

Аппарат Губернатора и  
Правительства Волгоградской области

Вх № 646  
на 10 листах  
21 11 2013 г

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ СОБРАНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КОМИТЕТ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ  
ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ**

103426, Москва, Б Дмитровка, 26

«27» ноября 2013г

№ 3.8-13/1898

Аппарат Губернатора и Правительства  
Волгоградской области



**РУКОВОДИТЕЛЯМ  
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ  
ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

Комитет Совета Федерации по социальной политике в рамках экспертного совета по здравоохранению 14 ноября 2013 года провел выездное заседание на тему «Опыт региона в совершенствовании высокоэффективных методов профилактики и лечения острого коронарного синдрома».

Направляем Вам материалы данного мероприятия для сведения и использования в работе.

Приложение: 1. Решение на 9 л. в 1 экз.

Заместитель председателя Комитета

И.Н. Чернышев

Исл. Константинова С.А.,  
тел 986-68-07

Получено 11  
Введено 11  
В.....*сман*

25 11 2013 г.  
21 11 2013 г.

Для документов  
IV

АППАРАТ ГУБЕРНАТОРА И ПРАВИТЕЛЬСТВА ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

01-9м

## **РЕШЕНИЕ**

### **заседания экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Опыт региона в совершенствовании высокоэффективных методов профилактики и лечения острого коронарного синдрома»**

г. Уфа

14 ноября 2013 года

Острый коронарный синдром (далее – ОКС) является одной из основных причин, определяющих высокую смертность в Российской Федерации вследствие сердечно-сосудистой патологии. Острый коронарный синдром объединяет в себе такие состояния, как нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда, которые требуют оказания неотложной медицинской помощи. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются первой причиной смертности и составляют 56,8% всех смертей в Российской Федерации. По данным статистики ежегодно в России регистрируется более 600 тыс. случаев острого коронарного синдрома, из которых около 200 тыс. приводят к развитию инфаркта миокарда. От этого заболевания ежегодно умирают порядка 80 тыс. человек. Суммарные прямые затраты системы здравоохранения на пациентов с ОКС составили в 2009 году почти 21 млрд. рублей, а непрямые - 53,5 млрд. рублей. Суммарный экономический ущерб от ОКС в России в 2008-2009 годах превысил 70 млрд. рублей. Кроме того, каждый год Россия теряет 100 000-200 000 лет жизни трудоспособного населения, преимущественно мужского. Именно потери ВВП вследствие смерти от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба от ОКС в России. В 2009 году эти потери составили более 49,3 млрд. рублей, что почти в 2,5 раза больше, чем все затраты на медицинскую помощь при ОКС (20,9 млрд. рублей).

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из самых актуальных медико-социальных проблем и в Республике Башкортостан. На сегодняшний день около 31% населения республики страдают болезнями системы кровообращения. Среди них 41,5% - артериальной гипертонией, 21,5% - ИБС, 23% – ЦВЗ. В 2012 году 4703 человека перенесли острый инфаркт миокарда. Только с ОКС с подъемом сегмента ST было госпитализировано 3692 больных.

В Российской Федерации на низком уровне находится профилактическая работа, в частности, работа в первичных медучреждениях с пациентами, уже перенесшими инфаркт, что составляет систему вторичной профилактики. Всего 12,4% из перенесших инфаркт граждан РФ наблюдались специалистами в своих поликлиниках, в результате 11,8% случаев госпитализации в 2012 году были уже повторными инфарктами миокарда. Нельзя признать удовлетворительной в РФ и систему вторичной профилактики инфаркта миокарда.

Низкая грамотность населения в области кардиологических заболеваний и ОКС приводят к позднему обращению пациентов за врачебной помощью, что создает предпосылки для развития необратимых изменений миокарда и ухудшает прогноз лечения. Это определяет необходимость: 1) создания условий для обеспечения максимально оперативной диагностики и транспортировки больных в лечебные учреждения; 2) распространения социально-значимой информации среди всех слоев населения, направленной на увеличение и ускорение обращений за специализированной медицинской помощью при первых симптомах ОКС.

Другой аспект проблемы - использование устаревших технологий и методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности, ОКС, все еще применяемых в Российской Федерации. В то же время развитие современной кардиологии демонстрирует наличие доказанных и высокорезультативных технологий лечения ОКС как на догоспитальном уровне, так и в условиях оказания стационарной помощи.

Стандартизированные подходы в лечении ОКС, включая догоспитальный и госпитальный тромболизис, первичные чрескожные коронарные вмешательства, необходимую медикаментозную (антикоагулянтную и антиагрегантную) терапию, уже сегодня могут существенно повлиять на сердечно-сосудистую смертность и обеспечить достижение необходимых индикаторов качества оказания медицинской помощи как на федеральном, так и на региональном уровнях. Решающими факторами для выстраивания всей системы помощи больным с ОКС являются развитие транспортной сети, состояние трафика, также как и оснащенность лечебных учреждений необходимым для проведения ЧКВ

оборудованием. Низкая частота использования ЧКВ, современных фибринолитических, антиагрегационных и антикоагулянтных препаратов не позволяет существенно снизить смертность от ОКС, в то время как международные рекомендации указывают на то, что для антикоагулянтной поддержки чрескожных коронарных вмешательств у больных с ОКС, а также при плановых вмешательствах с высоким риском осложнений следует использовать парентеральные антикоагулянты. Кроме того, сегодня существуют новые классы препаратов для лечения пациентов с высоким риском развития неблагоприятных исходов, в первую очередь это пациенты, перенесшие инфаркт миокарда с хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса. Также большинство экспертов сходится во мнении, что тромболитическая терапия больным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST должен проводиться преимущественно на догоспитальном этапе и только в том случае, если проведение экстренной коронарной ангиопластики в ближайшие два часа невозможно.

В Республике Башкортостан за 2012 год из 3692 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST тромболитическая терапия была проведена 194 больным (5,3%), а чрескожное вмешательство - 1591 больному (43,1%). За 9 месяцев 2013 года ЧКВ выполнено 2051 больному с ОКС, из которых 725 – больным с подъемом сегмента ST.

Широкое внедрение в практическое здравоохранение новых современных схем лечения, направленных на предотвращение осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, также позволит снизить показатели общей смертности, в первую очередь, внезапной сердечной смерти населения Российской Федерации. В российской практике пациентам, перенесшим ОКС, нередко не назначают необходимый комплекс препаратов, что не приносит должного терапевтического эффекта. Так, комбинацию двух ангиагрегантных препаратов в рамках льготного обеспечения пациенты зачастую получают вовсе, при рекомендованной длительности двойной антиагрегантной терапии в течение 1 года.

Основными направлениями для снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является внедрение комплекса мер, направленных на первичную и вторичную профилактику инфаркта миокарда, на

обеспечение доступности и своевременности оказания медицинской помощи, внедрение современных методов диагностики и лечения инфаркта миокарда, подготовку квалифицированных кадров, информирование населения о возможных рисках развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Сегодня обучение квалифицированных специалистов-кардиологов проводится в единичных медицинских учреждениях, которые не обеспечивают весь кадровый состав существующих сосудистых центров, созданных за последние годы в РФ. До сих пор в РФ не решен вопрос с обеспечением необходимым оборудованием, расходными материалами, лекарственными препаратами, препаратами для обеспечения круглосуточной работы рентгенхирургических отделений в течение всей недели (24 часа 7 дней в неделю) с целью оказания высокотехнологичной помощи пациентам с ОКС в регионах. В то же время, наличие медицинских технологий, которые уже доказали свою эффективность, позволяет говорить о потенциальной возможности решения многих проблем в области лечения острого коронарного синдрома.

С 2008 года Минздрав России в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» начал реализацию нового направления по совершенствованию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» среди прочих содержится поручение снизить смертность от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения к 2018 году (по данным Росстата в 2010 году данный показатель составил 805,9 на 100 тыс. человек).

Вместе с тем, в настоящее время остается нерешенным ряд вопросов, которые не позволяют должным образом повысить эффективность оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.

В целях их решения, а также повышения эффективности мер, принимаемых органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, и совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом, участники заседания экспертного совета по здравоохранению предлагают:

## **1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:**

- рассмотреть вопрос о внесении изменений в Мероприятие 2.5. «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями» подпрограммы 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» Государственной программы «Развитие здравоохранения», предусмотрев формирование в структуре медицинских организаций с прикрепленным населением свыше 300 000 человек, оказывающих медицинскую помощь больным с ОКС, отделений рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения;

- подготовить поправки в обсуждаемый «Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» в виде раздела, четко регламентирующего порядок медицинской и транспортной эвакуации больных для первичного ЧКВ, межстационарных переводов, в том числе для перевода на долечивание после первичного ЧКВ в ЛПУ по месту жительства (в соответствии с уже действующими федеральными нормативно-правовыми актами);

- рассмотреть вопрос о разработке и применении программ по маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом для своевременного оказания им медицинской помощи на основе современных методик и препаратов;

- рассмотреть вопрос о пересмотре порядка оказания медицинской помощи, регламентирующем требования к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь больным с острым коронарным синдромом, для включения обязательного требования обеспечения круглосуточной работы (24/7/365) структурного подразделения, на базе которого оказывается медицинская помощь с применением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения;

- рассмотреть вопрос об определении в стандартах оказания специализированной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST индикаторного показателя частоты выполнения ЧКВ на уровне 70 % с поэтапным достижением данного показателя;

- рассмотреть вопрос о создании единой сквозной программы обучения студентов медицинских ВУЗов и врачей-терапевтов, кардиологов, врачей рентгенэндоваскулярных хирургов, врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи при прохождении первичной специализации и профессионального усовершенствования;

- рассмотреть вопрос создания симуляционных центров на базе образовательных учреждений, занимающихся подготовкой кардиологов, рентгенэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов;

- рассмотреть вопрос о разработки системы специализированной подготовки среднего медицинского персонала сосудистых центров и ангиографических лабораторий;

- обобщить опыт Самарской, Свердловской, Ростовской областей, Республики Татарстан и разработать методику определения потребностей регионов в необходимости строительства и перепрофилирования кардиологических центров, приспособленных для организации чрескожных коронарных вмешательств исходя из потребностей региона, транспортной сети и условий дорожного движения, а также в обучении и подготовке медицинских кадров;

- оказать содействие в осуществлении мер по организации своевременной медицинской помощи пациентам с ОКС (включая первичное ЧКВ), а так же по внедрению эффективной фармакологической поддержки на основе эффективных лекарственных средств нового поколения (антикоагулянтов и антиагрегантов) для лечения острого коронарного синдрома;

- осуществлять контроль за эффективностью проводимых в регионах мероприятий, направленных на снижение смертности и инвалидизации пациентов с острым коронарным синдромом.

## **2. Российской Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации:**

- включить в план НИОКР на 2014 год научно-исследовательскую работу на тему «Изучение региональной специфики оказания медицинской помощи больным острым коронарным синдромом с целью диагностики и зонирования субъектов Российской Федерации и выработки

соответствующих рекомендаций по совершенствованию данного вида медицинской помощи».

### **3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:**

- рассмотреть вопрос о создании региональных ведомственных целевых программ оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом;
- рассмотреть возможность повсеместного внедрения высокотехнологичной эффективной медицинской помощи для лечения больных с острым коронарным синдромом в рамках региональных программ развития здравоохранения до 2020 года с возможностью охвата не менее 70% пациентов с острым инфарктом миокарда чрескожными коронарными вмешательствами и доступностью помощи из расчета 600 чрескожных коронарных вмешательств на 1 миллион населения;
- оценить потребность региона в необходимости строительства и перепрофилирования кардиологических центров, приспособленных для организации чрескожных коронарных вмешательств, исходя из потребностей территории, транспортной сети и условий дорожного движения, а также оценить потребность в обучении и подготовке медицинских кадров;
- оптимизировать количество лечебно-профилактических учреждений, имеющих возможность оказывать помощь пациентам с острым коронарным синдромом в соответствии с разработанной методикой (круглосуточной работы рентгенэндоваскулярной службы в режиме 7/24) и на основе потребности региона, транспортной сети и условий дорожного движения;
- совместно с территориальными фондами ОМС обеспечить соответствующее потребностям региона финансирование диагностики и лечения ОКС с формированием тарифа, покрывающего расходы на оказание данного вида медицинской помощи;
- обеспечить соответствие проекта региональных стандартов лечения ОКС федеральным стандартам в части использования современных высокоэффективных антикоагулянтов и антиагрегантов;



- рассмотреть вопрос о включении в территориальные программы государственных гарантий наиболее эффективных лекарственных средств нового поколения для лечения острого коронарного синдрома;
- разработать и обеспечить выполнение алгоритма максимально быстрой госпитализации всех пациентов с подозрением на ОКС, исходя из принципов оптимальной логистики (включая запланированную тактику лечения и место нахождения пациента при постановке предварительного диагноза);
- создать условия для оптимизации внедрения в клиническую практику тромболитической терапии, а также переноса ее на догоспитальный этап, особенно при отсутствии оснащенных для лечения ОКС центров «в близкой доступности», ограничений транспортной сети и пр.;
- создать условия для увеличения количества инвазивных методов лечения, в том числе чрескожных коронарных вмешательств при лечении острого коронарного синдрома;
- рассмотреть вопрос об увеличении процента первичных чрескожных коронарных вмешательств при инфаркте миокарда до уровня, обеспечивающего снижение смертности от данного заболевания;
- рассмотреть вопрос о внедрении технологий телемедицины для своевременной диагностики и лечения острого коронарного синдрома и его последствий;
- обеспечить создание единой информационной базы или регистра пациентов, перенесших ОКС, для обеспечения преемственности на амбулаторном и стационарном этапах;
- обеспечить активное динамическое наблюдение пациентов после ОКС с четко рекомендованным алгоритмом диспансеризации в течение года, а при необходимости, и более продолжительного времени;
- обеспечить пациентов, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, наиболее эффективными лекарственными средствами нового поколения для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе после перенесенного острого коронарного синдрома, в течение последующих лет жизни;

- обеспечить преемственность двойной антиагрегантной терапии и антикоагулянтной терапии на всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с ОКС: догоспитальном, стационарном, санаторно-восстановительного лечения и амбулаторном;
- рассмотреть вопрос о сокращении длительности пребывания в ЛПУ пациентов с ОКС, которым выполнялось первичное ЧКВ в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основе стандартов;
- рассмотреть вопрос об обеспечении необходимых профилактических мер для пациентов, перенесших инфаркт миокарда;
- рассмотреть возможность создания на базе поликлиник и кардиологических центров школ для больных из группы высокого риска возникновения ОКС, и при выявлении данной группы риска (в т.ч. в рамках дополнительной диспансеризации рабочего населения) обеспечить привлечение пациентов к обучению в них;
- разработать и внедрить программу социальной рекламы для средств массовой информации по образованию и информированности населения о симптомах и мерах поведения при их появлении;
- разработать и внедрить программы обучения специалистов первичного и стационарного (кардиореаниматологи и интервенционные кардиологи) звена здравоохранения современным подходам к профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, включая острый коронарный синдром.

Председатель экспертного совета

В.В. Омеляновский