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ в правильных дозах. Ретроспективный анализ талонов СМП в историях болезни показал частоту проведения догоспитальной ТЛТ в 16,2 % случаев при фактическом времени доставки более 60 мин.

Выборочный анализ внутрибольничной маршрутизации показал время «дверь-игла» 30 мин. Выборочный анализ внутрибольничной маршрутизации показал время «дверь-баллон» 30 мин.

В отделении имеется ЭхоКГ в режиме 24/7. В отделении функциональной диагностики пациентам кардиологического профиля проводят ЭКГ, ЭХО-кг, нагрузочное тестирование, ВЭМ, тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ. Всем пациентам кардиологического профиля проводят лабораторные исследования активности кардиоспецифических ферментов крови – тропонин, тропонин I, КФК-МВ. Всем пациентам кардиологического профиля определяются показатели липидного спектра крови. Уровень натрийуретического пептида крови при диагнозе ХСН или подозрении на ХСН определяют. В консультативно-поликлиническом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница» прием пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ведут 3 врача-кардиолога. Средняя нагрузка на 1 врача- 30 посещений в день.

Жители районов края направляются в поликлинику участковыми терапевтами. Жители города в поликлинику направляются в среднем в 35 % случаев. В поликлинике имеется возможность проведения диагностических исследований в день обращения: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, УЗИ сонных артерий, Нагрузочное тестирование, тредмил-тест, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Диспансерное наблюдение в поликлинике не проводится. Поликлиника проводит самостоятельные дистанционные консультации с районными ЛПУ. Выездная работа в виде выездных консультаций врачей в отдаленные районы края проводится. В состав выездной бригады входят: врач-кардиолог, врач-невролог, врач-эндокринолог. Выезды происходят ежемесячно по утвержденному графику. Осмотренные по месту жительства пациенты получают рекомендации по лечению, дообследованию.

Внутрибольничная информационная система: существует компьютерная амбулаторная карта. Компьютерная система учреждения не содержит элементов поддержки принятия решений.

Компьютерная информационная система интегрирована с МИС региона. Информация о выписанных пациентах в амбулаторные ЛПУ по месту жительства автоматически передается. Телемедицинские консультации между учреждением и федеральными учреждениями (НМИЦ) проводятся. Учреждение к ВЦМК «Защита» в стадии подключения.

На базе учреждения организован дистанционный диагностический центр, оказывающий консультативную помощь районным ЛПУ/бригадам СМП. В учреждении имеется служба Теле-ЭКГ, проводящая дистанционное консультирование ЭКГ направляемых из районных центров (175 ЭКГ в месяц).

Проводится организационно-методическая работа с медицинскими учреждениями области по профилю «кардиология».

Проводится взаимодействие в федеральными НМИЦ по профилю «кардиология». В Федеральном и региональном регистре ОКС учреждение участвует.

Региональный сосудистый центр КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» расположен на базе медицинского учреждения 3 уровня, в составе 18 коек коронарного блока (РАО2), кардиологические койки – 75;

для лечения больных с острым инфарктом миокарда – 120 (в т.ч. 20 коек медицинской реабилитации больных, перенесших ОИМ); 35 коек для долечивания больных после реконструктивных операций на сердце); кардиохирургические – 70; поликлиника – 500 посещений/день; дневной стационар 12 коек с работой в 2 смены.

Координационный центр, обеспечивающий маршрутизацию между учреждениями с ангиографическими установками расположен на базе РСЦ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». Таким образом, в РСЦ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» маршрутизируются из зоны обслуживания 76 % всех пациентов с ОКС, из них 34,4 % с ОКСпST и 41,6 % пациентов с ОКСбпST.

В составе РСЦ АККД имеется отделение РХМДЛ (2 рентгенооперационных), отделение неотложной кардиологии (75 коек), ПРИТ (всего 30 коек, из них 18 – для больных кардиологического профиля), 4 кардиологических отделения для оказания плановой кардиологической помощи. Всего 205 коек. Режим работы РСЦ: 24/7.

Внутрибольничная маршрутизация пациентов планируется после телефонного оповещения бригады СМП. Пациенты в крайне тяжелом и критическом состоянии сразу направляются в отделение реанимации (в составе 18 коек) остальные проходят первичный осмотр в приемном отделении (1 смотровая на 2 койки, время пребывания в среднем – 10-15 минут), где проводится осмотр дежурным врачом-кардиологом, записывается ЭКГ, проводится забор анализов крови, оформляется история болезни. После осмотра в приемном отделении пациенты с ОКС переводятся в отделение РХМДЛ. Показатель внутрибольничной маршрутизации «дверь-баллон» для пациентов с ОКС составляет, в среднем, 20 минут.

Показатели работы РСЦ. За 2018 год в РСЦ КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» поступило пациентов с диагнозом ОИМ – 2322; из них с ОИМпST – 958; с ОИМбпST – 1364, с диагнозом нестабильная стенокардия – 1689. Летальность составила при ОИМ всего – 6,8 %; при ОИМпST – 5,6 %, при ОИМбпST – 4,3 %. При нестабильной стенокардии фатальных исходов нет. В 2018 году в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» проведено 2357 экстренных ЧКВ. Другие операции в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» в 2018 году – АКШ – 302. Число госпитализаций в среднем 3958 в год.

В отделении РХМДЛ на 14,75 ставках специалистов по РХМДЛ работают 10 физических лиц, из них 10 прошли повышение квалификации по лечению ОКС. Дефицит кадров в отделении РХМДЛ составляет 2 человека. В РСЦ в 2 рентгенооперационных ежедневно проводится по 30-35 экстренных ЧКВ. Среднемесячная нагрузка на 1 врача-специалиста по РХМДЛ составляет 40-50 операций ЧКВ в месяц. При ОКС для вмешательств на коронарных артериях в 46 % случаев используются металлические стенты без лекарственного покрытия «Каллипсо», «Рибил» и др. В 54 % случаев используются стенты с лекарственным покрытием «Стентоник» и др. Иные операции, про-

водимые в РХМДЛ: балонная ангиопластика сосудов нижних конечностей в количестве 15 в год.

Палата реанимации и интенсивной терапии. В ПРИТ 30 коек, из них 18 для пациентов с ОКС, остальные 12 для послеоперационных больных. Работают 15 врачей на 28 ставках и 32 медсестер на 64,5 ставках. Дефицит кадров составляет 3 врача и 2 медсестры.

Оснащение ПРИТ не соответствует Приказу № 918Н. Не достает 2 аппаратов искусственного кровообращения, 10 аппаратов искусственной вентиляции легких, 30 прикроватных мониторов, 6 инфузионных станций, 2-х аппаратов «Лукас», 6-ти аппаратов подогрева пациентов. В ПРИТ имеется возможность провести экстренну. ЭХО-кг в режиме 24/7. Последний раз мониторные системы приобретались в 2008 году. За 10 лет через реанимационные отделения прошло около 45000 больных. Изношенность оборудования составляет 80–90 %. Необходимо дооснащение многофункциональными прикроватными мониторами в количестве 30 штук.

Отделение неотложной кардиологии. В составе отделения 75 коек, работают 17 врачей и 1 заведующий, всего 18 человек на 25,25 ставках, коэффициент совместительства 1,48. Дефицита кадров нет. Число госпитализаций в среднем 3958 в год.

Стационарное лечение проводится в соответствии с клиническими рекомендациями. Пациенты получают антиагрегантную терапию, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ в правильных дозах.

Время «дверь-игла» 20 минут, «дверь-баллон» - 30 мин.

Реабилитационные мероприятия в стационаре проводятся. Групповые занятия по профилактике с больными во время пребывания в стационаре проводятся. Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Алтайского края от 11.05.2018 № 141 «О проведении медицинской реабилитации при соматических (кардиологических) заболеваниях в условиях круглосуточного стационара КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» на базе данного отделения развернуто 20 реабилитационных коек. В 2017 году в кардиологическом отделении № 3 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» прошли стационарный этап медицинской реабилитации 1200 больных, перенесших острый инфаркт миокарда и/или реконструктивные операции на сердце и его сосудах. Лицензионным условием открытия данных коек является приобретение следующего оборудования: аппаратов для мониторинга артериального давления и ЭКГ, велоэргометров с биологической обратной связью и возможностью программирования индивидуальной нагрузки медицинских тредмилов с возможностью проведения эргометрического тестирования, тренажеров с биологической обратной связью для тренировки ходьбы, тредбанов.

Иные виды высокотехнологичной медицинской помощи кардиологического профиля. Срочные операции КШ – 10-12 в год. Плановые операции КШ – 250-300 в год. Плановые операции на клапанах сердца проводятся до 120 в год. Государственное задание в 2017 году по кардиохирургии выполнено в полном объеме, количество вмешательств по разделу «сердечно-сосудистая

хирургия» в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» составило 2689, что на 18 % больше, чем в 2016 году. Учитывая, что целью абсолютного большинства диагностических исследований является определение показаний к реваскуляризации миокарда, необходимо приобретение аппарата для внутрисосудистой ультразвуковой диагностики. В настоящее время экстракорпоральная мембранная оксигенация (далее – ЭКМО) является единственным методом, гарантирующим обеспечение поддержания жизнедеятельности сердца и легких в течение длительного времени при следующих критических состояниях: невозможность отключиться от аппарата искусственного кровообращения, наличие рефрактерных желудочковых аритмий с падением сердечного выброса, невозможность поддержания адекватной гемодинамики, несмотря на инфузию высоких доз кардиотоников, остановка сердца, неподдающаяся стандартным реанимационным мероприятиям. Приобретение аппарата ЭКМО позволит улучшить качество оказания реанимационной помощи и дополнительно сохранить жизни кардиологическим больным.

Мамаро-коронарное шунтирование (далее – МКШ), ожирение и сахарный диабет являются факторами риска развития медиастинита. Учитывая, что МКШ проводится более чем в 60 % случаев, а процент больных с сахарным диабетом и ожирением достигает 30, для снижения риска развития медиастинита целесообразно приобретение стернотомов.

Зачастую на оперативное лечение по поводу ишемической болезни сердца попадают пациенты с мультифокальным атеросклерозом. Высокий риск хирургического вмешательства на брахиоцефальных сосудах при нестабильной стенокардии делает невозможным проведение данных операций в отделениях плановой сосудистой хирургии. За последние 3 года в АККД выполнено более 200 операций на брахиоцефальных артериях, из них около 60 одномоментных или этапных операций с АКШ. Проведение таких операций требует тщательного мониторинга мозгового кровотока, поэтому настоятельной необходимостью является приобретение транскраниального пульсоксиметра. При ежегодно выполняющихся 500 операциях АКШ становится актуальной проблема контроля проходимости имплантированных сосудов. Адекватным неинвазивным методом визуализации сосудов сердца является мультиспиральная компьютерная томография.

Тем не менее ангиокомплексы, введенные в эксплуатацию в 2011 и 2013 годах, неоднократно капитально ремонтировались с установкой новых узлов и деталей, трижды проводилась замена рентгеновской трубки. Приобретение нового ангиокомплекса позволит осуществлять данный вид помощи в прежних и даже больших объемах. Плановые операции РЧА не проводятся, для этого пациенты направляются в федеральные медицинские учреждения гг. Новосибирск, Кемерово, Томск, Москва. Плановые операции ЧКВ не проводятся, для этого пациенты направляются в федеральные медицинские учреждения гг. Новосибирск, Кемерово, Томск, Москва.

В отделении функциональной диагностики пациентам кардиологического профиля проводят ЭКГ, ЭХО-кг, нагрузочное тестирование, ВЭМ, тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ. В соответствии со стандартами

оказания помощи коэффициент проведения ЭХО-кардиографии составляет 1.0, т.е. каждому больному. Для проведения ЭхоКГ используются 3 УЗ-аппарата, ежедневная нагрузка на которые составляет до 50 исследований в день. ЭхоКГ пациентам на амбулаторном этапе проводится на портативном УЗ-аппарате «Vivid q» (2013 год), который также используется для проведения ЧПЭхоКГ (319 исследований за I полугодие 2018 года), интраоперационной ЧПЭхоКГ (30 исследований за I полугодие 2018 года), обследования пациентов с ОКС в условиях реанимационных отделений (380 исследований за I полугодие 2018 года). Отсутствие УЗ-аппарата для обследования пациентов на амбулаторном этапе привело к очередности на ЭхоКГ до 2 месяцев.

Всем пациентам кардиологического профиля проводят лабораторные исследования активности кардиоспецифических ферментов крови – тропонин, тропонин I, КФК-МВ. Всем пациентам кардиологического профиля определяют показатели липидного спектра крови. Уровень натрийуретического пептида крови при диагнозе ХСН или подозрении на ХСН определяют.

В консультативно-поликлиническом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» существует консультативная поликлиника, прием пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ведут 23 врача-кардиолога. Средняя нагрузка на 1 врача составляет 22-24 посещений в день.

Жители районов края направляются в поликлинику участковыми терапевтами. Жители города в поликлинику направляются в среднем в 51 % случаев. В поликлинике имеется возможность проведения диагностических исследований в день обращения: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, УЗИ сонных артерий, Нагрузочное тестирование, тредмил-тест, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Диспансерное наблюдение в поликлинике проводится Поликлиника проводит самостоятельные дистанционные консультации с районными ЛПУ. При поликлинике существует «Корнарный клуб», «Школа атеросклероза».

Выездная работа в виде выездных консультаций врачей в отдаленные районы края проводится. Выезды происходят еженедельно по утвержденному графику. Осмотренные по месту жительства пациенты получают рекомендации по лечению, дообследованию.

Внутрибольничная информационная система: не существует компьютерной истории болезни стационарного пациента, амбулаторная карта есть. Компьютерная система учреждения не содержит элементов поддержки принятия решений.

Компьютерная информационная система учреждения интегрирована с МИС региона. Информация о выписанных пациентах в амбулаторные ЛПУ по месту жительства автоматически передается. Телемедицинские консультации между учреждением и федеральными учреждениями (НМИЦ) не проводятся. Учреждение к ВЦМК «Защита» не подключено.

На базе учреждения организован дистанционный диагностический центр, оказывающий консультативную помощь районным ЛПУ/бригадам СМП. В учреждении имеется служба Теле-ЭКГ, проводящая дистанционное

консультирование ЭКГ направляемых из районных центров (460-470 ЭКГ в месяц).

Иные формы дистанционной работы: дистанционная расшифровка записей смешанных мониторов ЭКГ+АД из 18 медицинских организаций края.

Организационно-методическая работа с медицинскими учреждениями области по профилю «кардиология» проводится по основным разделам: консультативно-методической, выездной, экспертной, оценки удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Взаимодействие в федеральными НМИЦ по профилю «кардиология» проводится. Ежегодно отправляется на высокотехнологичное лечение в федеральные центры более 1300 больных по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». В Федеральном регистре ОКС учреждение не участвует. В региональном регистре ОКС учреждение участвует.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» (70 коек), создана и оснащена палата интенсивной терапии на 6 коек. Отделение работает в тесной связи с бригадами скорой помощи, различными отделениями КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» (РСЦ-1).

В больнице круглосуточно работает клиническая лаборатория, отделение функциональной диагностики, рентген-кабинет.

Врачи: штатных единиц – 22, 5; занято должностей – 22,5; всего физических лиц – 15; укомплектованность – 66 %. Средний медицинский персонал: штатных единиц – 40,0; занято должностей – 40,0; физических лиц – 27; укомплектованность – 68 %.

За 2018 год поступило 248 пациентов с инфарктом миокарда, средние сроки лечения – 10,2 койко\дня; 394 пациента с нестабильной стенокардией, средние сроки лечения 9,8 койко-дней.

До суток с ИМ госпитализировано 68,5 %, более суток 31,5 %, летальность с ИМ составила 16,5 %, Процент вскрытий составил 98,6 %.

Первичное сосудистое отделение КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул».

В зоне обслуживания ПСО проживает 340 тыс. населения, включая в себя обслуживание части г. Барнаула и г. Новоалтайска.

ПСО имеет в составе 45 коек (с блоком интенсивной терапии – 9 коек). Отделение имеет в своем составе штат неврологов, мультидисциплинарную бригаду. Все структурные подразделения работают в круглосуточном режиме.

В ПСО функционируют:

отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии;

отделение эндоваскулярных методов лечения.

При поступлении больного с ОНМК соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОНМК. РСЦ оснащен двумя ангиографическими установками (2008 и 2010 года выпуска), компьютерным томографом 2008 года.

Отделение функционирует с 2008 года, в связи с чем часть оборудования

устарела. Периодически возникает поломка томографа. Переоснащение и дооснащение ПСО планируется в рамках региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Статистические показатели по ОНМК:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 858 человек, из них с ишемическим инсультом – 666, с геморрагическим инсультом – 112;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 276 человек;

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис в 2018 году – 42 (6,3 % от всех поступивших с ИИ);

летальность от ОНМК в 2018 году – 13,4.

Выводы: доставка пациентов в ПСО осуществляется своевременно, что предполагает увеличить долю ТЛТ.

Первичное сосудистое отделение КГБУЗ «Городская больница № 11, г. Барнаул».

В зоне обслуживания ПСО проживает около 340 тыс. взрослого населения г. Барнаула, Павловского и Шелаболихинского районов. Первичное сосудистое отделение имеет в своем составе 40 коек. В 2019 году в отделение было выделено 20 дополнительных коек путем перепрофилирования общих неврологических коек. В связи с тем, что блок интенсивной терапии включал всего 6 коек, в настоящий момент для больных с ОНМК выделены дополнительные койки в отделениях реанимаций другого профиля. Отделение имеет в своем составе штат неврологов, мультидисциплинарную бригаду. При поступлении больного с ОНМК соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОНМК. В ПСО имеется отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии, кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики, клиническая лаборатория. Все структурные подразделения работают в круглосуточном режиме.

Статистические показатели по ОНМК:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 768 человек, из них с ишемическим инсультом – 679, с геморрагическим инсультом – 80;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 211 человек;

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис в 2018 году – 9 (1,3 % от всех поступивших с ИИ);

Летальность от ОНМК в 2018 году – 10,4.

Выводы: В ПСО в течении 2018 года неоднократно выходил из строя компьютерный томограф, что ограничило возможности проведения реканализации мозговых артерий. В настоящий момент планируется замена томографа в течении 2019 года.

Первичное сосудистое отделение КГБУЗ «ЦГБ г. Бийска».

В зоне обслуживания ПСО проживает около 332 тыс. населения, включая в себя обслуживание г. Бийска и прилегающих 15 районов. ПСО имеет в составе 45 коек (с блоком интенсивной терапии – 8 коек).

Кроме этого в ЦГБ функционируют:

кардиологическое отделение (60 + 6);
 отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии,
 кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики;
 клиническая и биохимическая, а также иммунная лаборатории;
 при необходимости пациентам с ОНМК используются исследования в эндоскопическом отделении.

Статистические показатели по ОНМК:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 1030 человек, из них с ишемическим инсультом – 881, с геморрагическим инсультом – 149;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 344 человека;

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис в 2018 году – 13 (1,5 % от всех поступивших с ИИ);

летальность от ОНМК в 2018 году – 15,8.

Выводы: В ПСО в течение 2018 года неоднократно выходил из строя компьютерный томограф, что ограничило возможности проведения реканализации мозговых артерий. В настоящий момент планируется замена томографа в течение 2019 года. В настоящий момент отмечается нехватка неврологов в ПСО, планируется трудоустройство неврологов.

ПСО выполняет дистанционно консультативную работу пациентов с ОКС из прикрепленных районов. Пациенты с ОКС составляют 50 % от всех госпитализированных в кардиологическое отделение. При поступлении больного с ОКС соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОКС. Внутрибольничная маршрутизация пациентов с ОКС предполагает госпитализацию в ПРИТ. Проводится определение уровней маркеров повреждения миокарда (тропонин высокочувствительный, МВ КФК, тропонин), тромболитическая терапия проводится, двойная антиагрегантная терапия проводится в соответствии с рекомендациями. Среднее время пребывания больного с ОКС в отделении для перевода в РСЦ составляет от 6 до 18 часов за 2018 год было переведено 44,3 % пациента с ОКС. Средний показатель летальности в КО в 2018 году – 2,7 %. Летальность от ОКС – 7,4 %; у больных с ОКСп ST – 9,8 %, ОКСбп ST – 3,7 %.

Отделение работает с 2008 года. Переоснащение и дооснащение ПСО планируется в рамках программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Первичное сосудистое отделение КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовска».

Зона обслуживания ПСО включает г. Рубцовска и прилегающие районы 266 тыс. взрослого населения

В составе ПСО № 4 функционируют: неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (первичное сосудистое отделение) на 50 коек из них 10 реанимационных; отделение кардиологии на 50 коек; отделение лучевой диагностики с кабинетами (№ 2) компьютерной томографии.

ПСО выполняет дистанционно консультативную работу пациентов с ОКС из прикрепленных районов. Дистанционно проводится анализ ЭКГ, передаваемый бригадами СМП из прикрепленных районов.

Пациенты с ОКС составляют 60 % от всех госпитализированных в кардиологическое отделение. При поступлении больного с ОКС соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОКС. Внутрибольничная маршрутизация пациентов с ОКС предполагает госпитализацию в ПРИТ. Проводится определение уровней маркеров повреждения миокарда (МВ КФК, тропонин I), тромболитическая терапия проводится, двойная антиагрегантная терапия проводится в соответствии с рекомендациями. Среднее время пребывания больного с ОКС в отделении для перевода в РСЦ составляет от 1 до 7 койко-дней, за 2018 год было переведено 16,4 % пациента с ОКС. Летальность от ОКС – 6,7 %.

При поступлении больного с ОНМК соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОНМК. Статистические показатели по ОНМК:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 1009 человек, из них с ишемическим инсультом – 853, с геморрагическим инсультом – 117;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 197 человек;

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболитизис в 2018 году – 31 (3,6 % от всех поступивших с ИИ);

летальность от ОНМК в 2018 году – 15,3.

Выводы: Работа ПСО осуществляется полноценно, без дефектов.

Географическое положение ПСО г. Рубцовска и численность обслуживаемого населения предполагают в перспективе создание на его базе регионального сосудистого центра (приобретение в 2019 году собственного ангиографа). Отделение функционирует с 2012 года.

Первичное сосудистое отделение № 5 КГБУЗ «Славгородская ЦРБ».

В зоне обслуживания ПСО проживает около 157 тыс. населения, включая в себя обслуживание города Славгород, Яровое и прилежащих районов края.

ПСО № 5 имеет в составе 30 коек (с блоком интенсивной терапии 6 коек).

Кроме этого функционируют:

кардиологическое отделение (30 коек);

отделение лучевой диагностики с кабинетами компьютерной;

кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики;

клиническая и биохимическая, лаборатории.

Статистические показатели по ОНМК:

госпитализировано с ОНМК в 2018 году – 508 человек, из них с ишемическим инсультом – 423, с геморрагическим инсультом – 57;

госпитализировано с ишемическим инсультом в первые 4,5 часа в 2018 году – 98 человек;

число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис в 2018 году – 24 (5,7 % от всех поступивших с ИИ); летальность от ОНМК в 2018 году – 10,4.

Выводы: ПСО выполняет дистанционно консультативную работу пациентов с ОНМК прикрепленных районов, при наличии мест осуществляется перевод для дальнейшей диагностики, лечения в ПСО.

В ПСО осуществляется полноценная работа по оказанию медицинской помощи при ОНМК

ПСО выполняет дистанционно консультативную работу пациентов с ОКС из прикрепленных районов. Пациенты с ОКС составляют 50 % от всех госпитализированных в кардиологическое отделение. При поступлении больного с ОКС соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОКС. Внутрибольничная маршрутизация пациентов с ОКС предполагает госпитализацию в ПРИТ. Проводится определение уровней маркеров повреждения миокарда (МВ КФК, тропонин I), тромболитическая терапия проводится, двойная антиагрегантная терапия проводится в соответствии с рекомендациями. Среднее время пребывания больного с ОКС в отделении для перевода в РСЦ составляет от 1 до 13 койко-дней, за 2018 год было переведено 30 % пациента с ОКС. Летальность от ОКС – 4 %; у больных с ОКСп ST – 18%, ОКСбп ST – 2 %. В ПСО осуществляется полноценная работа по оказанию медицинской помощи при ОКС.

Отделение работает с 2012 года. Переоснащение и дооснащение ПСО планируется в рамках региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

КГБУЗ «Алейская ЦРБ» в своем составе имеет отделение на 45 коек.

В зоне обслуживания проживает около 33,742 тыс. населения, включая в себя обслуживание г. Алейска и прилегающих районов. Отделение имеет в составе 45 коек с ПРИТ – 6 коек. Кроме этого в ЦРБ функционируют: отделение лучевой диагностики, кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики; клиническая и биохимическая лаборатория.

Пациенты с ОКС составляют 2,3 % от всех госпитализированных в кардиологическое отделение. При поступлении больного с ОКС соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОКС. Внутрибольничная маршрутизация пациентов с ОКС предполагает госпитализацию в ПРИТ. Проводится определение уровней маркеров повреждения миокарда (тропонин высокочувствительный, МВ КФК, тропонин), тромболитическая терапия проводится, двойная антиагрегантная терапия проводится в соответствии с рекомендациями. Среднее время пребывания больного с ОКС в отделении для перевода в РСЦ составляет от 3 до 24 часов, за 2018 год было переведено 74 % пациентов с ОКС. Средний показатель летальности в КО в 2018 году – 1,67 %. Летальность у больных с ОКСп ST – 24 %. Процент вскрытий – 92 %. Процент больных, поступивших с диагнозом ОКС и выписанных без данного диагноза - 3,39 %. Доля больных с ХСН 2,2 %.

КГБУЗ «Каменская ЦРБ». В зоне обслуживания проживает около 40,346 тыс. населения, включая в себя обслуживание г. Камня-на-Оби и прилегающих

районов. Отделение имеет в составе 30 коек с ПРИТ – 7 коек. Кроме этого в ЦРБ функционируют: отделение лучевой диагностики, кабинет функциональной и ультразвуковой диагностики; клиническая и биохимическая лаборатория.

Пациенты с ОКС составляют 5,6 % от всех госпитализированных в кардиологическое отделение. При поступлении больного с ОКС соблюдаются временные точки внутри стационара, регламентированные порядком оказания помощи при ОКС. Внутрибольничная маршрутизация пациентов с ОКС предполагает госпитализацию в ПРИТ. Проводится определение уровней маркеров повреждения миокарда (МВ КФК, тропонин), тромболитическая терапия проводится, двойная антиагрегантная терапия проводится в соответствии с рекомендациями. Среднее время пребывания больного с ОКС в отделении для перевода в РСЦ составляет 24 часа в среднем, за 2018 год было переведено 10 % пациентов с ОКС. Средний показатель летальности в КО в 2018 году – 1,73 %. Летальность у больных с ОКСп ST – 8,69 %. Процент вскрытий – 14,2 %. Процент больных, поступивших с диагнозом ОКС и выписанных без данного диагноза нет. Доля больных с ХСН 11,2 %.

За 2018 год в профильные отделения ПСО и РСЦ было госпитализировано 5473 больного с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В сравнении с 2017 годом (4792 пациента), на 681 больного больше. Что связано с перепрофилированием общеневрологических коек в стационарах, на базе которых развернуты ПСО в койки для больных с ОНМК. С ишемическим инсультом было госпитализировано 4445 человек, с геморрагическим 734 человек. Из числа больных с геморрагическим инсультом субарахноидальное кровоизлияние было выявлено у 181 больного, внутримозговая нетравматическая гематома у 541 пациента, сочетанные нетравматические гематомы и субарахноидальное кровоизлияние у 9 больных. В 2018 году было проведено 78 оперативных вмешательств при геморрагическом инсульте на базе нейрохирургического отделения Регионального сосудистого центра, что составило 10,6 % от числа больных, поступивших в ПСО и РСЦ с данным диагнозом. Из них транскраниальные вмешательства при внутримозговых нетравматических гематомах составило 22 вмешательства. Микрохирургических вмешательств при аневризмах артерий головного мозга было проведено у 47 больных. Что составило 26% от числа больных с субарахноидальными кровоизлияниями, поступивших в ПСО и РСЦ. Микрохирургических вмешательств при артериовенозных мальформациях проведено 9. Реконструктивных операций на каротидных артериях в 2018 году было проведено 102, на 31 больного больше, чем в 2017 году.

С целью оценки качества оказания медицинской помощи при ОНМК каждый больной оценивается при поступлении и выписке по шкалам: NIHSS, Ренкин, Ривермид, при нарушении сознания проводится оценка по шкале ком Глазго. Каждый случай инсульта и ТИА оценивается по критериям качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45; G46). В настоящее время внедрены в практику имеющиеся клинические рекомендации по

ОНМК в РСЦ и во всех ПСО Алтайского края. Запланировано внедрение клинических рекомендаций шкал и критериев качества во вновь открываемых ПСО на территории края. Имеющийся в настоящее время опыт обучения сотрудников ПСО в РСЦ позволяет в максимально короткий срок провести обучение сотрудников.

После перенесенного ишемического инсульта выявление его патогенетического подтипа с дальнейшим ведением неврологом и терапевтом. Назначение профилактических мероприятий в зависимости от выявленного подтипа инсульта и факторов риска с обязательной их коррекцией. При геморрагическом инсульте выявление этиологических факторов и их дальнейшая коррекция, проводимая на стационарном и амбулаторном этапе. Диспансерное наблюдение больных с целью мониторинга соблюдения больным рекомендаций по профилактики.

Выводы: число госпитализированных больных в профильные отделения составило 5473 человека, что на 681 человек больше, чем в 2017 году. Это достигнуто расширением числа коек, имеющихся в Алтайском крае ПСО, за счет сокращения общеневрологических коек. В дальнейшем повышение профильной госпитализации возможно путем открытия новых ПСО. Летальность от ОНМК в целом по сосудистым отделениям в крае 2018 году составила 12%. В 2017 году 13,7.

Невысоким остается процент пациентов с ОНМК, госпитализированных в профильные отделения в первые 4,5 часа. Это свидетельствует о необходимости усиления информатизации населения о инсульте и его проявлениях

Число ТЛТ составило в 2018 году 2,9 %, целевой показатель 5 % не был достигнут в силу ряда объективных причин (периодическая поломка компьютерных томографов в различных ПСО).

Во всех ПСО и РСЦ при оказании медицинской помощи больным с ОНМК соблюдается Порядок оказания помощи больным с ОНМК, исключением являются случаи, когда поломка тяжелого оборудования не позволяет выполнить нейровизуализацию при поступлении больного. При поломке оборудования больным проводится компьютерная томография головного мозга в других учреждениях, чаще всего отсрочено, что связано с некруглосуточной работой лечебных учреждений (диагностические центры).

Проведен анализ необходимости и возможности оптимизации функционирования МО по кардиологии.

Для РСЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» необходимо сокращение времени от момента поступления до проведения коронароангиографического исследования (с 60 мин до 15-20 мин). В первую очередь следует предусмотреть поступление пациентов с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, непосредственно в отделение РХМДЛ минуя приемное отделение. Цель – улучшение качества диагностики и лечения, увеличение количества экстренных высокотехнологичных исследований и операций, уменьшение времени до ожидаемой реперфузии миокарда, снижения частоты послеоперационных осложнений, летальности при инфаркте миокарда, смертности от БСК. Предусмотреть приоритетную госпитализацию в данный стационар

лиц со множественными сопутствующими заболеваниями внекардиального генеза, осложняющими операционный и послеоперационный прогноз. Администрации КГБУЗ «Краевая клиническая больница» при увеличении количества поступающих пациентов с диагнозом ОКС предусмотреть минимизацию времени их ожидания в рентгенооперационной до проведения экстренной коронароангиографии – возможно, за счет перераспределения режима работы как минимум одной из двух рентгенангиографических установок и уменьшения количества проводимых в РСЦ плановых внекардиальных исследований и вмешательств. Цель – улучшение качества диагностики и лечения, увеличение количества экстренных высокотехнологичных исследований и операций, уменьшение времени до ожидаемой реперфузии миокарда, снижения частоты послеоперационных осложнений, летальности при инфаркте миокарда, смертности от БСК. Устранить кадровый дефицит специалистов в ПРИТ, отделениях неотложной и плановой кардиологии. Обеспечить применение при экстренных ЧКВ у больных с ОКС интракоронарных стентов с лекарственным покрытием не менее, чем в 80 % случаев. Внедрить в работу учреждения компьютерную карту стационарного больного, содержащую системы поддержки принятия решений, интегрированной с региональной медицинской информационной системой. Обеспечить участие учреждения в федеральном регистре ОКС. Активизировать проведение дистанционных медицинских консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий с федеральными НМИЦ согласно перечню диагнозов.

Для РСЦ КГБУЗ «Краевой кардиологический диспансер» администрации необходимо доукомплектовать ПРИТ необходимым оборудованием: 2 аппаратами искусственного кровообращения, 10 аппаратами искусственной вентиляции легких, 30 прикроватными мониторами, 6 инфузионными станциями, 2-х аппаратами «Лукас», 6 аппаратами искусственного подогрева пациентов. Увеличить количество коек для больных с ОКС в ПРИТ с 18 до 25. Устранить кадровый дефицит специалистов и среднего медперсонала в отделениях РХМДЛ и ПРИТ. Провести анализ всех случаев проведения госпитального ТЛТ при ОКС (4,5 % случая) с целью его минимизации. Провести подключение телемедицинской системы учреждения к ЕГИСЗ через ВЦМК «Защита». Обеспечить участие учреждения в федеральном регистре по ОКС. Совместно с краевым МИАЦ модернизировать компьютерное программное обеспечение для возможности автоматической передачи данных о выписанных больных в компьютерные информационные системы городских и районных ЛПУ края. Совместно с краевым МИАЦ модернизировать компьютерное программное обеспечение для поддержки принятия решений врачами стационара, поликлиники и консультативно-диагностического центра. Организовать на базе диспансера регулярные видеоселекторные совещания с городскими и районными ЛПУ по анализу и улучшению качества маршрутизации, диагностики и лечения больных с ОКС и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Региональные документы, регламентирующие оказание помощи при болезнях системы кровообращения (БСК)

Приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 21.12.2017 № 425 «Об оказании медицинской помощи на территории Алтайского края больным с острым коронарным синдромом».

Приказ министерства здравоохранения Алтайского края от 05.12.2018 № 364 «Об оказании медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Алтайском крае».

Приказ министерства здравоохранения Алтайского края от 29.01.2018 № 21 «О взаимодействии краевых медицинских организаций, участвующих в отборе пациентов на медицинскую реабилитацию по профилю «нарушение функции центральной нервной системы с медицинскими организациями, осуществляющими медицинскую реабилитацию в стационарных условиях» в ЗАО «Санаторий сосновый бор», КГБУЗ санаторий «Обь».

Показатели деятельности, связанной с оказанием медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Алтайском крае (профилактика, раннее выявление, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, реабилитация).

В Алтайском крае функционирует структура, обеспечивающая деятельность по обучению здоровому образу жизни населения и профилактике неинфекционных заболеваний, в которую входят КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики», 14 отделений и 76 кабинетов медицинской профилактики, 2 центра здоровья для детского и взрослого населения, 4 центра здоровья для взрослых и 1 центр здоровья для детей. Во всех медицинских организациях, участвующих в проведении диспансеризации взрослого населения, работают отделения или кабинеты медицинской профилактики. Во всех наркологических диспансерах и 62 медицинских организациях работают кабинеты отказа от курения, специалистами которых являются врачи-наркологи.

За 2018 год число пациентов, перенесших ОКС, составило 8683 человека, что на 6,3 % больше, чем в 2017 году. Из них больных с ОКСпСТ от всех больных с ОКС 2836 человек (32,7 %), увеличение на 22,7%. Число больных с ОКСбпСТ – 5847 человек, что составило 67,3 %. За первые 2 часа было госпитализировано 27,1 % пациентов с ОКСпСТ, в сроки до 12 часов было госпитализировано 52 % пациентов от всех больных ОКСпСТ. В профильные отделения было госпитализировано 6731 человек (77,5 %), что на 7,9 % больше, чем в 2017 году. Число больных, подвергшихся реперфузионной терапии: из них ТЛТ было проведено 893 пациентам (+15 %); ЧКВ было проведено 654 пациентам (+11 %), ТЛТ и ЧКВ было проведено 202 пациентам (+8 %). На догоспитальном этапе был выполнен ТЛТ 370 пациентам (37,9 %) с ОКСпСТ. Число пациентов с ОКСбпСТ, которым было выполнено ЧКВ 2767 (47,3 %). Летальность больных ИМ в стационарах субъекта составила 12,3 %; летальность в ПСО составила 11,9 %; летальность от ИМ в РСЦ субъекта составила 6,6 %. Доля больных с ОКС, регулярно принимающих статины, составила 78 %; достигших целевого уровня ХСЛПНП – 59 %, число больных, получивших льготное лекарственное обеспечение, составило 371 человек.

Число впервые выявленных больных с хронической ИБС составило

7527 человек. Число впервые выявленных больных с АГ – 35299 человек. Доля больных, достигших и поддерживающих целевые уровни АД 52 %. Число больных с нарушениями ритма и проводимости сердца, у которых применены интервенционные методы лечения (РЧА, ЭКС и др.) – 1073. Число больных с хронической сердечной недостаточностью, у которых применены электрофизиологические (ЭКС, сердечная ресинхронизирующая терапия) и хирургические методы лечения – 16. Число больных с ССЗ с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами – 35. Обеспеченность врачами-кардиологами медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (на 10.000 населения) – 0,27. Укомплектованность штатных должностей врачей-кардиологов медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (соотношение штатных и занятых должностей) – 62,5. Обеспеченность врачами-кардиологами стационаров субъекта (на 10.000 населения) – 0,45. Укомплектованность штатных должностей врачей-кардиологов стационаров (соотношение штатных и занятых должностей) – 90,3. Обеспеченность субъекта врачами специалистами по эндоваскулярным методам диагностики и лечения (на 10.000 населения) – 0,06. Укомплектованность штатных должностей врачей специалистов по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения (соотношение штатных и занятых должностей) – 95 %.

Смертность от инсульта в 2018 году составила 86,6 в 2017 году 88. Отмечается снижение смертности от ОНМК, что связано с оптимизацией маршрутизации и открытием дополнительных коек для данной больных. Снижение смертности составило 1,6 %.

В 2019 году в РСЦ произошло внедрение и успешное применение методики тромбэкстракции при ишемическом инсульте (8 случаев).

Число больных с геморрагическим инсультом, которым проведено оперативное нейрохирургическое лечение, возросло на 27 % (в абсолютных цифрах: 78 человек в 2018 году, 57 человек в 2014 году).

В настоящее время порядок отбора и маршрутизация больных, перенесших острый инфаркт миокарда, и операции по реваскуляризации миокарда регламентированы следующими документами: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н, от 01.07.2015 № 404ан, от 01.07.2015 №405ан, приказы Министерства здравоохранения Алтайского края от 11.05.2018 № 141, от 19.02.2018 № 54.

Реабилитационные мероприятия после ОКС и реконструктивных хирургических операций проводятся в кардиологическом отделении № 3 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» за 2017 год реабилитировано 1200 пациентов, за 2018 год реабилитировано 1403 пациента. На медицинскую реабилитацию направляются пациенты, имеющие 3-5 баллов по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (далее – ШРМ), имеющие реабилитационный потенциал, не имеющие противопоказаний.

Реабилитация в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» является первым этапом, начинается в отделении реанимации, продолжается в КООИМ или КХО и завершается в КО № 3. В стационарах

проводятся школы для пациентов: по неотложной кардиологии (как себя вести при гипертоническом кризе); по правильному измерению артериального давления; что такое ИБС; правильное питание при заболеваниях сердца; физическая реабилитация после инфаркта миокарда; что такое приверженность к лечению; что такое хроническая сердечная недостаточность. Стационарная реабилитация включает 4 режима. В кардиологическое отделение № 3 КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» направляются пациенты по завершению острого периода заболевания, освоившие 3 режим физической активности: передвигающиеся самостоятельно, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение, общий объем ходьбы в течение дня от 100 до 500 м в несколько приемов, подъем на 1 пролет лестницы, тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) не менее 150м:

перенесшие ОКС (не ранее 7 суток от начала заболевания, что соответствует завершению острого периода заболевания),

перенесшие операции по реваскуляризации миокарда (не ранее 10 дней после оперативного лечения АКШ или МКШ) при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках.

Задача реабилитации в кардиологическом отделении – освоение 4-ого режима физической активности.

Второй этап реабилитации может проводиться санаторно-курортных организациях, реабилитационных центрах, амбулаторно-поликлинических учреждениях (приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 № 1705н). В Алтайском крае этот этап регламентирован приказом МЗ Алтайского края № 141 от 11.05.2018. Второй этап предполагает дальнейшее увеличение физической активности и освоение 5-го, 6-го и 7-ого режимов.

Для продолжения реабилитации в условиях санаторно-курортных организаций направляются пациенты, освоившие 4 режим: увеличение общего объема ходьбы в течение дня от 1500 до 2000 м в несколько приемов, подъем не менее 1-1,5 этажа лестницы, тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) не менее 300м, пороговая мощность при ВЭМ не менее 75-100 Вт. или 4МЕТ:

перенесшие ОКС (не ранее 9 суток в соответствии со стандартами лечения приказы Минздрава РФ от 01.07.2015 № 404ан, от 01.07.2015 № 405ан);

перенесшие операции по реваскуляризации миокарда (не ранее 16 дней после оперативного лечения АКШ и МКШ) при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках.

Сроки направления на медицинскую реабилитацию определяются в каждом случае индивидуально с учетом особенностей течения основного заболевания, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний, личностных социально-психологических особенностей. В случае отклонения от сроков направления на реабилитацию, предусмотренных маршрутизацией, т. е. направление в более ранние сроки, решение принимается врачебной комиссией. В санатории «Барнаульский» за 2018 год реабилитацию прошли 310 пациентов после кардиохирургических операций; после ОКС –

770 человек. На амбулаторном этапе было реабилитировано 2200 пациентов после ОКС.

Реабилитационные мероприятия после инсульта проводятся на базах санаториев «Сосновый бор», «Обь». Амбулаторно в дневном стационаре ООО «Нейроклиника Карпова». Все реабилитационные службы имеют в своем составе мультидисциплинарные бригады, позволяющие проводить реабилитационные мероприятия, направленные на разнообразные неврологические дефекты, возникающие при инсульте. Больные направляются в соответствии с баллами по шкале ШРМ на различные этапы реабилитации.

Региональный регистр пациентов с ОКС велся с 1999 года, имелась информация о количестве пациентов с ОКС, особенностях ведения в профильных и непрофильных стационарах, возрастно-полового состава пациентов, соблюдения терапии, летальность, сроки госпитализации, койко-день. В настоящее время данный регистр устарел, имеется информация из формы 14. Регистр пациентов с сахарным диабетом ведется в Алтайском крае с 2003 года. Благодаря ему есть возможность отслеживать наличие кардиальной патологии ИБС, ХСН. Используется в настоящее время для адресного проведения противопневмококковой вакцинации пациентов с ИБС+ХСН+СД.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» участвует в Федеральном Регистре АГ, ИБС, ХСН с 2002 года. Координаторами регистра являются: внештатный кардиолог МЗ Алтайского края Ефремушкина А.А., заместитель главного врача по организационно-методической работе Никулина Е.Г. Общее количество включенных в пациентов в Федеральный регистр за годы участия – 4500 человек, из них в 2018 году было включено 800 человек. Регистр пациентов с ХИБС ведется в крае с 2014 года, включено более 16000 тыс. человек. Используется для отбора пациентов для реваскуляризации, оценки терапии, распространенности заболевания.

Анализ проведенных мероприятий по снижению влияния факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Таблица 8

Анализ результатов выявления факторов риска основных неинфекционных заболеваний за 2014-2018 годы по результатам проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения

№ п/п	Фактор риска развития заболеваний	2014	2014	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2018
		Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Повышенный уровень артериального давления (повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертонии)	116245	26,1	88326	26,3	106155	23,8	104166	23,5	142027	28,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2	Гипергликемия неутонченная (повышенное содержание глюкозы в крови)	44358	10,0	10504	3,1	13719	3,1	15322	3,5	18580	3,7
3	Избыточная масса тела (анормальная прибавка массы тела)	89067	20,0	74396	22,1	94998	21,3	102143	23,0	93918	18,6
4	Курение табака	66699	15,0	54310	16,1	65021	14,6	64317	14,5	95747	19,0
5	Риск пагубного потребления алкоголя (употребление алкоголя)	9188	2,1	6717	2,0	5746	1,3	6155	1,4	5992	1,2
6	Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (употребление наркотиков)	971	0,2	575	0,2	665	0,1	852	0,2	724	0,1
7	Низкая физическая активность (недостаток физической активности)	140650	31,6	100222	29,8	129585	29,1	136296	30,7	172813	34,3
8	Нерациональное питание (неприемлемая диета и вредные привычки)	179107	40,2	199853	59,4	223921	50,2	242498	54,7	281833	55,9
9	Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям (в семейном анамнезе злокачественное новообразование), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (в семейном анамнезе инсульт, в семейном анамнезе ишемическая болезнь сердца и другие болезни сердечно-сосудистой системы), отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей (в семейном анамнезе астма и другие	32820	7,4	21237	6,3	31377	7,0	32479	7,3	14854	2,9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	хронические болезни нижних дыхательных путей),отягощенная наследственность по сахарному диабету (в семейном анамнезе сахарный диабет).										
10	Высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск	44156	9,9	66292	19,7	58370	13,1	62351	14,1	111266	22,1
11	Очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск	19072	4,3	16605	4,9	22730	5,1	23578	5,3	34671	6,9
	Всего прошли ДВН	445101	100,0	336349	100,0	445690	100,0	443726	100,0	504239	100,0

Мероприятия по информированию населения о факторах риска развития болезней системы кровообращения, в том числе инфаркта миокарда, и обеспечения условий для реализации здорового образа жизни в 2018.

Работа со средствами массовой информации. Размещение тематической информации на ведомственных сайтах: Министерства здравоохранения Российской Федерации (региональные новости), ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ, ассоциации «Здоровые города, районы и поселки», сайт Министерства здравоохранения Алтайского края, администрации города Барнаула, муниципальных изданий, сайтов медицинских организаций Алтайского края.

Проведено 36 выступлений на телевидении края, регионального центра (г. Барнаул) и муниципальных образований (ВГТРК «Алтай», ТВ «Катунь», канал «Домашний», канал «Рен-ТВ») общая суммарная продолжительность на менее 6 часов при участии главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Алтайского края, медицинских географических округов по темам профилактики заболеваний и вредных привычек, методов укрепления здоровья, диспансеризации и возможности получения профилактических медицинских услуг в том числе вакцинопрофилактики.

Выступления на радио 27 на ВГТРК «Алтай», и муниципальных образований при участии главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Алтайского края, медицинских географических округов по темам профилактики заболеваний, методов межведомственного взаимодействия в области сохранения здоровья, разработки и применения здоровых продуктов питания, диспансеризации и необходимости профилактических осмотров школьников, реализации региональных проектов в сфере здравоохранения (Приоритетный региональный проект «Мужское здоровье, региональный проект «Здоровое сердце ребенка»). Трансляция тематических видеороликов на телевизионных каналах. 6 видеосюжетов на телевидении, посвященный симп-

томам инфаркта миокарда и правилам действий при его развитии продолжительность 1 минута.

Издание тематического информационного наглядного материала. Выпуск раздаточных информационных материалов КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» подготовлены и изданы методические материалы (23 наименование) для отделений (кабинетов) медицинской профилактики и Центров здоровья буклеты «Первая помощь при острой сердечной недостаточности», «Первая помощь при остром нарушении мозгового кровообращения», «Первая помощь при внезапной смерти», «Принципы здорового питания», «Питание при избыточном весе», «Правильное питание ребёнка», «Какую опасность таит в себе безобидное пиво», «Питание взрослого населения», «Физическая активность – это может каждый», «Стресс и здоровье», «Определите ваш суммарный сердечно-сосудистый риск», «Здоровое питание+спорт=правильный выбор» листовки «Стоп, грипп!». Материалы распространяются во время проведения массовых мероприятий: образовательные учреждения, медицинские организации, торговые центры, открытые площадки.

Сохранение здоровья целевых групп населения. С целью реализации приоритетного регионального проекта «Мужское здоровье» проведена разработка и издание следующих информационных материалов по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний в рамках приоритетного регионального проекта буклет «Что важно знать об инфаркте миокарда», «Что важно знать об инсульте».

Снижение влияния факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения Алтайского края: табакокурение, потребление алкоголя, низкая физическая активность, нерациональное питание.

Организация и проведение тематических массовых акций. Специалистами КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» и структур медицинской профилактики медицинских организаций Алтайского края в 2018 году проводились ежегодные массовые акции профилактической направленности: «Всемирный день здоровья», «Всемирный день борьбы с артериальной гипертензией», «Всемирный день без табака», «Международный день защиты детей», «Всемирный день отца», «Международный день борьбы с наркоманией», информационная акция «Алтай выбирает ЗОЖ!», «День физкультурника», «Всероссийский день трезвости», «Всемирный день здорового сердца», «Всемирный день борьбы с сахарным диабетом», «Международный день отказа от курения», «Всемирный день борьбы с инсультом».

По инициативе специалистов КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» в 2018 году на территории Алтайском крае начал действовать региональный пилотный проект «Здоровое сердце ребенка», в который включены 72 муниципалитета Алтайского края, в которых проживают более 25 тыс. детей в возрасте 12 лет. В рамках пилотного проекта специалисты региональной профилактической службы проводят детям комплекс исследований, в том числе измерения на кардиовизоре и пульсоксиметре, биоимпедансометрию (анализ состава тела) и электрокардиограмму, определение уровня глюкозы и

холестерина крови. Детей, у которых выявляют серьезные отклонения, направляются на дообследование в КГБУЗ «Алтайская краевая детская клиническая больница». По результатам осмотра в крае сформируется регистр детей с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках проекта, согласно планов-графиков, утвержденных Министерством здравоохранения Алтайского края, на 21.12.2018 специалистами центров здоровья КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» (гг. Барнаул, Бийск), КГБУЗ «Славгородская ЦРБ», КГБУЗ «Детская городская больница №1, г. Барнаул» проведена выездная работа в 49 территорий Алтайского края гг. Барнаул (26 образовательных организаций), г. Бийск (15 образовательных организаций), Белокуриха, Новоалтайск, Заринск, Славгород, Алейский, Алтайский, Бийский, Быстроистокский, Зональный, Калманский, Каменский, Красногорский, Мамантовский, Павловский, Первомайский, Петропавловский, Ребрихинский, Смоленский, Советский, Солонешенский, Солтонский, Тальменский, Троицкий, Усть-Калманский, Усть-Пристанский, Целинный, Краснощековский, Косихинский, Романовский, Шелаболихинский, Топчихинский, Завьяловский, Третьяковский, Чарышский, Шипуновский, Баевский, Панкрушихинский, Крутихинский, Кытмановский, Благовещенский, Бурлинский, Ключевской, Кулундинский, Немецкий, Родинский, Табунский, Хабарский районы, включающая в себя помимо комплексного обследования в мобильном центре здоровья, уроки здоровья для школьников 5-6 классов общеобразовательной школы по вопросам здорового питания, здоровой физической активности, профилактики вредных привычек, анкетирование по вопросам информированности о здоровом образе жизни.

Мероприятия, направленные на своевременное выявление факторов ишемической сердца, включая артериальную гипертонию, и снижение риска развития ее развития.

Число посещений центров здоровья за 2018 год составило 61651 человек, из них 28473 – дети, в том числе 36396 (59 %) в мобильные центры здоровья КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики», из числа взрослых граждан, обратившихся в центры здоровья, выявлено здоровых – 27,1 %, с факторами риска развития заболеваний – 72,9 %. Среди детей, обратившихся в центр здоровья, выявлено здоровых 41,2 %, с факторами риска – 58,8 %. В школах здоровья обучено 47,7 % обратившихся взрослых граждан и 73,1 % детей. Краткое профилактическое консультирование было проведено 100 % обратившимся.

Общее число лиц, обученных методикам здорового образа жизни, составило 1615138, число массовых мероприятий к тематическим дням Всемирной организации здравоохранения – 52916, число участников мероприятий – 745519 человек. Число лиц обученных в школах артериальной гипертонии – 122797 человек, в школах здорового образа жизни – 102422 человек.

Для увеличения своевременности обращения больных при первых симптомах острых сердечно-сосудистых событий в крае осуществляется работа по выявлению пациентов, которым угрожает повышенный общий риск, информирование о возможностях коррекции факторов риска, обучению методикам

здорового образа жизни: проводится обучение пациентов симптомам острой коронарной и церебральной патологии с целью сокращения времени между появлением симптомов и первым контактом с врачом, в школах ишемической болезни сердца, коронарном клубе, обучение бригад скорой медицинской помощи основам диагностики острого инфаркта и инсульта и базовым навыкам проведения сердечно-легочной реанимации на циклах факультета повышения квалификации в соответствии с планом обучения; проводятся мероприятия, направленные на своевременное выявление факторов риска ишемической болезни сердца (далее – ИБС), включая артериальную гипертонию, и снижение риска ее развития (диспансеризация отдельных групп взрослого населения, проведение углубленных профилактических осмотров, работа центров здоровья, кабинетов медицинской профилактики, школ пациентов). Запланировано ежеквартальное проведение мониторинга выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в муниципалитетах с высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в рамках мониторинга диспансеризации определенных групп взрослого населения и мероприятий, направленных на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к ведомственной целевой программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
от 24.06 2019 № 185

Таблица 1

ПЕРЕЧЕНЬ

программных мероприятий ведомственной целевой программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации		Ответственный исполнитель	Характеристика результата
		Начало	Окончание		
Задача: Разработка мер по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основной вклад в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний					
1	Ежедневный контроль за профильностью госпитализаций пациентов с ОКС и ОНМК	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Краевой кардиологический диспансер»; КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф»	Обеспечена профильность госпитализации пациентов с ОКС и ОНМК
2	Обеспечение применения методики тромболитической терапии у пациентов с ОНМК	01.01.2019	31.12.2024	главные врачи краевых медицинских организаций	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые

					центры в первые 6 часов от начала заболевания (2019 год – 8,4 %, 2020 год – 10,7 %, 2021 - 13,0 %)
3	Обеспечение применения методики тромболитической терапии у пациентов с ОКС	01.01.2019	31.12.2024	главные врачи краевых медицинских организаций	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению (2019 год – 45 %, 2020 год – 55 %, 2021 год – 65 %)
4	Обеспечение соблюдения схем маршрутизации и сроков госпитализации пациентов с ОКС и ОНМК	01.01.2019	31.12.2024	главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечена госпитализация пациентов в соответствии со схемами маршрутизации и сроками госпитализации
5	Организация первичных сосудистых отделений в г. Камень-на-Оби, г. Алейск, г. Заринск	01.01.2019	31.12.2024	Минздрав Алтайского края	Обеспечена доступность и качество оказания медицинской помощи пациентам
6	Обучение участковых врачей, фельдшеров, врачей скорой медицинской помощи, фельдшеров методам ранней диагностики ОКС и ОНМК, проведению тромболитической терапии при ОКС	01.01.2019	31.12.2024	главные внештатные специалисты	Ежегодное проведение 7 обучающих мероприятий по межрайонным медицинским округам
7	Ведение регистров сердечно-сосудистых заболеваний с целью оценки соответствия оказываемой медицинской помощи современным клиническим рекомендациям	01.07.2019	31.12.2024	главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Ведется 6 регистров по профилю сердечно-сосудистых заболеваний, из них 1 федерального значения
Задача: Проведение мероприятий по профилактике и лечению факторов риска болезней системы кровообращения (артериальной гипертензии, курения, высокого уровня холестерина; сахарного диабета; употребления алкоголя; низкой физической активности; избыточной массы тела и ожирения), организация и проведение информационно-просветительских программ для населения с использованием средств массовой информации, в том числе, в целях информирования населения о симптомах ОНМК/ОКС, организация школ здоровья для пациентов группы высокого риска по возникновению ОНМК/ОКС. Формирование здорового образа жизни					
8	Проведение информационно-коммуникационной кампании, способствующей ведению гражданами здорового образа жизни, включая здоровое питание, физическую активность, отказ от табака и алкоголя, в том числе: проведение обучающих семинаров,	31.12.2019	31.12.2024	главный внештатный специалист по профилактике;	Сформирована среда, способствующая ведению гражданами здорового образа жизни, знание населения о факторах риска и их целевых значений, включая здоровое питание (в том числе ликви-

	информационно-образовательных акций к тематическим дням Всемирной организации здравоохранения; пропаганды физической культуры и спорта на территории Алтайского края, массовых акций с освещением в СМИ, размещение публикаций в СМИ, размещение модулей на трассе с информацией на тему профилактики неинфекционных заболеваний. Информирование населения о факторах риска развития инфаркта миокарда, о симптомах, правилах действий больных и членов их семьи при развитии неотложных состояний			главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	дацию микронутриентной недостаточности, сокращение потребления соли и сахара), защиту от табачного дыма, снижение потребления алкоголя. Проведена коммуникационная кампания по здоровому питанию, проведена информационно-коммуникационной кампания с использованием основных телекоммуникационных каналов для всех целевых аудиторий, проведены обучающие семинары, информационно-образовательные акции к тематическим дням Всемирной организации здравоохранения. Обеспечено информирование населения о факторах риска развития инфаркта миокарда, о симптомах, правилах действий больных и членов их семьи при развитии неотложных состояний (выпуск ежемесячной программы на телевидении, ежемесячные статьи в журналах «Здоровье Алтайской семьи», «Мы и здоровье»)
9	Организация взаимодействия с социально ориентированными некоммерческими организациями и добровольческими (волонтерскими) организациями по укреплению общественного здоровья	31.12.2019	31.12.2024	главный внештатный специалист по профилактике; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	Охват 100% районов выездами волонтеров, выполнение волонтерами профилактического консультирования больных высокого сердечно-сосудистого риска
10	Участие в исследовании STEPS выявления факторов риска по методике ВОЗ	01.07.2019	31.12.2019	главный внештатный специалист по профилактике; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	Выявлены ведущие факторы риска среди населения Алтайского края, вносящие вклад в смертность от болезней системы кровообращения по результатам случайной выборки для выявления и наблюдения граждан с высоким риском развития осложнений ССЗ.
11	Организация школ здоровья для пациентов с высоким и очень высоким риском	01.07.2019	31.12.2024	главный внештатный специалист по профилактике;	К 2024 году в каждой краевой медицинской организации организованы школы здоровья для пациентов с высоким и

	сердечно-сосудистых событий с целью коррекции контроля факторов риска			главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	очень высоким риском сердечно-сосудистых событий с целью коррекции контроля факторов риска. Обеспечен охват 100 % лиц с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний не менее 80 %.
12	Внедрение программ первичной профилактики болезней системы кровообращения в процесс обучения студентов в ГО ВПО АГМУ и медицинских колледжах края	01.01.2020	31.12.2024	ректор ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава главный внештатный специалист по профилактике; ректор ГО ВПО АГМУ, руководители медицинских колледжей Алтайского края	Внедрение программ первичной и вторичной профилактики болезней системы кровообращения в процессе обучения студентов в ГО ВПО АГМУ и медицинских колледжах края
13	Подготовка 90 медицинских работников по программам тематического усовершенствования на цикле «профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни»	01.01.2019	31.12.2024	министерство здравоохранения Алтайского края, главные врачи краевых медицинских организаций	Подготовлено 90 медицинских работников по программам тематического усовершенствования на цикле «профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни»
14	Проведение образовательных тренингов, семинаров, конференций по вопросам профилактики болезней системы кровообращения с социальными и педагогическими работниками	01.01.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края, главный внештатный специалист по профилактике; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	Проведено 30 образовательных тренингов, семинаров, конференций по вопросам профилактики болезней системы кровообращения с социальными и педагогическими работниками
Задача: совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с внедрением алгоритмов диспансеризации населения, направленных на группы риска, особенно по развитию острого коронарного синдрома, раннее выявление лиц из группы риска высокого риска по развитию инсульта и инфаркта миокарда, пациентов с хронической сердечной недостаточностью					
15	Создание и внедрение в практику алгоритмов ведения пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний	31.12.2019	31.12.2024	главный внештатный специалист по профилактике;	Созданы и внедрены в практику алгоритмов ведения пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний

				главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	
16	Обеспечение охвата диспансерным наблюдением пациентов с ИБС, ГБ, после перенесенного ИМ и ОНМК	01.01.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечен охват диспансерным наблюдением пациентов с ИБС, ГБ, после перенесенного ИМ и ОНМК у 80 % пациентов
17	Организация диспансерного наблюдения больных с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, центрах здоровья	31.12.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края, главный внештатный специалист по профилактике; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	Охват диспансерным наблюдением больных с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний – 78%-80%
18	Размещение информационных стендов с информацией о возможности пройти диспансеризацию, профилактические осмотры в краевых медицинских организациях	01.01.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Информационные стенды с информацией о возможности пройти диспансеризацию, профилактические осмотры размещены во всех поликлиниках краевых медицинских организациях
19	Разработка методических рекомендаций и алгоритмов для врачей и среднего персонала по вопросам профилактики и лечения болезней системы кровообращения	01.01.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»; ГО ВПО АГМУ	Разработано 18 методических рекомендаций и алгоритмов для врачей и среднего персонала по вопросам профилактики и лечения болезней системы кровообращения

20	Обеспечение преемственности между учреждениями экстренной госпитализации пациентов с болезнями системы кровообращения, специализированными учреждениями и амбулаторными службами.	01.07.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечена преемственность между учреждениями экстренной госпитализации пациентов с болезнями системы кровообращения, специализированными учреждениями и амбулаторными службами.
21	Актуализация приказов об оказании помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ОКС, ОНМК) в Алтайском крае в случае изменений условий оказания медицинской помощи в регионе	01.07.2019	01.08.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края Главные внештатные специалисты; главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечение доли больных с ОКС и/или ОНМК, госпитализированных в профильные специализированные отделения (РСЦ, ПСО или в кардиологические отделения с круглосуточной палатой реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) и БРИТ, не менее 95%;
Задача: внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения с увеличением объемов оказания медицинской помощи, реализацией программ мониторинга (региональные регистры) и льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска повторных событий и неблагоприятного исхода					
22	Создание единого реестра пациентов, перенесших ОНМК, ОКС	01.01.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Создан единый реестр пациентов, перенесших ОНМК, ОКС
23	Обеспечение увеличения количества ангиохирургических и нейрохирургических операций с достижением целевого показателя 10 - 15 % у пациентов с геморрагическим инсультом	01.07.2019	31.12.2023	Министерство здравоохранения Алтайского края, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; главный внештатный специалист-невролог	Обеспечение увеличения количества ангиохирургических и нейрохирургических операций с геморрагическим инсультом до 120 процедур ежегодно к 2024 году
24	Разработка и внедрение плана мероприятий по обеспечению достижения следующих показателей: доля обращений больных с ОКС в течение 2 часов от начала болей не менее 25 %; проведение реперфузионной терапии не менее 85 % больных с ОКСпST;	01.07.2019	31.12.2019	Министерство здравоохранения Алтайского края; Главные внештатные специалисты;	Реализуется план по увеличению количества больных с ОКС в течение 2 часов от начала болей не менее 25% (2150 больных в год). Проведение реперфузионной терапии не менее 85% больных с ОКСпST (3000 ЧКВ в год).

	долю первичного ЧКВ при ОКСпST не менее 60 %; интервал «постановка диагноза ОКСпST - ЧКВ» не более 120 минут; интервал «поступление больного в стационар ОКСпST – ЧКВ» не более 60 минут; долю проведения ЧКВ после ТЛТ не менее 70 % от всех случаев проведения ТЛТ			главные врачи краевых медицинских организации Алтайского края	Доля первичного ЧКВ при ОКСпST не менее 60% (2200 ЧКВ в год). Интервал «постановка диагноза ОКСпST - ЧКВ» не более 120 минут – 95%. Интервал «поступление больного в стационар ОКСпST – ЧКВ» не более 60 минут – 95%; Доля проведения ЧКВ после ТЛТ не менее 70% от всех случаев проведения ТЛТ
25	Создание единой сети объединения медицинских организаций с расшифровкой Холтер-ЭКГ с центром в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»	01.08.2019	31.12.2021	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»; главный внештатные специалисты	Созданы на базе КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер» объединения с расшифровкой Холтер-ЭКГ к 20121 году
26	Обеспечение ведение регистра пациентов с нарушениями ритма в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»	01.08.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»; главный внештатные специалисты	Обеспечено ведение регистра пациентов с нарушениями ритма в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»
27	Создание антикоагулянтных кабинетов	01.08.2019	31.12.2019	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер»; КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; главный внештатные специалисты	На базе КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологических диспансер» и КГБУЗ «Краевая клиническая больница» созданы антикоагулянтные кабинеты

28	Проведение телемедицинских консультаций с профильными национальными медицинскими центрами, краевыми медицинскими организациями	01.01.2019	31.12.2024	КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер»; КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; главный внештатные специалисты	Обеспечено ежегодное проведение в РСЦ не менее 4 телемедицинских консультаций с профильными национальными медицинскими центрами, 10 с краевыми медицинскими организациями, 6 консилиумов
28	Льготное лекарственное обеспечение за счет регионального бюджета пациентов, перенесших ОИМ в течение 1 года	01.01.2019	31.12.2019	Министерство здравоохранения Алтайского края	100 % льготное лекарственное обеспечение за счет регионального бюджета пациентов, перенесших ОИМ в течение 1 года
Задача: разработка и реализация комплекса мероприятий по совершенствованию системы реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения, внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, реабилитация на амбулаторном этапе лечения					
29	Организация службы реабилитации для всех групп пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	01.01.2020	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», КГБУЗ «Краевая клиническая больница»	Открытие дополнительных коек 2 этапа реабилитации в КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», КГБУЗ «Краевая клиническая больница»
30	Создание кабинетов медицинской реабилитации медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях	01.01.2020	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечено создание 7 кабинетов медицинской реабилитации в каждом межрайонном медицинском округе
31	Обеспечение преемственности амбулаторного, стационарного этапа реабилитации	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр»; главные врачи краевых медицинских организаций	Разработана информационная электронная система учета пациентов, направленных на реабилитацию и прошедших реабилитацию (в виде Регистра)

32	Разработана система учета пациентов, направленных и прошедших реабилитацию: возобновление работы Регистра пациентов после ВМП	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр»	Осуществление реабилитации 100 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым показана реабилитация на 1 этапе, 65 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым показана реабилитация на 2 этапе, 30 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым показана реабилитация на 3 этапе
Задача: организация сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения, в том числе с использованием информационных систем					
33	Обеспечение ежемесячного мониторинга показателей по заболеваемости, смертности, летальности по группе болезней системы кровообращения	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; КГБУЗ «Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр»; консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Обеспечен ежемесячный мониторинг показателей по заболеваемости, смертности, летальности по группе болезней системы кровообращения
Задача: привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы					
34	Обучение специалистов в ординатуре по специальностям: «неврология», «кардиология», «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» с последующим трудоустройством в краевые медицинские организации	01.09.2019	31.12.2022	Министерство здравоохранения Алтайского края; ГО ВПО АГМУ	В период с 2020 по 2022 годы обучено по специальностям: «неврология» – 2 специалиста, «кардиология» - 4 специалиста, «рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение» - 2 специалиста, с последующим трудоустройством в

					КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Городская больница №2» г. Рубцовска. Обеспечен 81 % укомплектованности с коэффициентом совместительства не более 1,2
35	Обучение специалистов в рамках системы непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных технологий	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; ГО ВПО АГМУ	Обеспечено обучение в 2019 году - 16 неврологов, 82 кардиолога, 14 врачей анестезиологов –реаниматологов, 7 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов; в 2020 году – 17 неврологов, 83 кардиолога, 25 врачей анестезиологов – реаниматологов, 6 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов; в 2021 году - 26 неврологов, 96 кардиологов, 17 врачей анестезиологов – реаниматологов, 6 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов, ; в 2022 году - 26 неврологов, 94 кардиолога, 17 врачей анестезиологов – реаниматологов, 6 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов, 3 врача психолога, в 2023 году - 26 неврологов, 87 кардиологов, 17 врачей анестезиологов – реаниматологов, 6 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов, 3 врача психолога; в 2024 году - 26 неврологов, 68 кардиологов, 17 врачей анестезиологов – реаниматологов, 6 врачей ЛФК, 5 врачей физиотерапевтов, 3 врача психолога
36	Обучение специалистов приемам сердечно-легочной реанимации в симуляционном центре	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; ГО ВПО АГМУ	В симуляционных центрах подготовлено 3170 специалистов
37	Разработка система поощрения медицинских работников: осуществление единого	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края;	В каждой краевой медицинской организации внедрен «эффективный контракт», утверждена система поощрения

	временных компенсационных выплат молодым специалистам, выделение ведомственного или арендного жилья медицинским работникам			главы муниципальных образований, главные врачи краевых медицинских организаций	сотрудников на основании системы внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи
38	Информирование населения о престиже врачебной профессии: в виде устного оповещения; в виде публикации информационных материалов, проведении «Дней открытых дверей», «Место работы твоих родителей»	01.01.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края; ГО ВПО АГМУ	Проведено 80 лекций в школах о престиже врачебной профессии; размещено не менее 28 плакатов наружной рекламы о престиже врачебной профессии; роздано не менее 2000 флаеров в офисах о престиже врачебной профессии; проведение 8 «Дней открытых дверей»
Задача: обеспечение повышение качества оказания медицинской помощи больным в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами					
39	Обеспечение внедрения в практику клинических рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике, ведения больных с ведущими факторами риска, лечению пациентов с болезнями системы кровообращения	31.12.2019	31.12.2024	главный внештатный специалист по профилактике; главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики»	Внедрены в практику клинические рекомендации по кардиоваскулярной профилактике и ведению больных с ведущими факторами риска, Проведено 16 лекций, 16 семинаров; 16 практических занятий с фельдшерами, врачами по использованию в практике клинических рекомендаций
40	Проведение образовательных мероприятий в медицинских организациях края по изучению клинических рекомендаций	01.07.2019	31.12.2024	главные врачи краевых медицинских организаций	Ежегодно в каждой медицинской организации края проводятся 6 лекций, 6 семинаров, 6 практических занятий с фельдшерами Проведено 18 семинарских занятий по порядкам оказания медицинской помощи больным с БСК врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи Алтайского края
41	Разработка и внедрение в каждой медицинской организации протоколов лечения по профилю ССЗ (протоколов ведения пациентов) на основе соответствующих клинических рекомендаций по профилю, порядка	01.09.2019	31.12.2020	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края	Утверждены протоколы лечения по профилю ССЗ в каждой медицинской организации

	оказания медицинской помощи по профилю и с учетом стандарта медицинской помощи				
42	Разработка-чек листов на основе клинических рекомендаций	01.07.2019	31.12.2024	консультант-терапевт Министерства здравоохранения Алтайского края; главные врачи краевых медицинских организаций	Разработаны-чек листы на основе клинических рекомендаций и предоставлены в краевые медицинские организации
43	Осуществление ведомственного контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами ведения больных	01.09.2019	31.12.2024	Министерство здравоохранения Алтайского края Главные внештатные специалисты главные врачи краевых медицинских организаций	Ежемесячно проэкспертировано 100 историй болезней, 100 амбулаторных карт из 10 медицинских организаций Алтайского края
44	Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в краевых медицинских организациях	01.01.2019	31.12.2024	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края	Обеспечено финансирование оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в краевых медицинских организациях
Задача: организация системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи для обеспечения выполнения критериев оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.					
Мероприятия по внедрению и соблюдению клинических рекомендаций и протоколов ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями					
45	Проведение внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями с соблюдением требований приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» во всех краевых медицинских организациях для обеспечения выполнения критериев	01.01.2020	31.12.2024	главные врачи краевых медицинских организаций	Ежеквартальный отчет по результатам проведенного внутреннего контроля качества

	оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения				
46	Оценка деятельности краевых медицинских организаций по результатам проведенного внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями	01.01.2020	31.12.2024	министерство здравоохранения Алтайского края	Обеспечение соблюдения выполнения критериев качества оценки качества, основанных на клинических рекомендациях, стандартах и протоколах лечения (протоколах ведения) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Таблица 2

МЕРОПРИЯТИЯ
ведомственной целевой программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

Цели, задачи, мероприятия	Сроки реализации мероприятия	Исполнитель	Индикаторы	Единица измерения	Значение индикатора						Направление использования средств	Сумма расходов (тыс. руб)						Всего расходов
					2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2024 год		2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год	2024 год	
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Цель 1. Снижение смертности от болезней системы кровообращения	2019 – 2024 гг.	МЗ АК	Смертность от инфаркта миокарда (на 100 тыс. населения)	человек	31,3	30,1	29,0	27,8	26,7	25,8		670829,3	670829,3	670829,3	0,0	0,0	0,0	2012487,9
			Смертность от острог о нарушения мозгового кровообращения (на 100	человек	82,2	79,2	76,2	73,2	70,1	67,9		–	–	–	–	–	–	–

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			тыс. насе- ления)															
			Боль- ничная леталь- ность от ин- фаркта мио- карда	%	11,6	11,0	10,4	9,6	8,7	8,0		-	-	-	-	-	-	-
			Боль- ничная леталь- ность от острог о нару- шения мозго- вого крово- обра- щения	%	18,5	16,5	15,5	15,0	14,5	14,0		-	-	-	-	-	-	-
			Отно- шение рент- ген-эн- довас- куляр- ных вмеша- тельст в в ле- чебных целях, к об- щему	%	43,0	46,5	50,0	53,5	57,0	60,0		-	-	-	-	-	-	-

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			числу выбыв- ших боль- ных, пере- нес- ших острый коро- нар- ный син- дром															
			Коли- чество рент- ген-эн- довас- куляр- ных вмеша- тельств в в ле- чебных целях, тыс. единиц	чело- век	3517	3805	4091	4378	4664	4910		-	-	-	-	-	-	-
			Доля про- филь- ных госпи- тализа- ций па- циен- тов с	%	63,9	70,1	76,3	82,6	88,8	95,0		-	-	-	-	-	-	-

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи															
Задача 1 Разработка мер по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп	2019 – 2024 гг.	МЗ АК	–	–	–	–	–	–	–	–		670829,3	670829,3	670829,3	0,0	0,0	0,0	2012487,9

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих основной вклад в заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний																		
Мероприятие 1.1 Оказание кардиологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями меди-	2019 – 2024 гг.	МЗ АК	–	–	–	–	–	–	–	–		670829,3	670829,3	670829,3	0,0	0,0	0,0	2012487,9

1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ентов ключе- вых групп сердеч- но- сосуди- стых заболе- ваний, опреде- ляющих основ- ной вклад в заболе- ваемость и смерт- ность от сердеч- но- сосуди- стых заболе- ваний																		
Меро- приятие 1.1 Ока- зание кардно- логиче- ской помощи больным с сер- дечно- сосуди- стыми	2019 – 2024 гг.	МЗ АК	–	–	–	–	–	–	–	–		670829,3	670829,3	670829,3	0,0	0,0	0,0	2012487,9

