



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ *06*

г. Челябинск

от «*25*» *августа* 20*17*г.

№ *5*

Мероприятия по снижению смертности от болезней системы кровообращения. Проведение тромболитической терапии.

Минздравом Челябинской области ежегодно проводятся мероприятия по снижению смертности от основных причин. Количество умерших за 6 месяцев 2017 года составило 23 732 человека, что на 2,0 % ниже аналогичного периода 2016 года – 24 277 человек (– 545 человек).

В структуре общей смертности смертность от болезней системы кровообращения (далее – БСК) занимает первую позицию. Смертность от БСК является одним из основных показателей (индикаторов) Программы развития здравоохранения Челябинской области до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Челябинской области от 31.10.2013 г. № 296-рп. В рамках Программы развития здравоохранения Челябинской области до 2020 года должно быть обеспечено снижение смертности от БСК до 649,4 случая на 100 тыс. населения к 2018 году.

В структуре смертности от БСК первые позиции занимают: атеросклеротическая болезнь сердца 26%, прочие формы хронической ишемической болезни сердца 15%, инфаркт мозга 10%.

Существенно снизилась смертность от БСК. По данным Росстата за январь-июнь 2017 года смертность от БСК в Челябинской области составила 620,6 случаев на 100 тысяч населения (в 2016 году значение показателя – 648,3), 575,4 – УрФО (за 6 месяцев 2017 года), 614,6 – РФ (за 6 месяцев 2017 года).

Наихудший показатель с отрицательной динамикой за 6 месяцев 2017 г. отмечен в Троицком муниципальном районе. Также отрицательная динамика наблюдается в Ашинском, Еманжелинском и Красноармейском муниципальных районах.

Снижение уровня смертности от БСК зарегистрированы в Верхнеуфалейском городском округе, Коркинском, Каслинском муниципальных районах.

За январь-июнь 2017 года отмечается снижение числа умерших от острых нарушений мозгового кровообращения (далее - ОНМК) на 171 чел. меньше аналогичного периода 2016 года. Снижение числа умерших отмечается как от ишемических инфарктов головного мозга, так и от геморрагических инсультов, при этом произошло увеличение смертности от неуточненных форм инсульта. На 95 человек снизилась смертность от инфаркта миокарда.

Показатель смертности на протяжении 6 мес. 2017 г. имеет общую тенденцию к снижению, но при этом в январе отмечалось повышение в сравнении с 2016 г.

Из 19 сигнальных показателей доля больных с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболизис (на догоспитальном и госпитальном этапах), составляет 31,4%, доля умерших больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в стационарах субъекта от общего количества выбывших больных с ишемическим и геморрагическим инсультом составила 16,6% и доля лиц на одном терапевтическом участке, находящихся под диспансерным наблюдением 35,2%, что соответствует установленному индикативу. Имеется не достижение четырех показателей, имеющих отношение к БСК, это:

доля ангиопластик коронарных артерий, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС 24,3% (индикатив 30-35%);

доля больных с ОНМК, госпитализированных в профильные отделения для лечения больных с ОНМК (региональные сосудистые центры (далее - РСЦ) и первичные сосудистые отделения (далее - ПСО)) в первые 4,5 часа от начала заболевания 27,4% (индикатив не менее 40%);

- доля больных с ишемическим инсультом, которым выполнен системный тромболизис 2,1% (индикатив не менее 6%);

- доля больных с ОКС умерших в первые сутки от числа всех умерших с ОКС за период госпитализации 40,8% (индикатив менее 25%).

В целях определения точек приложения и контроля эффективности мероприятий по снижению смертности от ОКС можно выделить следующие этапы процесса оказания медицинской помощи при ОКС:

1) выявление групп риска (артериальная гипертензия, ИБС, гиперхолестеринемия) при проведении диспансеризации и первичной обращаемости;

2) диспансерное наблюдение за пациентами перенесшими ОКС, в эту же группу будут входить пациенты с артериальной гипертензией, ИБС и после перенесенного инфаркта миокарда;

3) проведение тромболитической терапии как на догоспитальном так и на госпитальном этапах;

4) маршрутизация пациента с ОКС в специализированное отделение;

5) проведение коронароангиографии в экстренном порядке;

6) проведение балонных ангиопластик;

- 7) проведение коронароангиографии в плановом порядке;
- 8) направление на реабилитацию.

Снижение смертности от БСК во многом обусловлено формированием трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению и увеличением доступности медицинской помощи, в частности, созданием ПСО и РСЦ для пациентов с ОНМК и ОКС.

В Челябинской области снижение смертности от острых форм ишемической болезни сердца (ОКС, острого и повторного инфарктов миокарда) обусловлено соблюдением маршрутизации пациентов и увеличением госпитализаций в профильные отделения (РСЦ и ПСО).

Показательно, что территории, соблюдающие маршрутизацию и направляющие пациентов с ОКС в специализированные отделения имеют уровень смертности от БСК ниже среднеобластного. Так в Аргаяшском муниципальном районе при 100% госпитализации пациентов в ПСО и РСЦ уровень смертности от БСК 471,6, в Нязепетровском муниципальном районе при 78% госпитализации – 407,7, в Чебаркульском городском округе при 75% госпитализации – 485,8. Обратная ситуация в территориях, которые оставляют пациентов с ОКС в отделениях медицинских организаций первого уровня. В Верхнеуфалейском городском округе при всего 20% госпитализации пациентов в ПСО и РСЦ уровень смертности от БСК составляет 1174,9, в Ашинском муниципальном районе при 9% - 942,4, в Еманжелинском муниципальном районе при 25% - 884,9%.

При детальном анализе больных с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболизис (на догоспитальном и госпитальном этапах) наблюдается расхождение данных представленных медицинскими организациями и данными ТФОМС Челябинской области, что может говорить о недостоверности данных внесенных в МИС Барс, либо о том, что медицинские организации не подают к оплате случаи проведенного тромболизиса. Имеется корреляция недостоверных либо низких показателей проведенной тромболитической терапии и высокого уровня смертности от инфаркта миокарда. В Сосновском и Красноармейском муниципальных районах при отсутствии проведения тромболизиса показатель смертности от инфаркта миокарда составил 59,7 и 82,7 соответственно. В Верхнеуфалейском городском округе при завышенном показателе проведения тромболитической терапии и его расхождении с данными ТФОМС показатель смертности от инфаркта миокарда – 127,3.

Среднее время от начала заболевания до вызова СМП при ОНМК составило 5,1 ч., при ОНМК – 1,4 ч. Время от момента обращения в СМП до госпитализации в специализированное отделение при ОКС составило 3,1 ч., при ОНМК 4,0 ч. Наибольшая задержка от момента обращения пациентов с ОКС до момента госпитализации в специализированное отделение в ГБУЗ «Районная больница п. Бреды» - 48,0 ч., Карталинском муниципальном районе – 31,5 ч., Кусинском муниципальном районе – 26,9, Октябрьском муниципальном районе – 24,5 ч. Наибольшая задержка от момента обращения пациентов с ОНМК до момента госпитализации в

специализированное отделение в ГБУЗ «Районная больница с. ФЭршампенуаз» - 88,7 ч., Октябрьском муниципальном районе – 38,0 ч., Кусинском муниципальном районе – 21,3 ч., ГБУЗ «Районная больница п. Бреды» - 17,9 ч., ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск» - 14,6 ч.

В 2017 году планируется провести 3 416 баллонных ангиопластик коронарных артерий, что на 3,2% больше по сравнению с предыдущим годом.

За 6 месяцев 2017 г. проведено 1 950 баллонных ангиопластик коронарных артерий. Доля ангиопластик коронарных артерий, проведенных больным с ОКС, за 6 месяцев 2017 г. – 24,1%.

В 2017 году были выделены дополнительные финансовые средства для покрытия дефицита объемов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в сверхбазовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из средств регионального бюджета, по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по методу лечения «баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд (сосуды)» в размере 119,6 млн. рублей.

В 2017 году в Челябинской области функционирует 13 ПСО и 7 РСЦ

Для пациентов с острыми формами цереброваскулярных заболеваний функционирует 11 ПСО, 2 РСЦ на базе ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3.

Для пациентов с ОКС в Челябинской области функционирует 13 ПСО и 5 РСЦ. За 12 месяцев 2016 года в ПСО и РСЦ Челябинской области было пролечено более 13000 человек.

С 1 марта 2017 года организовано и функционирует ПСО на базе МУЗ «Варненская центральная районная больница».

В настоящее время Министерством здравоохранения Челябинской области ведется работа по созданию дистанционного центра ПСО и РСЦ на базе ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» и ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер» для координации работы по оказанию медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК.

В Челябинской области создана и эффективно применяется единая система обработки электрокардиограмм по телефону в медицинских организациях Челябинской области. Система телефонной компьютерной электрокардиографии способствует повышению качества специализированной экстренной и плановой кардиологической помощи сельскому и городскому населению, в условиях низкой обеспеченности квалифицированными специалистами функциональной диагностики в отдаленных населенных пунктах, проблем квалифицированной интерпретации и клинического анализа электрокардиограмм.

На базе ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер» создается регистр больных, перенесших ОКС, что позволит проводить своевременное диспансерное наблюдение, дообследование данной группы больных, решать вопросы хирургического их лечения; успешно работает

кабинет аритмолога, позволяющий осуществлять наблюдение за больными с имплантированными ЭКС, оснащенный оборудованием для тестирования и перепрограммирования ЭКС.

Главным внештатным специалистом кардиологом Министерства здравоохранения Челябинской области совместно с сотрудниками кафедры безопасности жизнедеятельности, медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России продолжается обучение сотрудников первичного звена и сотрудников скорой медицинской помощи по проведению тромболитической терапии пациентам с ОКС.

Специалистами выездных бригад ГБУЗ «Челябинского областного кардиологического диспансера» за 6 мес. 2017 года было осмотрено 1 491 чел.

На основании вышеизложенного Коллегия Министерства здравоохранения Челябинской области решает:

1. Министерству здравоохранения Челябинской области:

1.1. Продолжить реализацию мероприятий, направленных на снижение смертности от БСК.

Срок – постоянно

1.2. Подготовить приказ «Об организации Центра мониторинга в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

Срок – 01.12.2017 г.

1.3 Регулярно заслушивать вопрос о выполнении мероприятий по снижению смертности от БСК на заседаниях Коллегии Министерства здравоохранения Челябинской области и аппаратных совещаниях Министерства здравоохранения Челябинской области в 2017 г.

Срок – постоянно

2. Заместителям Министра здравоохранения Челябинской области Сахаровой В.В., Приколотину С.И., главному внештатному специалисту кардиологу Министерства здравоохранения Челябинской области Королеву С.В. осуществлять ежемесячный контроль достижения показателей, имеющих отношение к смертности от БСК.

Срок – постоянно

2. Руководителям государственных медицинских организаций, органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований Челябинской области рекомендовать:

2.1. Обеспечить проведение тромболитической терапии пациентам с ОКС на догоспитальном и госпитальном этапах. Установить личный контроль.

Срок – постоянно

2.2. Обеспечить сбор и внесение достоверной информации по формам мониторинга плана по снижению смертности от болезней системы кровообращения. Установить личный контроль.

Срок – постоянно

2.3. Обеспечить строгое выполнение приказов Министерства здравоохранения Челябинской области от 06.03.2017 г. № 426/3 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 г. № 625» и от 06.03.2017 г. № 426/2 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.04.2016 г. № 620».

Срок – постоянно

2.4. Обеспечить своевременный перевод больных из ПСО в РСЦ для проведения ангиопластик и стентирований коронарных артерий.

Срок – постоянно

2.5. Обеспечить раннюю реабилитацию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 17.03.2016 г. № 410 «О маршрутизации взрослого населения с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, с нарушением функции центральной нервной системы, соматическими заболеваниями в Челябинской области по профилю «медицинская реабилитация».

Срок – постоянно

3. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Пластовцу А.И., разместить данное решение коллегии Министерства здравоохранения Челябинской области на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

4. Контроль исполнения настоящего решения Коллегии Министерства здравоохранения Челябинской области возложить на заместителей Министра здравоохранения Челябинской области Сахарову В.В., Приколотина С.И.

Председатель Совещания

С.Л. Кремлев

Секретарь Совещания

Л.В. Кучина