

**Протокол заседания профильной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «кардиология»
№ 2/2024 от 06 декабря 2024 г.**

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/vMkY4MceGG20A4Q>

Присутствовали: 100 членов профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «кардиология» (перечень 31 присутствовавших очно представлен в Приложении), 24 эксперта по соответствующим профилям.

Выступления:

1. Итоги реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2018—2024 г.г. и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в новом Национальном проекте по здравоохранению в 2025—2030 г.г., включая лекарственное обеспечение лиц высокого риска

Докладчик: Руководитель координационного центра Минздрава России по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» - Мазыгула Елена Петровна

Реализуемый федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» не одинок и находится в ряду 15 федеральных проектов и комплексных мероприятий. В каждом федеральном проекте есть в той или иной степени влияние на оказание медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и повышение её качества. По результатам за 10 месяцев 2024 года мы видим, что в некоторых случаях мы с существенным запасом выполняем поставленные задачи и все показатели по Российской Федерации (РФ) выполняются.

В докладе сделан акцент на динамику за шесть лет, это огромная организационная работа. На сегодняшний день по больничной летальности от инфаркта миокарда (ИМ) 64 региона достигли своего значения на 2024 год и 42 региона уже достигли цели 2030 года (9%). По сравнению с 2018 годом 78 регионов имеют существенную положительную динамику, при этом 57 регионов улучшили показатель более чем на 20%.

По больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на сегодняшний день 61 регион достиг своего целевого показателя, положительная динамика за 6 лет наблюдается в 78 регионах. Это очень существенное достижение. Я акцентирую ваше внимание, что в 39 регионах уже наблюдается достижения целей 2030 года (14%), это серьезный задел на будущее.

Показатель количества рентген-эндоваскулярных вмешательств требовал материально-технического обеспечения, от главного внештатного специалиста зависело согласование оснащения ангиографами, компьютерными томографами (КТ), магнитно-резонансными томографами (МРТ) и другой техникой. По итогам данный показатель у нас выполняется практически во всех регионах, в 57 регионах показатель на 1 млн населения улучшился по сравнению с 2023 годом. Норматив рассчитывали с учетом целевого значения 340 тысяч рентген-эндоваскулярных процедур, запланированных на 2030 год, уже на сегодняшний день этот показатель почти достигнут. И если в первые три года был акцент на острые состояния, то начиная с 2022 года сделан серьезный акцент на хроническую ишемическую болезнь сердца (ИБС).

За время реализации федерального проекта было выделено достаточно серьезное количество средств для материально-технического обеспечения региональных сосудистых центров (РСЦ) и первичных сосудистых отделений (ПСО) и на обеспечение лекарственными препаратами. 643 РСЦ и ПСО были оснащены, это более 28 тысяч единиц оборудования, в подавляющее число регионов страны поставлено тяжелое оборудование, ангиографы, аппараты МРТ и КТ. В 2023 году на 20% увеличилось число ПСО и РСЦ. Количество отделений рентген-эндovasкулярных методов диагностики и лечения выросло на почти 15% за 5 лет. Это позволило увеличить как количество рентген-эндovasкулярных процедур, так и процедур, связанных с нарушениями ритма, потому что зачастую ангиограф используется многофункционально.

В части лекарственного обеспечения огромное спасибо, безусловно, нашим лидерам Сергею Анатольевичу и Евгению Владимировичу и их командам, потому что они подготовили обоснования, все расчеты, все изменения лекарственной программы. На 01.11.2024 только в 2024 году почти 1 млн человек обеспечиваются лекарственными средствами в рамках федерального проекта, а всего за время его реализации – 2484004 пациента, которые не имеют инвалидности, обеспечиваются всеми средствами, которые необходимы по клиническим рекомендациям. Обратите внимание, охват диспансерным наблюдением, как важная составляющая программы, в 68 регионах составляет более 80%. На сегодняшний день 38 регионов уже переваливают среднероссийское значение – 11 рецептов на пациента в год, в 70 регионах доля обслуженных рецептов превышает 97.1%. Это говорит о правильной организации самого процесса от выписки рецепта до его обслуживания в аптечной сети, практически во всех регионах мы видим улучшение этого механизма.

Одним из сложных и важных направлений федерального проекта было создание региональных программ. В начале это была пилотная работа, сейчас по нашим программам формируются программы по реабилитации, паллиативной помощи и другим федеральным проектам. На сегодняшний день среднее выполнение мероприятий региональных программ 95% в РФ, при этом по оценкам курирующих НМИЦ по профилю «кардиология» большинство программ эффективны или частично эффективны. По данным главного внештатного специалиста (ГВС) по скорой медицинской помощи С.Ф. Багненко также все программы либо эффективны, либо частично эффективны. Однако по реабилитации есть мероприятия, которые требуют внимания. Единственное заключение, что программа неэффективна, есть по сердечно-сосудистой хирургии, следует больше внимания уделить этому вопросу. Количество исполненных мероприятий на наш взгляд коррелирует с достижением целевых показателей.

Благодаря работе ГВС, в том числе огромной части кардиологов, может быть, благодаря нашей работе как координационного центра, мы добились обязательности порядков маршрутизации по острому коронарному синдрому (ОКС) и ОНМК. В 2024 году мы уже просим формирования регионально маршрутизации также по хронической сердечной недостаточности (ХСН), стеноческому поражению брахиоцефальных артерий и другим острым и хроническим ССЗ.

В 2025-2030 годах будет новый проект со старым названием «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», версия 2.0. Даже в названии подчеркнуто еще раз, что это подготовленная реальность. Только при комплексных подходах появляются результаты: как только начинается государственное внимание и комплексный подход, смертность начинает снижаться. Будущее у нас будет в виде сложных, но достаточно измеримых показателей, которые мы разработали совместно и отработали с каждым регионом, чтобы сделать условия по оказанию медицинской помощи для всех жителей РФ приблизительно одинаковыми. В новом федеральном проекте у нас больше организационных задач и четыре результата: региональные программы, маршрутизация пациентов с ССЗ, обеспечение пациентов необходимой диагностикой (в качестве критерия выбрана стресс-эхокардиография [ЭхоКТ]), которая позволит правильно наблюдать пациентов, оценивать эффективность лекарственной терапии, а также своевременно направлять на хирургические и инвазивные методы лечения, и лекарственное обеспечение. Возможно, будет расширение программы льготного

лекарственного обеспечения, но для этого нужно четкое обоснование и понимание, что это принесет в популяционном масштабе достаточно хорошие результаты.

2. Работа в рамках инцидента И9, как инструмент снижения смертности населения от болезней системы кровообращения в субъектах Российской Федерации

Докладчик: Руководитель ситуационного центра координационного центра Минздрава России – Карсаков Антон Владимирович (выступление по ВКС)

Координационный центр Минздрава России создавался по прямому поручению министра как площадка для разрешения различных кризисных ситуаций. Главные цели направлены на выстраивание координации и взаимодействия Минздрава России с правительством и с другими федеральными органами исполнительной власти и органами управления здравоохранением, выстраивание эффективной координации и взаимодействия между департаментами внутри Минздрава России, и внедрение подхода к управлению на основе данных.

Инцидент-менеджмент пришел к нам из технической среды. Когда происходит какой-то сбой в информационной системе, то заводится инцидент, который нужно технически устранить. Соответственно, в Координационном Центре установлено, что инцидент — это кризисная ситуация в управлении отраслью здравоохранения, решение которой требует вовлеченности нескольких профильных департаментов Минздрава России или органов управления здравоохранением субъектов РФ. Ключевое отличие инцидента от регулярной деятельности — это то, что инцидент имеет конкретный измеримый желаемый результат. В отличие от проекта в инциденте нет стадии планирования, нет как такового этапа подготовки, мы меняем подход, лишь бы задача была выполнена. Любой инцидент заканчивается всегда двумя результатами: либо мы переводим инцидент в проект, либо мы делаем регламенты, инструкции и переводим инцидент в какую-то последовательную регулярную деятельность.

Мы начали работать с темой болезней системы кровообращения (БСК) только в этом году на Инциденте 9, когда министр поставил задачу добиться снижения смертности от всех причин, в том числе от БСК, и определил критерии закрытия инцидента. Для Инцидента 9 это выход на прогнозную линейку по ожидаемой продолжительности жизни и добиться того, чтобы показатель общей смертности был стабильно ниже уровня 2023 года за аналогичный период. Было определено 58 процессных показателей, которые нужно мониторировать. Определена модель источников данных.

В рамках Инцидента 9 выявлен ряд проблем. Во-первых, это расхождения данных между данными фонда обязательного медицинского страхования и органов управления в сфере здравоохранения, зачастую в части диспансерного наблюдения. Второе – это проблема с регистром высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Очень важно организовать выверку данных, то есть мониторировать и регистрировать все случаи ВМП, которые были оказаны. И третья проблема, не менее значимая, это коррекция и дублирование данных в Автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики (АСММС).

БСК отводится значительное место в Инциденте 9, потому что практически половина смертей приходится на БСК. БСК также вносит значительный вклад в смертность населения в возрасте от 18 до 44 лет. Первый из трех слайдов по теме БСК направлен на охват процессов, связанных с диспансеризацией и диспансерным наблюдением. Второй слайд связан с диагностикой и лечением ОКС и ИМ. В том числе мы рассматриваем диагностику и лечение ОНМК, в том числе инфаркта головного мозга. На текущий момент мы изменили формат Инцидента 9, в рамках которого усилена роль НМИЦ и ГВС. Их задача вместе с субъектами РФ сформировать антикризисный план.

На текущий момент в работе 10 субъектов РФ, три из них на этой неделе прошли защиту своих планов, получили рекомендации, которые они должны воплотить в жизнь. У всех субъектов РФ одна основная проблема – мероприятия продуманы, но не написано, как конкретно они будут реализовываться. Работа по Инциденту 9 с профильными НМИЦ и ГВС

будет выходить на первое место, именно от вас в первую очередь будет зависеть то, насколько качественные планы будут у субъектов РФ и будут ли они одобрены Минздравом.

3. Клинические рекомендации и Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, как инструмент обучения и контроля. Первые итоги, проблемы и перспективы развития.

Докладчик: Проректор по послевузовскому и дополнительному образованию ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России – Природова Ольга Фёдоровна

РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Центр развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования с 2016 года по заданию Минздрава России разрабатывают инструменты планирования образовательной активности в рамках непрерывного образования и вовлечения в непрерывное образование медицинских работников. Портал непрерывного медицинского образования (НМО) – это не столько система обучения, сколько инструмент планирования образования. В рамках концепции НМО специалистов здравоохранения выделены три компонента: формальное образование (дополнительные профессиональные программы повышения квалификации), неформальное образование (образовательные мероприятия в рамках деятельности некоммерческих организаций) и самообразование (электронные образовательные материалы, в том числе интерактивные образовательные модули (ИОМ)). Участниками образовательного процесса портала являются: специалисты здравоохранения, образовательная организация, медицинская организация, профессиональное сообщество, региональный орган исполнительной власти (РОИВ) в сфере охраны здоровья, Минздрав России. Рабочее взаимодействие всех участников — важнейший компонент успешного образовательного процесса. На портале с 2016 г. зарегистрировано более 3 млн уникальных пользователей, почти 2,6 млн обучающихся, более 9 тыс. медицинских организаций и более 100 РОИВ. На портале происходят планирование, сбор и учет случаев обучения с возможностью влияния на обучение специалистов на различных уровнях. Система интегрирована с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения через Федеральный регистр медицинских работников.

Контентное наполнение портала НМО представлено в виде ИОМ, являющихся системой онлайн-обучения. Для других элементов портал является витриной для размещения сведений о дополнительных профессиональных программах, которые реализуют образовательные организации, сведений об образовательных мероприятиях, которые реализуют профессиональные сообщества или другие провайдеры образовательных мероприятий.

С 2022 г. по 01 января 2025 г. осуществляется переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций (КР). В рубрикаторе Минздрава России размещены все актуальные в настоящее время КР. В структуре КР для нас наибольший интерес представляет приложение А2, где указаны целевые аудитории для каждой из них. С 2018 г. портал работает в рамках Федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», на основании которого осуществляется разработка и актуализация ИОМ с учетом порядков оказания медицинской помощи, КР и принципов доказательной медицины. Порталу НМО была поставлена задача по разработке обучающих ИОМ по клиническим рекомендациям (ИОМ-КР). ИОМ-КР публикуются на портале с 2016 г., этот образовательный элемент представляет собой тестовые задания, составленные на основе текста утвержденных КР. При прохождении ИОМ-КР определённые зачётные единицы трудоёмкости автоматически попадают в портфолио врача. На сегодняшний день на портале размещены около 670 ИОМ-КР. Алгоритм разработки ИОМ-КР следующий: анализ рубрикатора КР Минздрава России осуществляется 1 раз в неделю; в течение 3-х недель с даты размещения новых КР создаются новые ИОМ-КР; в течение недели с даты размещения ИОМ на портале зарегистрированные пользователи уведомляются о его размещении; закрытие ИОМ-КР по неактуальным КР происходит в течение

2-х недель после даты архивации КР. Таргетное информирование специалистов о появлении нового ИОМ-КР, а соответственно, и новой КР, является ключевой функцией портала НМО.

Контроль за освоением различных образовательных элементов, в том числе и со стороны РОИВ – по освоению его специалистами ИОМ-КР, возможен и по медицинской организации в целом и по каждому специалисту отдельно. На портале НМО в открытом доступе имеется матрица соответствия ИОМ-КР должностям специалистов с высшим образованием, составленная на основании приложения А2, данные актуализируются с учетом размещения новых/актуализированных КР на Рубрикаторе КР Минздрава России. Имеется существенная проблема в определении целевых аудиторий различных ИОМ-КР. Для решения данной проблемы целесообразно разделять ИОМ-КР по степени значимости по специальностям – при непосредственном участии соответствующих ГВС Минздрава России.

В целом, Портал НМО оперативно информирует специалистов о размещении на Рубрикаторе новых или актуализированных КР, своевременно оповещает о появлении ИОМ-КР. Использование функционала личных кабинетов РОИВ и работодателя может повысить частоту освоения ИОМ-КР, а также обеспечить мониторинг соответствующей образовательной активности специалистов.

4. Состояние кардиологической помощи в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республиках Российской Федерации

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) Бойцов Сергей Анатольевич

По данным ЕГР ЗАГС в 2024 г. по сравнению с 2023 г. в РФ смертность населения от всех причин увеличилась на 5%. Ни в одном из курируемых ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России субъектов РФ этот показатель в 2024 г. не снизился к уровню 2023 г. Смертность от БСК в РФ в 2024 г. увеличилась к 2023 г. на 3%. В 2024 г. из 45 курируемых регионов снижение смертности от БСК отмечено только в 9. За анализируемый период 2024 г. смертность от ИМ более 40 на 100 тыс. населения отмечена в 6 субъектах РФ, менее 30 на 100 тыс. населения – в 16 регионах, в интервале 30—40 на 100 тыс. населения – в 23 регионах. Снижение смертности от ИМ за анализируемый период 2024 г. по сравнению с аналогичным периодом 2023 г. отмечено в 9 регионах. Смертность от ИМ вне стационаров в 10 субъектах, в основном относящихся к ЦФО, превышает значение 40 случаев на 100 тыс. населения. Практически в половине курируемых субъектов данный показатель составляет менее 30 на 100 тыс. населения. Доля смертей от ИМ вне стационаров от общего количества смертей от ИМ в среднем по ЦФО немногим более 50%, в среднем по УФО — 37%. У 7 регионов данный показатель составляет более 60%, менее 40% – у 12 регионов РФ, большая часть из них относится к УФО. Динамика смертей от ИМ вне стационаров за анализируемый период 2024 г. по сравнению с аналогичным периодом 2023 г.: по ЦФО динамика отрицательная – прирост составил 28%, снижение на 5% по УФО, снижение на 30% по ДФО. Отсутствие положительной динамики в целом наблюдается у 22 регионов РФ. Заболеваемость острым ИМ: более 200 на 100 тыс. населения регистрируется в 6 субъектах РФ, от 100 до 200 на 100 тыс населения – 26 регионов. Снижение заболеваемости ИМ является резервом, который еще не использован в полном объеме. Профилактика повторных ИМ осуществляется не в полном объеме, несмотря на наличие льготного лекарственного обеспечения.

Сохраняется высокая заболеваемость повторным ИМ: более 20 случаев на 100 тыс. населения в 6 регионах, менее 10 на 100 тыс. населения в 20 регионах. Высокая смертность от ИМ вне стационаров отмечена более чем в 15 регионах, доля лиц, умерших от ИМ вне стационаров, превышает 50%. Количество умерших в ПСО также обращает на себя внимание. Летальные исходы от ИМ в ПСО недопустимы, всех пациентов с этим диагнозом необходимо быстро переводить в РСЦ. Профильная госпитализация пациентов с ОКС составила более 90%

в 38 регионах, однако, в 4 регионах этот показатель составил менее 80%. Только 17% пациентов с ОКС переводятся из ПСО в РСЦ. Показатель «доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), госпитализированных в стационар в ранние сроки от начала заболевания», увеличился по сравнению с аналогичным периодом 2023 г. в среднем на 18%. Среднее значение показателя по РФ составило 28%. В субъектах ЦФО, УФО, СФО, ДФО 26 регионов продемонстрировали положительную динамику в сравнении с прошлым годом, 12 регионов продемонстрировали отрицательную динамику.

Динамика показателя «доля пациентов с ОКСпST, госпитализированных в стационар в сроки <12 ч. от начала симптомов» в РФ составила прирост в 7%, что недостаточно. Среди курируемых 31 регион показал положительную динамику, в 14 регионах без динамики.

Показатель догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) в среднем по РФ увеличился на 8%, в 36 курируемых регионах показали положительную динамику. ТЛТ должна проводиться только на догоспитальном этапе. Сейчас этот показатель составляет только 75% случаев в РФ в целом, что ниже целевого значения (90%).

Показатель «доля пациентов с ОКСпST, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)», показал небольшую динамику по РФ в 2% и составил 80%, резерв по показателю сохраняется. 27 регионов продемонстрировали положительную динамику.

Применение фармакоинвазивной стратегии в среднем по РФ увеличилось на 5% и составляет около 75%. Целевое значение составляет 80-85%.

Доля пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) высокого риска, которым проведено ЧКВ, в целом остается низкой, динамика показателя отсутствует, целевой показатель составляет 70%. Данный показатель является основным неиспользованным резервом.

Динамика летальности пациентов с ИМ продемонстрировала снижение на 3%, положительная динамика в 25 субъектах РФ. Летальность в РСЦ снизилась на 2% в половине курируемых субъектов РФ. Летальность от ИМ в ПСО выросла на 6% в 18 субъектах, в 14 регионах динамика отсутствует. Динамика летальности вне сети РСЦ и ПСО в РФ отрицательная, прирост 27%. Положительная динамика в 13 регионах.

Доля пролеченных пациентов с БСК на терапевтических койках более 50% в 10 субъектах РФ, менее 40% в только в 12 субъектах РФ. Кардиологический больной должен лечиться на кардиологической койке. Отмечается положительная динамика в снижении доли пролеченных пациентов с БСК на терапевтических койках в 12 субъектах.

В курируемых регионах создана и функционирует трехуровневая система лечения ХСН. В 29 курируемых регионах функционируют амбулаторные кабинеты ХСН, наибольшее количество кабинетов ХСН отмечается в Тюменской области – 18, Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО) – 21, Тульской области – 24, Новосибирской области – 46, Воронежской области – 47, Липецкой области – 30. Однако в целом по РФ количество кабинетов ХСН недостаточное. Кабинеты ХСН должны быть в каждой поликлинике. Активно функционируют регистры ХСН, 70% пациентов ХСН включены в регистры. Созданы и функционируют межрайонные центры ХСН в 33 курируемых регионах. Центры ХСН стали создаваться на базе республиканских, краевых, областных больниц для оказания ВМП. Наибольшее их количество (по 11) – в Алтайском крае и Иркутской области.

По данным 2023 года отмечается недостаточное количество диагностики с помощью стресс-ЭхоКГ. Дефицит стресс-ЭхоКГ на 100 тыс населения составляет более 400 в 6 курируемых субъектах, от 200 до 400 в 12 субъектах и менее 200 – в 9 субъектах. Недостаточное количество чреспищеводной-ЭхоКГ отмечено в следующих регионах – Смоленская область, Орловская область, ЯНАО, Свердловская область, Тульская область, Ивановская область. Выполнение исследований менее 10 на 100 тыс. населения.

Количество ЧКВ в диагностических и лечебных целях на 100 тыс. населения более 500 в 33 регионах РФ, однако дефицит в данном исследовании сохраняется. Количество операций коронарного шунтирования на 100 тыс. населения существенно ниже по сравнению с количеством ЧКВ. Выраженный дефицит плановых операций коронарного шунтирования – в 34 субъектах, в 11 субъектах дефицит отсутствует.

Динамика коечного фонда для оказания помощи пациентам с БСК в РФ в 2019-2023 гг. показала уменьшение количества кардиологических отделений на 7%, увеличилось количество РСЦ на 36%.

Отмечается положительная динамика кадрового обеспечения в рамках обеспечения оказания помощи пациентам с БСК в РФ в 2019-2023 гг., прирост амбулаторных кардиологов – 9,7 п.п.

Организационно-методические структуры в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.01.2022 №19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице» функционируют в медицинских организациях 30 регионов (7 из них созданы в 2024 г.), отсутствуют в 14 регионах.

В 10 субъектах курируемых округов отсутствуют единые консультативно-диспетчерских центры по расшифровке электрокардиограммы, методической поддержке бригад скорой медицинской помощи и маршрутизации больных с ОКС и другими неотложными состояниями.

В целом охват диспансерным наблюдением (ДН) пациентов с БСК в РФ составил 71,6%, наименьший охват ДН отмечен в субъектах ДФО – 66,3% лиц с показаниями к его проведению.

В 36 регионах фельдшеры ФАП вовлечены в ДН, надомный патронаж пациентов с ССЗ высокого риска, в том числе с ХСН. Сестринский патронаж пациентов с ССЗ очень высокого риска, в том числе с ХСН, обеспечен в 34 регионах.

В ДНР и ЛНР в отчетном периоде проводилась работа по оптимизации маршрутизации пациентов с ОКС. В ЛНР в 2024 функционирует 1 РСЦ и 2 ПСО, к 2027 году планируется открытие второго РСЦ в Луганске. В ДНР в 2024 г. функционирует 2 РСЦ (Донецк, Мариуполь), к 2027 г. планируется открыть еще 2 РСЦ.

Среди приоритетных задач на 2025 г.:

Реализация мероприятий отраслевого Инцидента 9 и региональных программ в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Особого внимания требуют ежеквартальная аналитика уровня госпитальной и внегоспитальной летальности от ИБС и ИМ в разрезе каждого муниципального образования, снижение смертности населения от БСК вне медицинских организаций, в том числе снижение летальных случаев ИМ вне сети РСЦ и ПСО, дальнейшее увеличение числа РСЦ, активизация переводов пациентов с ИМ из ПСО в РСЦ, снижение летальности в ПСО, своевременная реперфузия миокарда при с ОКСбпST, современная диагностика хронических форм ИБС, обеспечение обоснованной реваскуляризации миокарда у этих больных, целеустремленный контроль достижения у пациентов с БСК целевых уровней липидного спектра крови и показателей гемодинамики силами лечащих врачей всех профилей – кардиологов, терапевтов, неврологов а также фельдшеров – у лиц, проживающих в сельской местности и наблюдающихся на ФАП.

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

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского, Южного федеральных округов, Запорожской и Херсонской областей) – Шляхто Евгений Владимирович

Итоги реализации национального проекта впечатляют, особенно достижение показателей снижения смертности у больных с острой коронарной патологией. В курируемых ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России субъектах РФ намечен устойчивый тренд снижения смертности, однако для достижения запланированных результатов необходимо улучшать работу и увеличивать темпы снижения смертности с сохранением дополнительно около 9892 жизней ежегодно.

В 2024 году наблюдается небольшое повышение смертности, но надеемся, что до конца года ситуация улучшится. По всем индикаторам отмечены положительные изменения, в том

числе в части территориального планирования, стационарной и амбулаторной помощи, лекарственного обеспечения, кадрового обеспечения, информатизации и телемедицины. В 19 регионах выполнены все 6 целевых показатели, 11 регионов достигли 5 показателей и 9 регионов – 4 показателей. Особая благодарность Минздраву России за инициацию Инцидента 9, в рамках которого проделана определенная эволюция в аналитике и тактических решениях. В рамках Инцидента 11 Минздрав России нацеливает нас на внедрение технологий с искусственным интеллектом.

Сегодня мы говорим не просто о снижении показателей смертности, а о резервах, о целевых группах заболеваний и пациентов, где можно достичь оптимального результата в отношении увеличения ожидаемой продолжительности жизни. Основное внимание должно быть уделено догоспитальному периоду и смещению в сторону премордиальной и первичной профилактики. Выполнение целевых показателей, связанных с оказанием помощи с острыми сердечно-сосудистыми событиями, достижимо при надлежащем своевременном оснащении учреждений, кадровом обеспечении, централизации региональной службы скорой медицинской помощи, наличии утвержденного порядка маршрутизации с акцентом на госпитализацию в РСЦ, что уже реализовано в большинстве регионов. В отдельных субъектах РФ, где добиться высокого значения показателя двухчасовой доступности невозможно в силу территориальных особенностей, важны риск-стратификация, ДН, диспансеризация, своевременная информационная кампания среди населения, и передача и централизованный анализ электрокардиограммы. Очень важным, конечно, является обучение бригад скорой медицинской помощи. На стационарном этапе мы говорим о готовности учреждения к оказанию помощи и о своевременной диагностике поражения миокарда, которая связана с наличием всех лабораторных показателей, выполнением своевременной эхокардиографии и внутрисосудистой визуализации. Важным является наличие возможностей кардиохирургических вмешательств. Все вопросы, связанные с интегративной помощью, подчеркивают необходимость создания в каждом регионе хотя бы одного центра критических состояний. Очень важным инструментом является наличие мониторингового центра для получения ежедневной оперативной информации. Новый интегральный показатель эффективности медицинской помощи – увеличение числа лиц с БСК, проживших предыдущий год без острых сердечно-сосудистых событий, с базовым значением 4%, к 2030 году – 10%.

На амбулаторном этапе важно преодолеть множественные риски, которые связаны с доступностью, своевременностью постановки на диспансерный учет, доступностью, частотой и сроками обследования, повторными осмотрами, лабораторными и инструментальными исследованиями. Показатели льготного лекарственного обеспечения в курируемых регионах высокие (95%), однако актуальным остается вопрос соблюдения КР, всех особенностей приема лекарственных препаратов и достижения целевых уровней клинических показателей. Очень рассчитываем на широкое использование цифровых информационных технологий, что позволит упростить создание и ведение регистров пациентов, контроля охвата и эффективности ДН и льготного лекарственного обеспечения. Без оперативной информации мы не сможем контролировать процесс и на него влиять.

Много внимания мы уделяем развитию службы в новых регионах, в одном из них создано новое направление службы аритмологии, что повышает привлекательность региона и доступность медицинской помощи для населения.

Проведена интегральная оценка эффективности развития системы медицинской помощи при БСК в курируемых регионах за период 2018-2024 г.г. с учетом многих показателей: эффективности маршрутизации, стационарной, плановой ВМП и амбулаторной медицинской помощи, наличия специализированных программ для пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

Для решения многих вопросов необходимо улучшение кадровой ситуации. Ожидаем, что наши предложения по актуализации профессионального стандарта врача-кардиолога будут реализованы в самое ближайшее время. За счет новых обобщенных трудовых функций и расширения компетенций смогут быть закрыты текущие вопросы дефицита врачей-анестезиологов, врачей по функциональной диагностике и амбулаторных кардиологов.

Специалисты ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России проводят специальные выездные мероприятия со студентами, школьниками и организаторами здравоохранения, используя новую форму их подготовки, работу в группах, решение ситуационных задач, практикумы.

Основные резервы снижения смертности от БСК: единство кардиологической службы с межведомственным взаимодействием, командной работой и междисциплинарным подходом; территориальное планирование и маршрутизация; оптимизация логистики, повышение доступности и качества стационарной и амбулаторной медицинской помощи, ликвидация дефицита и компенсация дисбаланса кадров и повышение квалификации врачей; развитие информатизации в сфере здравоохранения.

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

М.Г. Глезер, О.М. Рейтблат, Р.М. Рабинович, И.А. Рачкова, И.И. Шестова, Е.С. Дурнова

По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:

1. Одобрить регламент проведения заседания профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология».
2. Принять к сведению информацию о предварительных итогах реализации мероприятий федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2024 г. и о задачах нового одноименного федерального проекта в 2025-2030 г.г.
3. 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 «Здравоохранение» по итогам 12 мес. 2024 г. Обеспечить эффективность реализации мероприятий региональных программ, в том числе в части оказания медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» и реабилитации пациентов с БСК.
4. Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов РФ довести до сведения руководства региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения паспортные показатели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» на 2025—2030 г.г.
5. 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. Совместно с главными внештатными специалистами терапевтами и специалистами по функциональной диагностике обеспечить обучение врачей, медицинских работников со средним медицинским образованием и специалистов, проводящих неинвазивную диагностику БСК на стационарном и амбулаторном этапах лечения.
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. Секретариату профильной комиссии в срок до 31.01.2025 г. подготовить и направить в профильный департамент Минздрава России предложения по стратификации обязательных к изучению врачами-кардиологами на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования клинических рекомендаций на основные и дополнительные.
8. Секретариату профильной комиссии в срок до 31.01.2025 г. подготовить и направить в ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России предложения по внесению в порядок формирования клинических рекомендаций изменений, обеспечивающих предварительное согласование с главными профильными специалистами Минздрава России обоснованности включения врачебных должностей в приложения с перечнями целевых аудиторий.

**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

Приложение
к протоколу заседания профильной
комиссии Министерства здравоохранения
Российской Федерации по специальности
«кардиология» № 2/2024 от 06 декабря 2024 г.

Список членов профильной комиссии, присутствовавших на заседании 06.12.2024 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	Виллевальде Светлана Вадимовна	начальник службы анализа и перспективного планирования Управления по реализации федеральных проектов, заведующая кафедрой кардиологии ИМО федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
4	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 клинко-диагностический центр», главный внештатный специалист кардиолог Приволжского федерального округа;

№	ФИО	Должность
5	Завадкин Алексей Викторович	заведующий региональным сосудистым центром областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Смоленская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Смоленской области;
6	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);
7	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;
8	Ковалева Наталья Витальевна	заведующая отделением кардиологии федерального 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;
9	Конради Александра Олеговна	заместитель генерального директора по научной работе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Северо-Западного федерального округа;
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	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;
12	Львов Вадим Эдмонович	руководитель регионального сосудистого центра, врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ленинградской области;
13	Мевша Ольга Владимировна	главный врач областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода», главный внештатный специалист кардиолог Белгородской области;
14	Мелешенко Вадим Викторович	главный врач государственного бюджетного учреждения «Курганский областной кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Курганской области;

№	ФИО	Должность
15	Недбайкин Андрей Михайлович	главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения «Брянский областной кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Брянской области;
16	Недогода Сергей Владимирович	заведующий кафедрой внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
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;
19	Пронин Алексей Андреевич	заместитель главного врача государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», руководитель регионального сосудистого центра, главный внештатный специалист по организации региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений Забайкальского края;
20	Рабинович Роберт Михайлович	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница» Министерства здравоохранения Тверской области, доцент кафедры госпитальной терапии Тверского ГМУ, главный внештатный специалист по неотложной кардиологии Минздрава Тверской области;
21	Рачкова Светлана Алексеевна	главный врач областного бюджетного учреждения здравоохранения «Кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Ивановской области;
22	Рейтблат Олег Маркович	начальник Регионального сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области "Областная клиническая больница №1", главный внештатный специалист кардиолог Уральского федерального округа;
23	Сорокин Евгений Владимирович	руководитель научно-организационного отдела федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (секретарь);
24	Спасенков Григорий Николаевич	врач-кардиолог кардиологического центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Пермского края;

№	ФИО	Должность
25	Тимощенко Елена Сергеевна	заведующая Городским кардиологическим диспансером и ревматологическим центром ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5 Нижегородского района города Нижнего Новгорода» главный внештатный специалист кардиолог Нижегородской области;
26	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;
27	Фаянс Ирина Владиславовна	заведующая кардиологическим отделением №1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ставропольского края;
28	Хрипун Алексей Валерьевич	заместитель главного врача по медицинской части, директор Областного сосудистого центра государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ростовской области Южного федерального округа;
29	Шестова Ирина Игоревна	врио главного врача государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Городская больница №13 г. Тулы», главный внештатный специалист кардиолог Тульской области;
30	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);
31	Яковлев Алексей Николаевич	начальник службы по развитию регионального здравоохранения Управления по реализации федеральных проектов федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;