

**Протокол заседания профильной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «кардиология»
№ 1/2025 от 17 апреля 2025 года**

Место проведения: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, зал «Павлов» с использованием видеотрансляции.

Видеозапись заседания доступна по ссылке:

<https://box.almazovcentre.ru/index.php/s/tCu0biEaIIIE13bj>

Присутствовали: 99 членов профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «кардиология» (перечень 29 присутствовавших очно представлен в Приложении), 21 эксперт по соответствующим профилям.

Выступления:

1. Новые задачи федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2025—2030 гг.

Докладчик: Директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела - Каракулина Екатерина Валерьевна

В предыдущие 6 лет в рамках реализации Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» много внимания было уделено развитию материально-технической базы, мониторируемым показателям, а также планированию в субъектах РФ. Сейчас перед нами поставлены новые задачи – сохранение населения, укрепление здоровья населения, повышение благополучия людей и поддержка семьи.

В структуру Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» вошли следующие федеральные проекты: «Модернизация первичного звена здравоохранения РФ», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Медицинские кадры», «Национальная цифровая платформа «Здоровье»», «Борьба с сахарным диабетом», «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания», «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», «Здоровье для каждого» и «Развитие федеральных государственных учреждений, включая развитие сети национальных медицинских исследовательских центров». Запускается совершенно новый проект «Совершенствование экстренной медицинской помощи», который направлен на развитие инфраструктуры приемных отделений.

На сегодняшний день фиксируется замедление темпов роста, что отразилось на общей продолжительности жизни. Также отмечается высокая возрастная грация между городским и сельским населением, а также между субъектами РФ.

За последние шесть лет в рамках реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» удалось создать прочную основу для развития кардиологической помощи в стране. Была значительно укреплена материально-техническая база: сегодня в системе функционируют модернизированных 518 первичных сосудистых отделений, 302 региональных сосудистых центра, 231 отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, а также 3 849 кардиологических кабинетов, отмечается увеличение количества кардиологических коек. Однако сохраняется кадровый дефицит: укомплектованность кардиологами кардиологических кабинетов составляет 92,1%, кардиологических отделений – 88,1%, укомплектованность рабочих мест сердечно-сосудистыми хирургами – 89,1%, а специалистами по рентгенэндоваскулярным методам – 87,1%, что необходимо будет учесть в рамках реализации федерального проекта «Медицинские кадры».

С целью сохранения и продления жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2025 году инициирован новый федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в котором сохраняется часть прежних целевых показателей (таких как больничная летальность от инфаркта миокарда и от острого нарушения мозгового кровообращения, охват пациентов лекарственной терапией), но при этом и учитываются современные реалии. Важно понимать, что все целевые показатели были сформированы на основе региональных данных, которые, в свою очередь, учитывают достижения целевых показателей каждого отдельного субъекта за предыдущие годы, а также текущее состояние и основные задачи субъекта РФ. Поэтому любые изменения на региональном уровне неизбежно влияют на общероссийские показатели. Это требует внимательного и ответственного подхода к планированию на всех уровнях.

В рамках реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» необходимо сосредоточиться на комплексном подходе к организации кардиологической помощи. Необходимо усилить систему лекарственного обеспечения и маршрутизации пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений с целью профилактики прогрессирования заболеваний. Кроме того, появилось новое мероприятие по профилактике прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) в соответствии с клиническими рекомендациями. И для достижения результата по данному мероприятию каждому региону необходимо будет провести анализ количества пациентов с ИБС, качества их диспансерного наблюдения, оснащенности медицинских организаций и кадровых возможностей. По итогу предстоит сформировать эффективную маршрутизацию пациентов с ИБС, проведя все организационные мероприятия, включая обучение персонала. Кроме того, вероятно, потребуются и изменение подходов к тарифообразованию в каждом конкретном регионе.

Кроме того, сегодня готовится мониторинг, который будет отражать количество пациентов с ИБС и проведенного им стентирования либо аортокоронарного шунтирования. Все результаты исследований, которые делаются этим пациентам, точно так же будут учитываться в рамках федерального проекта. Идеология мониторинга, которая закладывается для данного результата, не ограничивается контролем целевых значений, она должна рассчитываться отдельно для каждого региона и отражать реальное число пациентов, охваченных, прежде всего, нагрузочными, визуализирующими тестами. Кроме того, результативность данной проделанной работы (какому числу пациентов в последующем провели коронарографию либо, соответственно, реваскуляризацию различными методами) очень важна в том числе для оценки дальнейших действий и последующего направления данных пациентов на медицинскую реабилитацию.

В рамках реализации федеральных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Борьба с онкологическими заболеваниями» запланирована разработка маршрутизации пациентов для каждого конкретного субъекта РФ. Также планируется разработка «Паспортов службы» в специальном разделе на Портале мониторинга – комплексных документов, описывающих систему оказания кардиологической помощи, ресурсы, возможности оснащения и целевые показатели для каждого субъекта РФ и являющихся основой для разработки маршрутизации пациентов. Необходимо также отметить важность включения «Паспорта службы» в региональную программу «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

В ходе доклада был сделан акцент на «Дорожной карте», которая включает 4 этапа. Первый этап, связанный с доведением до регионов обновленных требований к программам, уже успешно завершен. Сейчас в активной фазе находится второй этап – непосредственная разработка проектов программ. На сегодняшний день только 71 регион представили свои проекты. От 18 субъектов, которые отстают от графика, требуется представление программы в кратчайшие сроки, так как от своевременности представления проектов зависит выполнение всего плана мероприятий. Структура плана мероприятий, охватывающая все этапы оказания помощи, не претерпела изменений. Таким образом, в новую версию мероприятий рекомендовано включить наиболее эффективные мероприятия из предыдущих версий

программ. В ходе третьего этапа планируется согласование представленных проектов. Важно понимать, что, если эксперт выявляет хотя бы одно замечание, программа возвращается на доработку, после чего проходит повторное рассмотрение. Заключительный, четвертый этап, утверждение программ, имеет свои региональные особенности. В зависимости от установленного порядка в субъекте, окончательное утверждение может проводиться либо высшим исполнительным органом региона, либо лично губернатором. Этот этап крайне важен, так как придает программе официальный статус и обязательность исполнения.

2. Состояние кардиологической помощи в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик Российской Федерации. Что и как меняется в оказании помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (2019-2024 гг.).

Докладчик: С.А. Бойцов, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик Российской Федерации).

В настоящее время сохраняется, но замедляется тенденция к снижению смертности от болезней системы кровообращения (БСК), несмотря на период пандемии, когда этот показатель повысился. В структуре заболеваемости БСК в РФ лидирует ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 58%. Если сравнивать структуру заболеваемости БСК с другими странами, то в Польше уровень заболеваемости ниже, ИБС составляет 40%, в Германии — 38%. Сохраняется высокая вариабельность смертности от БСК в курируемых регионах. Среди стандартизованных коэффициентов смертности (СКС) от БСК в 2020-2024 гг. прирост смертности от БСК отмечен в 19 из 45 курируемых регионов, прирост СКС от ИБС отмечен в 7 регионах, прирост СКС от инфаркта миокарда (ИМ) – в 18 субъектах РФ.

Обеспеченность населения врачами кардиологами в 2019-2024 гг. в большинстве регионов возросла. Прирост в РФ составил 18%, в ЦФО – 19%, в УФО – 24%, СФО – 14%, ДФО – 22%. В РФ обеспеченность кардиологами в 2024 г. составляет 0,94 на 10 тыс. населения, что сопоставимо с некоторыми европейскими странами – Швецией, Францией. Обеспеченность населения кардиологическими койками в РФ в 2019-2024 гг. уменьшилась на 5%. В ЦФО на 9%, УФО на 2%, СФО на 4%, ДФО на 6%.

За период реализации программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) полностью переоснащена и усилена система региональных сосудистых центров (РСЦ). Проведенный анализ обеспеченности РСЦ на 100 тыс. населения в анализируемом периоде (2019-2024 гг.) показал, что обеспеченность населения РСЦ существенно возросла в половине курируемых регионов, в РФ она увеличилась на 82%, в ЦФО – на 39%, в УФО и СФО – более чем в 100%. Обеспеченность регионов первичными сосудистыми отделениями (ПСО) напротив — снизилась, в основном в субъектах ЦФО и УФО. При этом в регионах СФО и ДФО количество ПСО увеличивалось в связи с большими расстояниями между административными центрами и удаленными районами региона, низкой плотностью населения, низкой численностью населения.

В большинстве регионов РФ (ЦФО, УФО, СФО и ДФО) в 2024 г. возросла централизация в организации и контроле профильности госпитализации пациентов с ОКС в привязке к территориальному планированию сети медицинских организаций на уровне региона. Передача и расшифровка ЭКГ для бригад скорой медицинской помощи при подозрении на ОКС в 100% случаев обеспечена в 32 из 45 регионов, маршрутизация пациентов с ОКС силами только единых диспетчерских центров – в 27 из 45 регионов, проведение еженедельного анализа силами организационно-методического отдела – в 29 из 45 регионов. Возросла доля пациентов с ОКС, госпитализированных в профильные отделения (РСЦ и ПСО), в большинстве регионов, за исключением: Республики Саха (Якутия), Рязанской, Смоленской, Ярославской областей, Забайкальского края.

В среднем по РФ в 2024 г. показатель «доля смертей пациентов от ИМ вне стационаров» отмечен в 46%, в стационарах – в 54% случаев. В 18 курируемых регионах частота смерти от

ИМ вне стационара выше 50%. В ПСО умирает 18% пациентов с ИМ, вне сети РСЦ и ПСО – 19%.

В 2024 г. установлена высокая вариабельность числа больных с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), поступивших в стационары субъектов РФ, и очень высокая вариабельность числа больных с нестабильной стенокардией, поступивших в стационары субъектов РФ, что связано с недостаточной частотой количественного определения уровня тропонина в крови.

Показатель «доля пациентов с ОКСпST, госпитализированных в стационар в сроки менее 2-х часов от начала симптомов» возрос в большинстве регионов. В РФ фактическое значение этого показателя в 2024 г. (по данным Мониторинга АСММС) составило 34%. Показатель «доля пациентов с ОКСпST, госпитализированных в стационар в срок до 12 часов от начала симптомов» увеличился в большинстве курируемых регионов на 9%, фактическое значение в РФ в 2024 г. составило 77%. Показатель «доля пациентов с ОКСпST, которым проведено ЧКВ» возрос в большинстве курируемых регионов, за исключением 7. Показатель «доля пациентов с ОКСпST, которым тромболитический препарат выполнен на догоспитальном этапе» увеличился в большинстве регионов и составил в РФ 80%. В 2024 г. применение фармакоинвазивной стратегии возросло в большинстве регионов, фактическое значение в РФ составило 66%. Показатель «доля пациентов с ОКСбпST высокого риска, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)» увеличился в большинстве регионов, фактическое значение в РФ – 58%. По данным Регистра «РЕГИОН-ИМ», пациенты с ОКСбпST реже получают ЧКВ, чем пациенты с ОКС. У пациентов старше 90 лет с ОКСпST без ЧКВ смертность выше (57%), чем у пациентов с ОКСпST, получивших ЧКВ, где смертность отмечена в 22% случаев.

Летальность пациентов с ИМ в стационарах большинства курируемых регионов снизилась, ее фактическое значение в 2024 г. в РФ составило 9,6%, но в СФО и ДФО летальность от ИМ все еще остается высокой: около 11%. Летальность от ИМ в ПСО снизилась в 26 регионах, летальность от ИМ в РСЦ снизилась в 26 регионах, ее среднее фактическое значение в РФ составляет 7,8%.

В курируемых регионах налажен механизм наблюдения и лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Развиваются амбулаторные кабинеты ХСН, увеличилось количество пациентов, наблюдающихся в кабинетах ХСН. В настоящее время ведется регистр «ХОСТА» ХСН во многих курируемых регионах. 30% коечного фонда приходится для лечения больных с ХСН, 40% пациентов, госпитализированных в центр ХСН на базе учреждений 3-го уровня (республиканская/краевая/областная больница), имеют сердечную недостаточность с сохранной ФВ левого желудочка.

В 2024 г. охват диспансерным наблюдением (ДН) пациентов с ИБС возрос в большинстве регионов, в РФ охват ДН составил 78%. Охват ДН пациентов с ОКС также увеличился в большинстве регионов.

В большинстве курируемых регионов отмечена положительная динамика количества проведенных исследований ЭхоКГ, количество проведенных исследований стресс-ЭхоКГ увеличилось в 27 регионах. Отмечена положительная динамика количества проведенных исследований УЗИ сосудов, благодаря проведению активной диспансеризации. Отрицательная динамика количества проведенных исследований ЧП-ЭхоКГ – в половине регионов. Положительная динамика количества проведенных исследований мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий отмечена в большинстве регионов.

Проводится недостаточное количество аортокоронарного шунтирования (АКШ). Так, в 2024 г. в РФ АКШ расчетно проведено 23 пациентам на 100 тыс. населения, недостаточное количество проведенных ЧКВ при хронической ИБС и радиочастотных аблаций (РЧА).

Представлено развитие инфраструктуры ПСО и РСЦ для ОКС к 2027 г. в Луганской и Донецкой Народных Республиках (ЛНР и ДНР). Среди показателей оказания медицинской помощи в 1 квартале 2025 г. по сравнению с 1 кварталом 2024 г. в ЛНР выросло общее число ЧКВ в 1,8 раз, из них плановых ЧКВ в 4 раза, проведение ЧКВ при ОКС увеличилось 1,6 раз. В ДНР выросло общее число ЧКВ в 1,6 раза, из них плановых ЧКВ на 21%, из них ЧКВ при ОКС в 1,7 раза. Обеспечено выполнение нагрузочного тестирования при ИБС.

В стране внедрена система льготного лекарственного обеспечения пациентов высокого риска, отмечены хорошая динамика роста потребления статинов и эзетимиба, рост потребления PCSK9.

При внедрении системы принятия врачебных решений в курируемых регионах более чем на 50% выросло качество учета холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) в электронных медицинских картах и значительно выросла частота назначения высоких доз статинов и комбинированной терапии дислипидемии. Клиническая эффективность дистанционного наблюдения АД (ДНАД), по данным реальной клинической практики, показала, что у 71,7% пациентов к 180 дню достигнуто снижение САД. Показан значимый экономический эффект от внедрения ДНАД у 3 млн. пациентов с неконтролируемой АГ в возрасте от 45 до 75 лет, по расчетным данным.

Основные задачи в оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля в первичном звене здравоохранения: увеличение численности группы ДН пациентов с БСК до 40% от численности терапевтического участка, в т.ч. за счет сопряжения результатов диспансеризации с ДН; внедрение системы маршрутизации пациентов с БСК в плане обеспечения диагностики в соответствии с клиническими рекомендациями; контроль достижения целевых значений АД, ХС ЛПНП посредством развития медицинских информационных систем, внедрения систем аналитики и системы принятия врачебных решений, а также силами заведующих терапевтическими отделениями. Перспективны также дистанционный мониторинг АД и ЧСС, расширение практики оценки предстесовой вероятности ИБС, расширение практики организации кабинетов для лечения ХСН, легочной гипертензии, семейной гиперхолестеринемии, дальнейшее развитие амбулаторного регистра ХСН; создание амбулаторных центров стресс-ЭхоКГ.

Основные задачи в оказании медицинской помощи больным кардиологического профиля в госпитальном звене здравоохранения: оптимизация территориального планирования и маршрутизации больных с ОКС, другими неотложными кардиологическими состояниями и хроническими формами БСК, начиная с уровня ФАП, врачебной амбулатории и районных больниц; дальнейшее развитие сети РСЦ за счет оснащения ангиографическим установками ПСО; увеличение доли пациентов с ОКСnST, госпитализированных в срок до 12 ч. от начала симптомов до 80%; увеличение до 85% доли пациентов с ОКСnST, которым проведено ЧКВ; увеличение до 75% доли пациентов с ОКСnST, которым ЧКВ проведено в течение 24 часов после тромболитической терапии; увеличение до 70% доли ЧКВ при ОКСbpST высокого риска, увеличение практики реваскуляризации миокарда с лечебной целью, расширение практики применения РЧА при фибрилляции/трепетании предсердий; широкое внедрение в практику интервенционных и гибридных методов лечения ССЗ (эндопротезирование аортального клапана (TAVI), эндопротезирование аорты, РЧА, митра-клипирование и т.д.).

3. Состояние кардиологической помощи в субъектах Северо-Западного, Северо-Кавказского, Приволжского и Южного федеральных округов, Запорожской и Херсонской областях Российской Федерации.

Докладчик: Президент Российского кардиологического общества, главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава России по Северо-Западному, Южному, Северо-Кавказскому, Приволжскому федеральным округам, а также по Запорожской и Херсонской областям, главный внештатный специалист-кардиолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга – Шляхто Евгений Владимирович

За последние шесть лет кардиологическая служба России добилась серьезных успехов. Вклад курируемых ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России субъектов РФ в снижение смертности от болезней системы кровообращения составил 63%. Однако для достижения целей, поставленных перед нами Минздравом России, нам предстоит фактически

удвоить темпы снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, то есть необходимо предотвратить порядка 71 тысячи смертей (11 тысяч жизней ежегодно).

Особое внимание сейчас уделяется новым регионам, где уже видны результаты активной совместной работы. В Мелитополе и Бердянске созданы современные региональные сосудистые центры, в Геническе и Скадовске открыты новые первичные сосудистые отделения, с октября 2024 года в Бердянске запущена аритмологическая служба. Эти шаги, вместе с подготовкой квалифицированных специалистов, закладывают фундамент для качественно нового уровня оказания кардиологической помощи на этих территориях.

Главная цель, стоящая перед всей системой здравоохранения – увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году. Сегодня доля БСК в структуре общей смертности занимает 44,7%. При этом снижение смертности от БСК на 50% даст прибавку в 2,8 года ожидаемой продолжительности жизни. Таким образом, БСК – ведущая причина смертности и ведущий драйвер ее снижения – основной резерв роста ожидаемой продолжительности жизни.

Проведенный совместно с Минздравом и ЦНИИОИЗ анализ стандартизированной смертности за последние 10 лет, исключая период пандемии, выявил неравномерность показателей. Минимальный потенциал имеют регионы, в которых стандартизированная смертность от БСК ниже среднероссийских значений, и регистрируется снижение смертности за последние 10 лет выше среднероссийского значения. Максимальный потенциал характеризует регионы в которых стандартизированная смертность от БСК выше среднероссийских значений, и регистрируется снижение смертности за последние 10 лет ниже среднероссийского значения. Эта дифференциация позволит выстроить адресную систему мер поддержки, распространяя лучшие практики на те территории, где они особенно нужны.

Для достижения цели нового Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» произошло изменение набора и целевых значений показателей региональных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», обеспечивающих достижение показателей и мероприятий (результатов) федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Представляется целесообразным сделать акцент на обеспечение достижения новых целевых показателей, создание индивидуальной стратегии изменения оказания медицинской помощи пациентам с БСК на основе принципа единого подхода к траектории движения пациента с увязкой новых целевых значений 6 показателей как ключевых индикаторов улучшения работы региональных систем здравоохранения.

С момента старта нового федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» прошло уже более трех месяцев и в апреле 2025 года практически по всем ключевым показателям наблюдается значительное отставание от плановых значений: треть регионов (31%) не достигает целевого значения больничной летальности от инфаркта миокарда, по показателям летальности от ОНМК целевых значений не достигают 64% субъектов РФ. Особую озабоченность вызывает низкий процент выполнения тромбэкстракции при инфаркте мозга (всего 42,5%) и недостаточное обеспечение льготными лекарствами пациентов высокого риска (лишь 33%). Только пять регионов смогли выполнить все шесть установленных целевых показателей, что свидетельствует о системных проблемах в организации работы.

В 2025 году изменяется парадигма национального проекта. Если в предыдущий период (2018-2024 годы) основной акцент был сделан на «кризис-менеджмент» (создавалась сеть региональных сосудистых центров, развивались специализированные программы, расширялась программа льготного лекарственного обеспечения, внедрялись регистры и телемедицина), то сейчас необходим принципиально иной, проактивный подход, основанный на постоянном мониторинге данных с акцентом на предотвратимую смертность, профилактируемую смертность и «сдвиг вправо» возраста наступления смерти за счет работы с группами высокого риска. Все указанные подходы в совокупности позволят увеличить ожидаемую продолжительность жизни.

Нынешнее состояние кардиологической службы не в полной мере соответствует приказу № 918н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи

больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Актуальной остается перестройка работы службы таким образом, чтобы кардиологи могли эффективно оказывать помощь пациентам с коморбидной патологией. Сейчас крайне активно идет обсуждение нового профессионального стандарта врача-кардиолога совместно с Минтруда и Минздравом.

Резервы для сохранения жизней в субъектах РФ наблюдаются на всем пути пациента от примордиальной до вторичной профилактики.

Особое беспокойство вызывает рост распространенности факторов риска (неправильного питания, гиподинамии, ожирения, дислипидемии). При этом отмечается высокая вариабельность регионов в выявлении факторов риска. При этом мы не можем однозначно сказать, связано ли это исключительно с улучшением выявляемости или отражает реальное ухудшение ситуации. Для принципиального изменения ситуации необходимо реализовать следующие стратегии:

- Разработка мероприятий по повышению охвата диспансеризацией, в том числе лиц трудоспособного возраста.
- Комплексный подход на региональном уровне, включающий информационно-просветительскую работу, создание инфраструктуры и популяризацию здорового образа жизни.
- Развитие системы медицинской профилактики, в том числе повышение квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения в вопросах диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, сбор и анализ статистической информации, оценка результативности проводимых мероприятий и корректировка стратегии в зависимости от полученных данных.

В рамках реализации предыдущего федерального проекта в части территориального планирования удалось значительно улучшить доступность экстренной кардиохирургической помощи для населения. Открытие 55 новых региональных сосудистых центров позволило увеличить долю пациентов, имеющих возможность получить своевременные чрескожные вмешательства, почти на 20%. Сегодня подавляющее большинство населения (62 миллиона) проживают в зонах с оптимальной доступностью кардиологической помощи, и лишь 6 миллионов остаются в зонах с ограниченным доступом. Дальнейшее улучшение ситуации требует перехода к новой фазе развития: уже недостаточно расширения сети медицинских учреждений – необходимо перестроить систему оказания помощи, сделав акцент на раннем выявлении факторов рисков, качественной профилактике и эффективном диспансерном наблюдении.

Активная работа по территориальному планированию и повышению качества помощи пациентам с острым коронарным синдромом в регионах в рамках предыдущего федерального проекта дала свои плоды. За 6 лет охват ЧКВ при ОКСнST возрос в 1,5 раза, а при ОКСбпST – в 2 раза, что позволило снизить летальность при ОКСнST на 40%, при ОКСбпST – на 15%, и сохранить 8 943 жизни больных ИМ.

В рамках нового федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в качестве непрерывного улучшения необходимо создание Мониторингового центра на базе ведущего учреждения региона (областной/республиканской/краевой больницы; регионального сосудистого центра, кардиологического диспансера или иной организации) ответственного за координацию и анализ медицинской помощи пациентам с ОКС на всех этапах с целью достижения значения нового показателя охвата реперфузионной терапией 95,0% к 2030 году.

При анализе оказания высокотехнологичной медицинской помощи обращает внимание значительная вариабельность объемов помощи в разрезе регионов, особенно в тех, где основной пул пациентов направляется на лечение за пределы субъекта (например, объемы аортокоронарного шунтирования варьируют от 4,9 до 52,2 на 100 000 населения, при рекомендованном 25), при этом потери при постановке на диспансерное наблюдение и включении таких пациентов в программу льготного лекарственного обеспечения составляют до 10%.

Одним из ключевых резервов остается доступность современных методов диагностики. Так, отмечается недостаточный охват эхокардиографией и стресс-тестами. Так же остро стоят вопросы обеспечения пациентов льготными лекарственными препаратами и случаи отсутствия преемственности между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи.

Несмотря на позитивную динамику роста охвата ДН пациентов с БСК, в 25 регионах РФ доля лиц, умерших от БСК и не состоявших под ДН, составляет более 50%. Таким образом, актуальной представляется разработка дополнительных мероприятий, направленных на повышение эффективности работы первичного звена с пациентами с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями: мониторинг взятия под ДН новых пациентов с БСК с обеспечением преемственности между стационарным и амбулаторным этапами, в том числе за счет развития региональных медицинских информационных систем.

По итогам 2024 года лишь в 9 курируемых субъектах РФ регистрировались удовлетворительные показатели охвата и качества диспансерного наблюдения. В зоне высокого риска 10 курируемых регионов, в которых и охват ДН, и охват услугами в рамках ДН на низком уровне. В таких регионах необходимо изменение подходов к организации ДН, повышение кадрового обеспечения, оценка доступности и эффективности использования медицинского оборудования, мониторинг качества ДН. Особое внимание качеству ДН следует уделить и регионам желтой зоны, в которых охват ДН на высоком уровне, однако охват услугами низкий – в таких регионах актуален мониторинг качества и эффективности ДН.

Ежегодно в курируемых регионах увеличивается количество реализуемых специализированных программ для целевых групп пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска - в 2024 году их количество увеличилось на 7. Активно развиваются программы помощи пациентам с ХСН: если в 2019 году только в 12 из 40 регионов СЗФО, СКФО, ПФО и ЮФО были реализованы компоненты системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью, то в 2024 году их количество возросло до 36 из 40.

Особое внимание следует уделить профилактической работе и реабилитации, включая расширение сети «Школ здоровья» для различных категорий пациентов (с артериальной гипертензией, сердечной недостаточности и т.д.) с акцентом на раннее начало обучения пациентов – еще на этапе стационарного лечения.

До сих пор мы сталкиваемся с рядом системных проблем в организации льготного лекарственного обеспечения, а именно несвоевременного возобновления рецептов для групп высокого риска. Также во многих регионах качественный состав льготной лекарственной терапии далек от оптимального, что напрямую влияет на эффективность лечения.

Для преодоления этих трудностей возможно внедрение цифровых решений. Так, в партнерстве со «СБЕРом» происходит реализация двух масштабных проектов: в Северо-Кавказском федеральном округе тестируется система дистанционного мониторинга с использованием искусственного интеллекта, а в Мурманской области реализуется проект в рамках разработки стандарта «Арктической медицины» (обследование пациентов на предмет развития сердечно-сосудистых заболеваний).

Диагностический блок также требует серьезного внимания. Сегодня только 6,6% пациентов с ИБС проходят нагрузочные тесты, хотя их эффективность неоспорима. Из них у 36,0% были выявлены показания для коронароангиографии. В 94% случаев была выполнена коронароангиография и в 100% она завершилась реваскуляризацией. Таким образом, есть существенные резервы по увеличению охвата нагрузочными тестированиями пациентов с ИБС находящихся под ДН.

Одной из задач Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» является повышение доступности радионуклидной диагностики, в том числе при БСК, в основном, за счет ОФЭКТ/КТ и ПЭТ/КТ.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с БСК, на основе выявленных пробелов в компетенциях по итогам выездных мероприятий в субъекты РФ ежегодно разрабатывается и реализуется план образовательных мероприятий для практикующих врачей: лекций ведущих экспертов центра, разборы сложных клинических

случаев. В 2024 году было обучено 200 специалистов из 25 регионов. Медицинские ВУЗы активно работают над созданием новых образовательных программ, включая курсы повышения квалификации для преподавателей. Однако предстоит сделать еще очень многое для подготовки специалистов, способных работать с современными диагностическими и лечебными технологиями.

Все направления, начиная от совершенствования лекарственного обеспечения и заканчивая внедрением новых диагностических методов и подготовки кадров, требуют комплексного подхода и скоординированных действий на федеральном и региональном уровнях, что позволит создать целостную систему. Кроме этого, необходим переход от реагирования на проблемы к их предупреждению, от разовых акций - к системной постоянной работе. Основой этой трансформации станут центры управления рисками в регионах. Эти центры собирают данные, анализируют информацию в реальном времени и предлагают конкретные решения для каждого пациента. Уже сейчас видны первые результаты такой работы в пилотных регионах, где благодаря тесному взаимодействию с главными кардиологами удалось разработать эффективные антикризисные программы. В свою очередь создание единого цифрового контура, который объединит все уровни медицинской помощи - важный инструмент, который играет в этом процессе ключевую роль. Не маловажен и переход к персонализированному подходу, когда лечение подбирается с учетом особенностей конкретного пациента. Такой подход невозможен без современных диагностических методов, искусственного интеллекта, междисциплинарного взаимодействия специалистов. Именно это позволит не просто достичь целевых показателей, но и создать систему, которая действительно продлевает жизнь и сохраняет здоровье наших граждан.

4. Предложение по проведению акции по профилактике тромбозов на авиатранспорте в регионах Российской Федерации.

Докладчик: Главный кардиолог Управления делами президента Российской Федерации – Ломакин Никита Валерьевич

В России существует образовательный проект «Российский антитромботический форум», а с 2024 года проводится конгресс, посвященный Всемирному дню по борьбе с тромбозом в России. В рамках указанных мероприятий проводится сотрудничество с Министерством транспорта Российской Федерации по реализации проекта, направленного на профилактику тромбоза сосудов нижних конечностей у часто летающих пассажиров. В 2024 году в нескольких московских аэропортах проведена информационная акция с участием врачей и персонала авиакомпаний. проводились консультирование пассажиров с демонстрацией обучающих видеороликов в зоне прилета аэропортов, публиковались статьи о профилактике тромбоза в бортовых журналах авиакомпаний («Аэрофлот», «Уральские авиалинии», «Специальный летный отряд России»). Проведенные мероприятия получили широкий отклик и освещение в средствах массовой информации. Министерство транспорта Российской Федерации предлагает расширить проведение подобных акций в аэропортах других регионов с реализацией в октябре 2025 года. Организаторы мероприятия (Российское кардиологическое общество, Совет по тромбозам Российского кардиологического общества) готовы предоставить для его реализации полиграфические материалы, обучающие ролики, промо-продукцию, обеспечение помощи в коммуникации с аэропортами. Региональным представителям РКО предлагается принять участие в проведении акции с использованием вышеуказанных образовательных материалов, прокатом видеороликов на экранах аэропорта и приглашением средств массовой информации для освещения мероприятия.

В ходе обсуждения Е.П. Мазыгула, руководитель Координационного центра по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», подчеркнула, что особое внимание в настоящее время необходимо уделить оперативному

созданию «Паспорта службы». Этот документ играет ключевую роль, поскольку позволяет систематизировать данные, которые часто остаются без должного внимания, в частности, информацию по диспансерному наблюдению. Также необходимо учесть, что значительная часть пациентов получает медицинскую помощь на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), что делает особенно актуальным повышение качества обслуживания на ФАП. Достичь этого можно за счет дополнительного обучения фельдшеров, а также активного внедрения дистанционных телемедицинских консультаций. Новый федеральный проект, который носит организационно-методический характер, позволит оптимизировать уже запущенные инициативы, включая развитие материально-технической базы и внедрение клинических рекомендаций, что в конечном итоге повысит эффективность всей системы. Таким образом, «Паспорт службы» станет важной основой для дальнейшего совершенствования системы оказания медицинской помощи.

О.М. Рейтблат, главный кардиолог Уральского федерального округа, отметил, что в настоящее время в регионах Уральского федерального округа регистрируется повышение доступности и качества помощи: снижается смертность и госпитальная летальность, увеличивается доступность РСЦ и неинвазивных методов диагностики, однако отметил сохраняющиеся дефекты внесения данных в различные формы статистической отчетности.

Н.Э. Звартау, заместитель генерального директора по работе с регионами ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, отметила, что в настоящее время мы находимся на этапе формирования целевой модели организации службы для пациентов с ишемической болезнью сердца, однако важной составляющей является и первичная диагностика пациентов, еще не находящихся под диспансерным наблюдением. Дополнительно была отмечена необходимость активизации работы в отношении качества проведения эхокардиографических исследований. В настоящее время уже регистрируются лучшие практики внедрения унифицированного протокола эхокардиографии в региональные медицинские информационные системы, что необходимо экстраполировать на все субъекты РФ.

В дискуссии приняли участие главные внештатные специалисты кардиологи округов и субъектов Российской Федерации:

О.М. Рейтблат, К.С. Костина, С.М. Черепенин, С.И. Проваторов

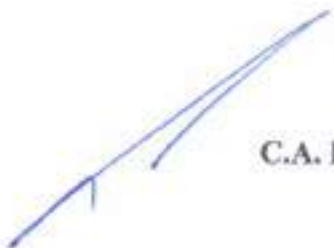
По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:

1. Принять к сведению информацию об итогах реализации мероприятий федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2024 г. и о задачах нового одноименного федерального проекта в 2025-2030 годах.
2. Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов РФ совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и региональными проектными структурами принять исчерпывающие меры по достижению целевых значений федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Обеспечить эффективность разработки и реализации мероприятий региональных программ, в том числе в части оказания медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» и реабилитации пациентов с БСК.
3. Главным специалистам кардиологам субъектов РФ совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения обеспечить достижения контрольных точек федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»; по актуализации региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», по достижению результата «На основе современной диагностики обеспечена профилактика прогрессирования ИБС и развития ее

осложнений у пациентов, находящихся под ДН», по актуализации маршрутизации пациентов с созданием «Паспорта службы».

4. Главным специалистам кардиологам субъектов РФ совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения обеспечить рациональное планирование мероприятий по достижению целевых показателей отраслевого Инцидента 9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения» в 2025 году.
5. Главным специалистам кардиологам субъектов РФ в срок до 01.06.2025 представить в секретариат профильной комиссии информацию о доступности на региональном уровне программ повышения квалификации врачей функциональной диагностики в части проведения стресс-эхокардиографии, а также информацию о внедрении унифицированного протокола эхокардиографии и стресс-эхокардиографии.
6. Продолжить работу по совершенствованию программы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» с улучшением качественного состава используемых лекарственных препаратов, показателей охвата и удержания в программе пациентов целевых групп и достижением целевых значений контролируемых в рамках диспансерного наблюдения показателей здоровья.
7. Главным специалистам кардиологам субъектов РФ в срок до 01.06.2025 представить в секретариат профильной комиссии предложения или описание лучших практик по региональным проектам льготного лекарственного обеспечения пациентов с БСК.
8. Секретариату профильной комиссии в срок до 01.06.2025 проработать вопрос организации обучающих программ для специалистов по медицинской статистике как медицинских организаций, так и структур МИАЦ для стандартизации подходов к оценке показателей.

Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах ЦФО, УФО, СФО, ДФО,
Донецкой и Луганской Народных
Республиках Российской Федерации



С.А. Бойцов

Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах СЗФО, СКФО, ЮФО, ПФО,
Херсонской и Запорожской областях
Российской Федерации



Е.В. Шляхто

Список членов профильной комиссии, присутствовавших на заседании 17.04.2025 г.

№	ФИО	Должность
1	Богданова Татьяна Михайловна	заведующий кардиологической службой государственного учреждения здравоохранения «Областной клинический кардиологический диспансер», заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Саратовской области;
2	Бойцов Сергей Анатольевич	генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);
3	Галявич Альберт Сарварович	заведующий кафедрой кардиологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель направления кардиологии государственного автономного учреждения здравоохранения «Межрегиональный клинико-диагностический центр», главный внештатный специалист кардиолог Приволжского федерального округа;

№	ФИО	Должность
4	Домарацкий Виктор Александрович	заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калужской области «Калужская областная клиническая больница»;
5	Звартау Надежда Эдвиновна	заместитель генерального директора по работе с регионами, начальник Управления по реализации федеральных проектов федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (секретарь);
6	Золотова Юлия Владимировна	врач-кардиолог кардиологического диспансера государственного автономного учреждения здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница имени В.И. Войнова», главный внештатный специалист кардиолог Оренбургской области;
7	Ковалева Наталья Витальевна	заведующая отделением кардиологии федеральной государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медико-биологический центр им. А.И.Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист по кардиологии Федерального медико-биологического агентства России;
8	Кожокарь Кристина Георгиевна	начальник терапевтической службы, врач-кардиолог, государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа "Новоуренгойская центральная городская больница", главный внештатный специалист кардиолог Ямало-Ненецкого автономного округа;
9	Костина Ксения Сергеевна	заместитель главного врача по терапевтической помощи, врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница», ассистент кафедры госпитальной терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Архангельской области;
10	Кулибаба Елена Викторовна	заведующая кардиологическим отделением для больных с острым коронарным синдромом с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области, главный внештатный специалист кардиолог Владимирской области;
11	Ломакин Никита Валерьевич	заведующий кафедрой кардиологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская

№	ФИО	Должность
		медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий отделением неотложной кардиологии федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, главный специалист кардиолог Управления делами Президента Российской Федерации;
12	Ломовцева Резеда Хамидовна	первый заместитель главного врача, заместитель главного врача по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, врач-кардиолог государственного областного бюджетного учреждения здравоохранения «Новгородская областная клиническая больница»; главный внештатный специалист кардиолог Новгородской области;
13	Лопатин Юрий Михайлович	заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
14	Львов Вадим Эдмонович	руководитель регионального сосудистого центра, врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ленинградской области;
15	Мелешенко Вадим Викторович	главный врач государственного бюджетного учреждения «Курганский областной кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Курганской области;
16	Мешкова Мария Анатольевна	заместитель главного врача по кардиологии государственного учреждения здравоохранения «Липецкая областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Липецкой области;
17	Недошивин Александр Олегович	учёный секретарь федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
18	Проваторов Сергей Ильич	ведущий научный сотрудник отдела легочной гипертензии и заболеваний сердца Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Центрального федерального округа;

№	ФИО	Должность
19	Рейтблат Олег Маркович	начальник Регионального сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №1", главный внештатный специалист кардиолог Уральского федерального округа;
20	Самохвалов Евгений Владимирович	заведующий кардиологическим отделением № 4 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Красноярского края по острому коронарному синдрому;
21	Самойленко Евгения Олеговна	врач-кардиолог кардиологического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина», главный внештатный специалист кардиолог Мурманской области;
22	Урванцева Ирина Александровна	главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», главный внештатный специалист кардиолог Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
23	Устюгов Сергей Александрович	заведующий кардиологическим отделением № 3 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Красноярского края;
24	Фаянс Ирина Владиславовна	заведующая кардиологическим отделением № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ставропольского края;
25	Хомченков Роман Васильевич	врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог по амбулаторной кардиологии Красноярского края;
26	Черепенин Сергей Михайлович	заведующий кардиологическим отделением №1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Челябинской области;
27	Шестова Ирина Игоревна	врио главного врача государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Городская больница № 13 г. Тулы», главный внештатный специалист кардиолог Тульской области;
28	Шляхто Евгений Владимирович	генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Северо-Западного, Приволжского, Южного, Северо-Кавказского федеральных округов, Херсонской и Запорожской областей) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);

№	ФИО	Должность
29	Язиков Денис Николаевич	заведующий отделением кардиологии с ПРИТ сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области», главный внештатный специалист кардиолог Калининградской области;