Общее количество пациентов, пролеченных в РСЦ с ОКС, в 2018 году составило 1 537. Выбывших из кардиологического отделения с ПРИТ – 1 259 человек. Данные по пациентам с ОКС объединены со всеми структурными подразделениями ГБУЗ ОКБ (кардиологическое отделение с ПРИТ, кардиологическое отделение, отделения анестезиологии и реанимации № 1, № 2, № 3, неврологическое отделение для больных с ОНМК), т.к. это отражает систему оказания помощи больным с ОКС в РСЦ в целом. Кроме того, оказание медицинской помощи при ОКС в операционной, ведение их в реанимационной палате, контроль и лечение в вечернее время, выходные и праздничные дни осуществляется силами кардиологического отделения с ПРИТ.

Подавляющее число пациентов отделения, как и в предыдущем отчетном периоде, составляют больные с острыми формами ИБС. При этом еще более существенно возросла доля больных с острым инфарктом миокарда в общей структуре госпитализации. Наиболее существенный прирост наблюдался в 2014 году – на 18 % по сравнению с 2013 годом (на фоне увеличения общего количества пациентов увеличилось как абсолютное, таки и относительное количество больных с острым инфарктом миокарда), в то же время доля пациентов с нестабильной стенокардией уменьшилась на 10 % (за счет ограничения госпитализации пациентов из ОКП с ухудшением течения стенокардии напряжения, но без признаков ОКС). В 2016 году доля пациентов с острым инфарктом миакарда составила 76 %, в 2017 году – 83 %, в 2018 году – 89 %. В 2018 году вновь наблюдался 29 % рост количества инфаркта миокарда в сравнении с 2017 году Существенно возросло количество пациентов, переведенных в кардиологическое отделение. Удалось добиться существенного увеличения потока пациентов с ОКС в связи с возможностью перевода пациентов с ОКС по дежурству из ПРИТ кардиологического отделения с ПРИТ в кардиологическое отделение. Кроме того, в 2018 году в кардиологическое отделение стали активно проводиться переводы пациентов из ПСО после проведения селекторного совещания.

Наблюдаемые различия объясняются особенностями логистики больных с ОКС, прямой госпитализацией больных СМП г. Твери, минуя ПСО в случаях инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и существенным нарастанием активности ПСО и других учреждений Тверской области, увеличением доступности для больных с острым инфарктом миокарда в г. Твери.

Наличие пациентов с другими видами кардиоваскулярной патологии не поддается системному анализу, так как госпитализация больных без ОКС в настоящее время является, по сути, спорадической. В настоящее время открытие ДККЦ позволило существенно снизить долю больных с сомнительным ОКС и отобрать для госпитализации в РСЦ всех пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца, нуждающихся в неотложном или экстренном ЧКВ, еще на догоспитальном этапе, а в ряде случаев по решению селекторного совещания и в более поздние сроки развития заболевания. Количество госпитализированных пациентов с артериальной гипертензией ничтожно мало, а пациенты с аритмиями и другими заболеваниями сердечно-сосудистыми состояниями госпитализировались в кардиологическое отделение с ПРИТ исключительно в связи с неотложными состояниями, требующими госпитализации в учреждение 3-го уровня оказания медицинской помощи.

Показатели работы коечного фонда в 2012 – 2018 годах прогрессивно изменяются. В 2012 году основным направлением работы отделения стали случаи острого коронарного синдрома, а с 2014 года случаи инфаркта миокарда стали преобладающими в структуре госпитализации. Существенные изменения в нозологической структуре госпитализации произошли в 2015 – 2016 годах, но наибольшие изменения в объемах оказания помощи и структуре экстренности произошли в 2017 – 2018 годах. Данное обстоятельство было напрямую связано с введением нового порядка маршрутизации (приказ Министерства здравоохранения Тверской области от 03.08.2017 № 516 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории Тверской области»), увеличением коечной мощности ПРИТ кардиологического отделения с ПРИТ, введением дистанционного консультирования бригад СМП и организацией ежедневных клинических селекторных совещаний. Особенности территориального приказа от 03.08.2017 № 516, указанного выше: утверждение дистанционного кардиологического консультативного центра (ДККЦ) на базе РСЦ, обязательная теле-консультация и передача ЭКГ в РСЦ при любом подозрении на ОКС бригадами СМП; отказ от «слепой» госпитализации по территориальному принципу, упразднение для РСЦ функций ПСО, организация ежедневных оперативных клинических утренних селекторных совещаний ПСО – РСЦ, введение протокола учета времени на всех этапах оказания медицинской помощи больным с ОКС.

Обращает внимание дальнейшее снижение количества пациентов, поступивших по направлению из ОКП до 1,3 % (в 2018 году госпитализировались исключительно пациенты с подозрением на ОКС или имеющие раннюю постинфарктную стенокардию после выписки из других медицинских организаций). Основной поток пациентов направляется из центральной районной больницы и ПСО г. Твери и Тверской области, в меньшей степени – по линии СМП. Однако в сравнении с 2017 годом в 2018 году доля пациентов, направленных СМП, увеличилась почти вдвое.

Показатели летальности увеличились, и это напрямую связано с изменением структуры госпитализации в 2017 году, в частности, существенным увеличением количества экстренных больных, которые в предыдущие годы зачастую погибали до перевода в РСЦ на более ранних этапах оказания помощи (центральные районные больницы или ПСО). Изменение маршрутизации и открытие второй части ПРИТ позволило госпитализировать всех пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при наличии показаний к первичному ЧКВ в РСЦ минуя первичные сосудистые центры. Таким образом, существенно возросло количество пациентов с инфарктом, которым проводилось первичное ЧКВ уже в 2017 году и данные изменения оказались еще более наглядными в 2018 году. Подавляющее число случаев летальных исходов наблюдалось при инфаркте, особенно высокой она была при повторном инфаркте. Общая летальность по отделению при инфаркте миокарда составила в 2017 году 5,5 % (первое полугодие до введения указанного выше приказа № 516 – 3,4 %, второе полугодие – 8,1 %), в 2018 году летальность при инфаркте миокарда составила 7,5 % что в целом соответствует практике Европейских центров и соответствует федеральному нормативу, представленному на профильной комиссии 1 июня 2017 года (летальность в РСЦ должна быть менее 10 %). Наиболее важным в данном случае представляется существенное снижение показателей госпитальной летальности от инфаркта миокарда по региону до 11,4 % в сравнении с 13,9 % в 2017 году (с учетом измененной маршрутизации в августе 2017 году).

Патологоанатомическое исследование проводилось в 85 % случаев летального исхода, расхождений диагнозов не было. Выдача тел без вскрытия осуществлялась только при достоверно установленном и не вызывающем вопросов диагнозе. В таблице 28 представлены основные показатели работы кардиологического отделения с ПРИТ РСЦ.

Таблица 28. Основные показатели работы кардиологического отделения с ПРИТ РСЦ за 2016 – 2018 годы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2016год | 2017год | 2018год |
| Проведено больными, койко-дней | 8393 | 10201 | 12493 |
| Пролеченных больных, ед. | 1039 | 1252 | 1259 (1537\*) |
| Выполнение плана, % | 108,2 | 115,9 | 128 |
| Среднее число коек, ед. | 30 | 36 с 01.09.2017 | 36  |
| Работа койки, койко-дней | 279,8 | 283 для 36 коек | 338 |
| Процент использования койки, % | 76,4 | 77,5 | 92,6 |
| Поступило больных, единиц | 981 | 1252 | 1259 (1537\*) |
| Поступило сельских, единиц | 266 | 266 | 257 |
| Старше трудоспособного возраста, единиц | 578 | 682 | н/д |
| Процент направления, % | 4,7 | 4,7 | 4,7 |
| Выписано, единиц | 938 | 1108 | 1119 |
| Умерло, ед. | 31 | 55 | 113 |
| Удельный вес сельских, % | 27,1 | 26,1 | 20,4 |
| Среднее пребывание, койко-дней | 8,1 | 8,6 | 9,7 |
| Оборот койки, количество больных в год | 34,6 | 34,8 | 35,0 |
| Летальность, % | 2,9 | 5,0 | 9,0\*\* |
| Оперированных больных, единиц | 664(стентирование, ангиопластика) | 967(стентирование, ангиопластика) | 1462\*\*\*(стентирование, ангиопластика) |

\* С учетом переведенных в отделение плановой кардиологии, отделения анестезиологии и реанимации № 1, № 2, № 3, неврологическое отделение для больных с ОНМК.

\*\* Без учета пациентов, переведенных из кардиологического отделения с ПРИТ в отделение кардиологии.

\*\*\* С учетом всех пациентов с ОКС в РСЦ.

Отдельного внимания заслуживает оценка оперативной активности в 2011 – 2018 годах. В 2011 году количество ЧКВ составило всего 14 случаев, в 2012 году – 142, в 2013 году – 198, в 2018 году – 1 462, т.е. наблюдается 7-10-кратный рост количества ЧКВ в сравнении с первыми годами работы РСЦ.

Результатом внедрения новой программы маршрутизации явилось существенное нарастание экстренных больных и соответственно этому – первичных ЧКВ (реваскуляризация у пациента с ЭКГ-признаками тромботической окклюзии коронарной артерии в сроки до 24 часов без фармакологической подготовки): в 2017 году – 3-кратный рост в сравнении с 2016 году, в 2018 году – 2-кратный рост в сравнении с 2017 года. Количество случаев инфарктов миокарда с подъемом сигмента ST (далее – ИМПST) проведенных в рамках фармакоинвазивной стратегии также демонстрирует рост 1,5 кратный в 2017 году в сравнении с 2016 годом и в меньшей степени в 2018 году – 20 % рост в сравнении с 2017 годом. Общее количество ЧКВ, выполненной при ИМПST составило 1076 процедур ЧКВ. C учетом общего количества зарегистрированных ИМПST в Тверской области (1733), доступность ЧКВ при данном типе ОКС составила 62 %, что соответствует нормативам, представленным на профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2017. Обращает внимание тот факт, что до 260 пациентов с ИМПST оказались в стационаре после 24 часов от начала развития симптомов, еще 117 пациентов были госпитализированы в РСЦ, однако ЧКВ им не выполнялось по разным причинам, в основном это были позднее поступление пациентов с окклюзией сосуда более 48 часов при ангиографии или многососудистое поражение и технические сложности при реваскуляризации.

Таким образом, перспективы улучшения реперфузионного лечения при ИМПST в ближайшие годы состоят как в увеличении пропускной способности РСЦ, так и в улучшении транспортной доступности, логистических возможностей ПСО, а также в повышении информированности населения для сокращения «задержки пациента» (социальная реклама, баннеры, программы для образовательных учреждений).

Существенно увеличилось количество и ранних процедур при ИМБпST и в случае трансмурального инфаркта, но с признаками сохраняющегося кровотока по инфаркт-связанной артерии. Летальность при первичном ЧКВ составила 11,9 % (в сравнении с 7,6 % в 2017 годом), при фармакоивазивном ЧКВ (раннее+спасительное) – 4,9 %, однако следует иметь ввиду, что многие пациенты с неудовлетворительными результатами ТЛТ, выполненной догоспитально или в ПСО, не были доставлены в РСЦ по тяжести состояния или скончались во время транспортировки. Таким образом, сравнение двух подходов в данном случае некорректно и реваскуляризация должна осуществляться в соответствии с рекомендациями.

Общее количество умерших после ЧКВ составило ровно 100 пациентов с ОКС (инфаркт миокарда) из общего количества умерших (120 человек), на ангиографическом столе погибло 18, еще 3 умерли в рентгеноперационной до проведения вмешательства. Подавляющее число пациентов, умерших в операционной, - пациенты с кардиогенным шоком (16 пациентов).

На базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница» создан ДККЦ.

Кадровый состав ДККЦ:

 круглосуточный пост 4,5 ставки врача кардиолога ДККЦ (только работа по направлению дистанционного консультирования);

 1,0 ставки для работы в утреннее время для проведения селекторного совещания, решения вопросов маршрутизации пациентов высокого риска из ПСО в РСЦ и реэвакуации пациентов из РСЦ в ПСО, а также осуществление контроля за ведением госпитального регистра РСЦ и тотального регистра по ОКС осуществляется еще врачом ДККЦ, время консультации с рекомендациями по лечению и определением оптимальной маршрутизации составляет от 3 до 7 минут.

 Преимущества дистанционного консультирования: возможность быстрой и точной диагностики ОКС, особенно, при дистанционной передаче ЭКГ, расчет задержек, определение показаний к экстренному ЧКВ, активация операционной, совместное принятие решения по догоспитальной тромболитической терапии, оптимальная маршрутизация больного, контроль за госпитализацией всех подозрений на ОКС, ведение тотального регистра ОКС.

 Недостатки дистанционного консультирования: риски дополнительных задержек при необходимости одновременной консультации 2 и более бригад СМП, зависимость от работы оборудования для передачи ЭКГ, отсутствие точных данных о задержках бригады СМП до внедрения системы диспетчеризации, отсутствие тарифа на услуги консультации врача ДККЦ.

 Данные о проведенных консультациях ДККЦ представлены в таблице 29.

Таблица 29. Сводные данные о проведенных консультациях ДККЦ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Количество консультаций | Наименование медицинскойорганизации | Количество консультаций |
| ТССМП | 4156 | Кувшиновская ЦРБ | 80 |
| СМП Вышний Волочек | 971 | Осташковская ЦРБ | 80 |
| Конаковская ЦРБ | 500 | Ржевская ЦРБ | 60 |
| Торжокская ЦРБ | 390 | Ржевская СМП | 15 |
| Бологовская ЦРБ | 338 | Зубцовская ЦРБ | 54 |
| Кашинская ЦРБ | 284 | Сонковская ЦРБ | 54 |
| Максатихинская ЦРБ | 243 | Старицкая ЦРБ | 63 |
| Калининская ЦРКБ | 220 | ЦМСЧ № 141 | 30 |
| Пеновская ЦРБ | 200 | Оленинская РБ | 106 |
| Андреапольская ЦРБ | 170 | Фировская ЦРБ | 27 |
| Западнодвинская ЦРБ | 162 | Нелидовская ЦРБ | 26 |
| Селижаровская ЦРБ | 158 | Рамешковская ЦРБ | 26 |
| Весьегонская ЦРБ | 150 | Спировская ЦРБ | 25 |
| Калязинская ЦРБ | 110 | Молоковская ЦРБ | 14 |
| Областной клинический психоневрологический диспансер | 6 |

Результаты консультирования ДККЦ в 2018 году: в 513 случаях напрямую маршрутизированы в РСЦ, в 108 случаях организована догоспитальная ТЛТ, в 1323 случаях диагноз инфаркта миокарда был снят, пациенты маршрутизированы в соответствии с территориальным прикреплением (ЦРБ, городские больницы г. Твери), только 76 % звонков сопровождалось передачей ЭКГ по закупленным электрокардиографам. Подавляющая часть из оставшихся 24 % сопровождалась передачей ЭКГ иными способами.

Основные нарушения маршрутизации пациентов с ОКС:

недостаточное количество звонков в ДККЦ на этапе СМП (все районы, за исключением зоны обслуживания Калининской центральной районной больницы, ПСО г. Торжка, Конаково, Вышний Волочек). В ряде районов передача звонка с этапа СМП не проводится из центральных районных больниц Ржевской, Нелидовской, Молоковской, Зубцовской, Бежецкой, Бельской, Лесного района);

в 60 % случаев на бригадах СМП нет тромболитических препаратов;

не поступает звонка от дежурного врача ПСО центральных районных больниц Торжокской, Вышневолоцкой, Нелидовской, в ситуации, когда только что поступивший пациент нуждается в неотложном переводе в РСЦ;

не выполняют частично рекомендации врача ДККЦ (все районы): препарат и доза препарата при ТЛТ, гепаринотерапия во время ТЛТ и во время транспортировки, несоблюдение условий и сроков транспортировки.

Основные проблемы медицинских организаций при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС.

Кардиологическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 7»: коечная мощность 60 коек. Коек БИТР - 6. Дефицит кадров умеренный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 830 в год. Летальность при инфаркте миокарда низкая. Общая оценка работы отделения хорошая.

Кардиологическое отделениегосударственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 6»: коечная мощность - 30 коек. Коек БИТР - 6. Дефицит кадров умеренный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 881 в год. Летальность при инфаркте миокарда средняя. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница скорой медицинской помощи»: коечная мощность – 40 коек. Коек палаты реанимации и интенсивной терапии (далее – ПРИТ) - 6. Дефицит кадров умеренный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 467 в год. Летальность при инфаркте миокарда средняя. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Торжокская центральная районная больница»: коечная мощность – 44 койки. Коек ПРИТ - 4. Дефицит кадров умеренный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 424 в год. Летальность при инфаркте миокарда низкая. Общая оценка работы отделения хорошая. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Вышневолоцкая центральная районная больница»»: коечная мощность – 30 коек. Коек ПРИТ - 6. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 200 в год. Летальность при инфаркте миокарда средняя. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение с ПРИТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ржевская центральная районная больница»: коечная мощность – 30 коек. Коек ПРИТ - 6. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 605 в год. Летальность при инфаркте миокарда средняя. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Конаковская центральная районная больница»: коечная мощность – 35 коек. Коек ПРИТ - 0. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 265 в год. Летальность при инфаркте миокарда средняя. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение с ПРИТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бежецкая центральная районная больница»: коечная мощность – 30 коек. Коек БИТР - 6. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 498 в год. Летальность при инфаркте миокарда низкая. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения хорошая. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение с ПРИТ государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Нелидовская центральная районная больница»: коечная мощность – 30 коек. Коек БИТР - 6. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 316 в год. Летальность при инфаркте миокарда низкая. Отмечено значительное улучшение показателей работы за последний год. Общая оценка работы отделения удовлетворительная. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС.

Кардиологическое отделение с ЦМСЧ № 141: коечная мощность – 16 коек. Коек ПРИТ 0. Дефицит кадров значительный. Дефицит оборудования умеренный. Число случаев больничного обслуживания пациентов с ОКС 377 в год. Летальность при инфаркте миокарда высокая. Общая оценка работы отделения низкая. Имеют место случаи гипердиагностики ОКС и несоблюдения стандартов ведения больных с ОКС. Вследствие ведомственного подчинения имеются трудности во взаимодействии с ЦМСЧ № 141.

Пути решения указанных проблем: переоснащение отделений в рамках национального проекта «Здравоохранение», ведение активной информационной работы среди населения о первых симптомах ОКС и важности скорейшего обращения за медицинской помощью, активное привлечение кадров за счет внутреннего стимулирования в данной медицинской организации, финансирование стимулирования врачей-целевиков, проведение выездных обучающих семинаров по оказания помощи больным с ОКС, проведение ежедневных селекторных совещаний с ДККЦ по вопросам оказания медицинской помощи больным с ОКС и их дальнейшей маршрутизацией, контроль за исполнением приказа по оказанию медицинской помощи больным с ОКС.

11. Региональные документы, регламентирующие оказание помощи

при болезнях системы кровообращения

Медицинская помощь больным с ОНМК на территории региона регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» и приказом Министерства здравоохранению Тверской области от 12.09.2018 № 669 «О совершенствовании системы организации оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения» (с изменениями от 24.09.2018 № 706, от 21.12.2018 № 970).

Медицинская помощь больным с ОКС регламентирована приказом от 15.11.2012 № 918н Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», приказом Министерства здравоохранения Тверской области от 03.08.2017 № 516 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на территории Тверской области».

12. Показатели деятельности, связанной с оказанием медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в ТО

(профилактика, раннее выявление, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, реабилитация

В Тверской области ведется госпитальный регистр инфарктов в РСЦ, тотальный госпитальный региональный регистр инфарктов на базе ДККЦ РСЦ, а также региональный амбулаторный регистр пациентов, перенесших ОКС, на базе ОККД. Интеграции данных регистров препятствует отсутствие функционирующей единой медицинской информационной системы.

Количество взятых на диспансерный учет: 100 % больных перенесших ОНМК и выживших берется на диспансерный учет в Тверской области. Показатели диспансерного учета при БСК представлены в таблице 30.

Таблица 30. Показатели диспансерного учета при БСК в 2018 году

|  | Код МКБ-10 | Зарегистрировано заболеваний | Снято с «Д» наблю-дения | Состоит на «Д» наблю-дении |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего | Взято на «Д» наблю-дение | С впервые установленным диагнозом | Взято на «Д» наблюде-ние с впервые установ-ленным диагнозом | Выявлено при профос-мотре | Выявлено при дипан-сериза-ции |
| Зарегистрировано заболеваний -болезни системы кровообращения | I00-I99 | 318772 | 126013 | 32007 | 19949 | 652 | 2126 | 20030 | 105983 |
| из них:острая ревматическая лихорадка | I00-I02 | 3 | 3 | 3 | 3 |  |  | 3 |  |
| хронические ревматические болезни сердца | I05-I09 | 1039 | 962 | 67 | 67 |  | 1 | 75 | 887 |
| из них:ревматические поражения клапанов | I05-I08 | 819 | 734 | 55 | 55 |  |  | 52 | 682 |
| болезни, характери-зующиеся повышенным кровяным давлением | I10-I13 | 127299 | 65931 | 7183 | 4100 | 439 | 1457 | 4655 | 61276 |
| из них:эссенциальная гипертензия | I10 | 50904 | 30060 | 2807 | 1778 | 239 | 510 | 2346 | 27714 |
| Гипертензивная болезнь сердца(гипертоническая болезнь с преимуществен-ным поражением сердца) | I11 | 74450 | 34569 | 4161 | 2167 | 191 | 929 | 2171 | 32398 |
| Гипертензивная болезнь почки (гиперто-ническая болезнь с преиму-щественным поражением почек) | I12 | 1139 | 546 | 99 | 66 | 7 | 8 | 50 | 496 |
| Гипертензивная болезнь сердца и почки (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек) | I13 | 806 | 756 | 116 | 89 | 2 | 10 | 88 | 668 |
| ишемические болезни сердца | I20-I25 | 56002 | 31233 | 7110 | 5792 | 114 | 325 | 5776 | 25457 |
| из них:стенокардия | I20 | 30841 | 15751 | 2480 | 1547 | 77 | 165 | 1823 | 13928 |
| из нее:нестабильная стенокардия | I20.0 | 2390 |  | 2390 |  |  |  |  |  |
| острый инфаркт миокарда | I21 | 2901 | 2901 | 2901 | 2901 |  |  | 2747 | 154 |
| повторный инфаркт миокарда | I22 | 260 | 260 | 260 | 260 |  |  | 247 | 13 |
| другие формы острых ишемических болезней сердца | I24 | 31 |  | 31 |  |  |  |  |  |
| хроническая ишемическая болезнь сердца | I25 | 21969 | 12321 | 1438 | 1084 | 36 | 158 | 959 | 11362 |
| из нее:постинфарктный кардиосклероз | I25.8 | 9003 | 5160 | 908 | 776 | 2 | 27 | 427 | 4733 |
| другие болезни сердца | I30-I51 | 13354 | 2080 | 1405 | 282 | 2 | 44 | 198 | 1882 |
| из них:острый перикардит | I30 | 23 | 23 | 23 | 23 |  |  | 16 | 7 |
| острый и подострый эндокардит | I33 | 49 | 49 | 49 | 49 |  |  | 25 | 24 |
| острый миокардит | I40 | 30 | 30 | 30 | 30 |  |  | 29 | 1 |
| кардиомиопатия | I42 | 1404 | 363 | 164 | 57 | 1 | 4 | 48 | 315 |
| Цереброваскулярные болезни | I60-I69 | 84439 | 21349 | 12471 | 9249 | 26 | 194 | 8542 | 12807 |
| из них:субарахноидальное кровоизлияние | I60 | 559 | 559 | 559 | 559 |  |  | 554 | 5 |
| Внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние | I61, I62 | 756 | 756 | 756 | 756 |  |  | 733 | 23 |
| Инфаркт мозга | I63 | 6451 | 6451 | 6451 | 6451 |  |  | 6242 | 209 |
| инсульт, не уточненный, как кровизлияние или инфаркт | I64 | 62 | 62 | 62 | 62 |  |  | 56 | 6 |
| закупорка и стеноз прецеребральных, церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга | I65- I66 | 111 | 111 | 85 | 85 |  | 13 | 78 | 33 |
| другие церебровас-кулярные болезни | I67 | 76088 | 12998 | 4146 | 1336 | 25 | 181 | 879 | 12119 |
| последствия цереброваскулярных болезней | I69 | 412 |  | 412 |  |  |  |  | X |
| эндартериит, тромбангиитоблитерирующий | I70.2, I73.1 | 5778 | 1712 | 869 | 100 | 8 | 16 | 265 | 1447 |
| болезни вен, лифатических сосудов и лимфатических узлов | I80-I83, I85-I89 | 13644 | 2743 | 2899 | 356 | 63 | 36 | 516 | 2227 |
| из них:флебит и тромбо-флебит | I80 | 1884 | 370 | 761 | 72 | 2 | 2 | 82 | 288 |
| тромбоз портальной вены | I81 | 9 | 4 |  |  |  |  |  | 4 |
| варикозное расширение вен нижнихконечностей | I83 | 9070 | 2189 | 1512 | 236 | 56 | 31 | 434 | 1755 |

В Тверской области создана с 2014 года 3-этапная система медицинской реабилитации. 1 этап – в ПСО и РСЦ, 2 и 3 этапы медицинской реабилитации пациентов с ОНМК/ОКС осуществляется на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (далее – ГБУЗ «ОКЛРЦ»). В ГБУЗ «ОКЛРЦ» кадровый состав включает полноценные мультидисциплинарные бригады на 2 и 3 этапах медицинской реабилитации. Решение о переводе пациентов с ОНМК/ОКС на 2 и 3 этап медицинской реабилитации осуществляется на ежедневных селекторных совещаниях главных внештатных специалистов по неврологии, кардиологии, медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Тверской области с заведующими первичных сосудистых отделений, реабилитационных отделений.

Пациенты с ОНМК, направленные на 2 и 3 этапы медицинской реабилитации: 39 % больных перенесших ОНМК и выживших маршрутизируются на 2 этап медицинской реабилитации (ГБУЗ «Областной клинической лечебно-реабилитационный центр» г. Твери), время ожидания плановой медицинской помощи в данном случае составляет не более 14 дней.

На 3 этапе медицинской реабилитации в дневной стационар ГБУЗ «ОКЛРЦ» г. Твери направляется 11 % пациентов с ОНМК, с 1 этапа медицинской реабилитации.

И 30 % пациентов, перенесших ОНМК, направляются на 3 этап медицинской реабилитации в санатории Тверской области.

В настоящее время 1 % пациентов с ОКС направляется на 2 этап медицинской реабилитации и 18 % направляется на 3 этап медицинской реабилитации.

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

Среди взрослых жителей Тверской области чаще всего выявлялся такой поведенческий фактор риска (ФР) развития неифекционных заболеваний (НИЗ), как недостаточное употребление овощей и фруктов (59,3 %), чуть реже – гиподинамия (57,3 %), еще реже – пагубное употребление алкоголя (32,3 %), досаливание пищи, не попробовав ее (24,0 %) и табакокурение (20,7 %).

У мужчин в возрасте 20-35 лет, 36 – 45 лет, 46 – 69 лет и старше 60 лет по сравнению с лицами 20 лет и моложе статистически значимо реже выявлялось недостаточное употребление количества овощей и фруктов (соответственно 61,3; 63,7; 62; 63,5 5 и 36,7 %). Напротив, частота гиподинамии статистически значимо нарастала по мере увеличения возраста (30,4 %; 38,9 %; 51,4 %; 42,6 % и 45,2 %), тогда как выявляемость табакокурения и пассивного курения статистически значимо чаще регистрировалась у молодых по сравнению с пожилыми лицами (соответственно 39; 34,9 %; 36,8; 31,7; 18,8; и 40; 41,2; 31,7; 30,6; 16,3 %). У мужчин не выявлено статистически значимых отличий с учетом возраста в отношении как пагубного употребления алкоголя, так и досаливания пищи, не пробуя ее (соответственно, 30,8 5; 41,1; 48,4; 41,3 и 41,8; и 26,3; 27,4; 33,3; 28,1 и 29,5 %).

У женщин не обнаружено статистически значимой разницы с учетом возраста в выявляемости недостаточного количества употребления овощей и фруктов, гиподинамии и досаливания пищи, не пробуя ее (соответственно, 54,9; 61,0; 57,3; 58,6; 54,6; и 46,2; 42,4; 43,6; 43,5; 39,8; и 26,4; 24,7; 20,8; 19,7; 26,0 %). Напротив, пагубное употребление алкоголя у женщин статистически значимо чаще регистрировалось в возрасте от 20 – 35 лет, 36 – 45 лет и 46 – 60 лет по сравнению с возрастами менее 20 лет и старше 60 лет (соответственно, 35,8; 39,3; 27,7 и 16,5; 19,3 %), тогда как курение и пассивное курение значимо чаще выявлялось у молодых по сравнению с пожилыми женщинами (соответственно, 22,0; 27,7; 23,9; 14,2; 3,6; и 39,3; 35,4; 27,6; 24,6; 13,5 %).

На фоне довольно широкого наличия у профилактически проконсультированных поведенческих факторы риска (далее – ФР) развития НИЗ у них регистрировались и алиментарно-зависимые ФР. Среди последних чаще всего фиксировалось ожирение (57,4 %), реже диагностировалась гиперхолестеринемия (49,2 %), еще реже – АГ (38,5 %) и редко – гипергликемия (5,2 %).

У мужчин выявляемость ожирения и артериальной гипертензии статистически значимо нарастала по мере увеличения возраста (соответственно, 3,9; 12,7; 33,5; 40,6; 37,9; и 11,8; 22,4; 49,2; 64,1; 68,9 %), тогда как выявляемость гиперхолестеринемии и гипергликемии статистически значимо не зависела от возраста (соответственно, 42,9; 29,7; 50,0; 55,3; 52,7; и 12,5; 1,1;4,5; 5,1;2,9 %).

У женщин выявляемость ожирения, артериальной гипертензии, гиперхолестериемии и гипергликемии статистически значимо нарастала по мере увеличения возраста (соответственно, 1,2; 7,0; 20,6; 37,9; 40,9 и 0,5; 6,8; 25,2; 41,9; 64,1 и 22,2; 39,0; 38,4; 52,3; 58,0 и 0,5; 2,6; 2,3; 4,4; 8,8 %).

Таким образом, как среди мужчин, так и среди женщин, довольно часто регистрируются как поведенческие, так и алиментарно-зависимые ФР развития НИЗ. Распространенность поведенческих ФР у жителей Тверской области находится на довольно высоком уровне и в течение 2016, 2017 и 2018 гг. и не имеет статистически значимого снижения. Наиболее часто у жителей Тверской области выявляется гиподинамия(57,2 %), которая статистически значимо была наибольшей в 2016 году по сравнению с 2017 года (53,3 %), однако в 2018 году выявляемость гиподинамии оставалась по сравнению с 2017 г. на прежнем уровне (54,8 %). Указанный фактор риска значительно превышает показатель недостаточной физической активности, вывяленный у жителей РФ по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, который были диагностирован в 38,8 %.

41,9 % пациентов употребляют недостаточное количество овощей и фруктов без статистически значимых отклонений в указанные годы (соответственно, 42,2; 42,1 и 40,5 %).

Риск злоупотребления алкоголя у женщин выявлен в 29,2 % случаев, что статистически реже, чем у мужчин (41,2 %) значимо снизилось по сравнению с 2016 г., однако в 2018 г. вновь повысилось (соответственно, 48,5; 32,5; 42,3 и 30,3; 23,5; 30,6).

Каждый четвертый пациент (24,2 %) досаливает пищу, не пробуя ее, и этот показатель статистически значимо не отличается в указанные годы (соответственно, 25,5; 26,2 и 21,6 %). Избыточное потребление соли среди жителей РФ в 2 раза выше - 49 %.

Частота табакокурения у женщин за три исследуемые года статистически значимо не менялась (соответственно, 13,8; 10,5 и 14,0 %) и в среднем составила 13,3%. У мужчин табакокурение выявлялось статистически значимо чаще по сравнению с женщинами (28,1 %), но также без статистически значимых различий в указанные годы (соответственно, 32,8; 28,0 и 24,4 %). На уровне России данный фактор риска диагностируется в 23,3 % и сопоставим с распространенностью курения среди мужчин, но значительно выше, чем у женщин Тверской области.

Столь высокая выявляемость поведенческих ФР ассоциативно связана с тем, что у жителей Тверской области не только часто выявляются ожирение (28,6 %: сопоставимо с данными России – 29,7 %), АГ (31,7 %, выявляемость ниже, чем в России - 43%), дневная гиперхолестеринемия (53,4 %, показатель несколько ниже, чем в России - 58,5%) и гипергликемия (4,5 %, показатель в России - 4,6 %).

За три года мониторинга (2016 – 2018 годы) отмечен статистически значимый рост выявляемости АГ (соответственно, 27,6; 30,2 и 38,5 %), однако он пока не достигает данных РФ и гипергликемии (соответственно, 2,8; 3,8 и 4,5 %; данные соответствуют России).

В Тверской области на протяжении последних лет проводится комплексная работа по контролю факторов риска неинфекционных заболеваний:

на регулярной основе проводится мониторинг выполнения антитабачного законодательства по городу Твери и 16 муниципальным образованиям с привлечением волонтеров и немедленным опубликованием результатов в электронных СМИ и доведением их до руководителей органов исполнительной власти и силовых ведомств;

проводится межведомственная работа на уровне глав муниципальных образований по контролю потребления табака, алкоголя, мерам по увеличению физической активности: семинары, информационные материалы и др.;

ежегодно проводится 15-25 семинаров (в том числе видео-семинаров) с медицинскими работниками по повышению качества консультирования табакзависимых, а также по другим факторам риска;

в течение 2017 – 2018 годов среди населения Тверской области распространено 65 тыс. экземпляров информационных листовок по контролю основных факторов риска НИЗ;

ежегодно в Тверской области проводятся областные или межрегиональные антитабачные конференции, на которых обсуждается комплексный подход к борьбе с табаком;

ежегодно проводится 4 - 5 акций, посвященных датам здоровья ВОЗ, в печатных и электронных СМИ размещается более 30 материалов по современным подходам к контролю факторов риска, проводится 8-10 выходов в эфир на региональном телевидении и более 20 выходов в эфир на региональном и федеральном радио. Целевые показатели оценки эффективности реализации мероприятий за 2018 год представлены в таблице 31.

Таблица 31. Целевые показатели оценки эффективности реализации мероприятий за 2018 год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Целевые показатели оценки эффективности реализации мероприятий | Фактическое значение (шт.) |
| 01 | Количество проведенных мероприятий по информированию населения о факторах риска развития болезней системы кровообращения, в том числе инфаркта миокарда, и обеспечению условий для реализации здорового образа жизни | 33 518 |
| 01.1 | из них: публикации в СМИ | 50 |
| 01.2 | буклеты, брошюры по проблеме риска развития болезней системы кровообращения, в том числе инфаркта миокарда | 1 289 |
| 01.2.1 | тираж буклетов, брошюр по проблеме риска развития болезней системы кровообращения, в том числе инфаркта миокарда | 1 700 |
| 01.3 | социальная реклама, в том числе видеоролики | 11 |
| 01.4 | телевизионные передачи | 11 |
| 01.5 | анкетирование населения | 32 097 |
| 01.5.1 | число анкет | 50 219 |
| 01.6 | другое | 60 |
| 02 | число граждан, охваченных кампанией и мотивированных на ведение здорового образа жизни | 48 253 |
| 03 | число лиц, отказавшихся от курения по данным опроса граждан, охваченных кампанией по пропаганде здорового образа жизни | 352 |

II Раздел

Выводы по анализу текущего состояния оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Тверской области

При высоком показателе общей смертности населения Тверской области и стабильном уровне заболеваемости БСК отмечается устойчивая многолетняя тенденция снижения смертности от БСК, в основе которой лежит, в первую очередь, улучшение объема и качества медицинской помощи больным с ОКС и ОНМК.

Отмечается низкий уровень санитарной грамотности населения при высокой распространенности основных факторов риска ССЗ. Проводимая работа по повышению информированности населения о ССЗ, первых признаках ОКС и ОНМК, возможностях и путях коррекции факторов риска, вторичной профилактики ССЗ недостаточно эффективна и требует принципиального улучшения.

Состояние службы скорой медицинской помощи на сегодняшний день не полностью отвечает потребностям организации догоспитальной помощи пациентам с ОКвС и ОНМК, что выражается в неукомплектованности выездных фельдшерских и врачебных бригад СМП, высоком износе и дефиците автопарка СМП, дефибрилляторами, тромболитическими препаратами, что требует соответствующих организационных мероприятий.

В целях совершенствования работы СМП разработана «дорожная карта», включающая централизацию диспетчерской службы, ежегодное приобретение автомобилей СМП (не менее 20 штук), повышение заработной платы выездным медицинским работникам.

Созданная сеть сосудистых центров обеспечивает необходимую доступность специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК и практически исключает непрофильную госпитализацию пациентов. Основными проблемами оказания помощи пациентам с ОКС и ОНМК являются: существенный дефицит кадров в ПСО, существенный износ медицинского оборудования в РСЦ, недостаточная укомплектованность ПСО медицинским оборудованием, гипердиагностика ОКС в ПСО. Перспективным направлением развития службы является открытие второго удаленного регионального сосудистого центра в городе Ржеве.

Охват диспансерным наблюдением пациентов с хроническими формами БСК и объем мероприятий по их вторичной профилактикене отвечает современным потребностям кардиологической помощи населению Тверской области, что требует принципиального улучшения работы в этом направлении, усиления амбулаторно-поликлинического звена кардиологической и терапевтической службы, применения современных метолов диагностики и лечения.

Отсутствие функционирующей ЕМИС препятствует преемственности в организации медицинской помощи при БСК, возможности ведения регистров пациентов с БСК, контролю качества медицинской помощи и правильному статистическому учету.

III Раздел

Цель, показатели и сроки реализации региональной Программы

 Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения к 2024 году, а также снижение больничной летальности от инфаркта миокарда до 8 % и от острого нарушения мозгового кровообращения до 14 % в 2024 году, увеличение количества рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях в 2024 году до 3 200 ед. Цель и показатели Программы представлены в таблице 32.

Таблица 32. Цель и показатели Программы

| Цель - снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения) |
| --- |
| № п/п | Наименование показателя | Тип показателя | Базовое значение | Период, год |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| значение | дата |
| 1 | Смертности от инфаркта миокарда, на 100 тыс. населения | основной | 66,1 | 31.12.2017 | 61,3 | 59,1 | 56,8 | 54,6 | 52,3 | 50,6 |
| 2 | Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, на 100 тыс. населения | основной | 144,5 | 31.12.2017 | 134,0 | 129,1 | 124,2 | 119,2 | 114,3 | 110,6 |
| 3 | Больничная летальность от острого коронарного синдрома, % | основной | 14,4 | 31.12.2017 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 |
| 4 | Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, % | основной | 18,2 | 31.12.2017 | 17,2 | 16,7 | 16,2 | 15,6 | 14,6 | 14 |
| 5 | Отношение числа рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром, % | основной | 19,2 | 31.12.2017 | 43 | 46,5 | 50 | 53,5 | 57 | 60 |
| 6 | Количество рентген-эндоваскулярныхвмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС | основной | 1188 | 31.12.2017 | 2661 | 2877 | 3094 | 3310 | 3527 | 3713 |
| 7 | Доля профильных госпитализаций пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, доставленных автомобилями скорой медицинской помощи, % | основной | 69,5 | 31.12.2017 | 73,7 | 78 | 82,2 | 86,5 | 90,7 | 95 |

Задачами программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» являются:

Разработка меры по повышению качества оказания медицинской помощи у пациентов ключевых групп сердечно-сосудистых заболеваний, определяющие основной вклад в заболеваемость и смертность от ССЗ.

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, организация школ здоровья для пациентов группы высокого риска по возникновению ОНМК/ОКС. Формирование здорового образа жизни.

Совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с внедрением алгоритмов диспансеризации населения, направленных на группы риска, особенно по развитию острого нарушения мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома, раннее выявление лиц из группы 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, трехэтапной системы медицинской реабилитации в Тверской области.

Совершенствование материально-технической базы учреждений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения.

Переоснащение медицинским оборудованием медицинских организаций. Организация сбора достоверных статистических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидности по группе болезней системы кровообращения (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, инсульт и др.), в том числе с использованием региональных информационных сервисов.

Привлечение специалистов и укомплектование врачами-терапевтами участковыми и врачами-неврологами амбулаторно-поликлинической службы.

Обеспечение повышения качества оказания медицинской помощи больным с ССЗ в соответствии с клиническими рекомендациями совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами.

Организация системы внутреннего контроля качества оказываемой медицинской помощи.