

Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Доступность и качество специализированной помощи пациентам о острым нарушением мозгового кровообращения в Санкт-Петербурге (3 кв. 2025г.)

профессор И.А. Вознюк

Главный внештатный специалист-невролог
Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и МЗ РФ по СЗФО
профессор кафедры неврологии ПСПбГМУ им акад. И.П. Павлова

Санкт-Петербург
30-10-25

конфликт интересов: *нет*

ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА СЕТИ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК в Санкт-Петербурге (17 стационаров -10 РСЦ, 6 ПСО)

Перечень учреждений с РСЦ, отчитывающихся по форме еженедельного мониторинга

Стационар	К/фон	Сосудистое отделение
ГБ№15	60	ПСО
Госпиталь ветеранов войн	90	ПСО
ГБУ «Больница Св.Георгия» №4	30	ПСО
ГБУ «Николаевская больница» №37	30	ПСО
ГБУ «Покровская больница» №1	60	ПСО
ГБ№38	30	ПСО
ГБ№2	45	РСЦ
ГБУ СПб НИИ СП им Джанелидзе	60	РСЦ
ГБУ «Елизаветинская больница» №3	120	РСЦ
ГБУ «Мариинская больница»	96	РСЦ
ГБ№40	30	РСЦ
ГБУ «Александровская больница» №17	110	РСЦ
ГБ№26	120	РСЦ
МЧС	15	РСЦ
Центр им. Алмазова	30	РСЦ
ГБ№33	30	РСЦ
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова	30	РСЦ
Минздрава России *		

* Функционирует с 01 октября 2024 года



Госпитализация пациентов с ОНМК осуществляется службами ГССМП и СМП районов, из **8 территориальных зон** в соответствии с Распоряжением №403 КЗ по СПб (2016, 2017, 2019г.г., 2025г.), при ежедневном контроле БГ ГССМП за соблюдением маршрутизации. Коечный фонд, обозначенных центров, в течение 2023 года составлял **986** коек.

Инсульт-2024г - несколько акцентов

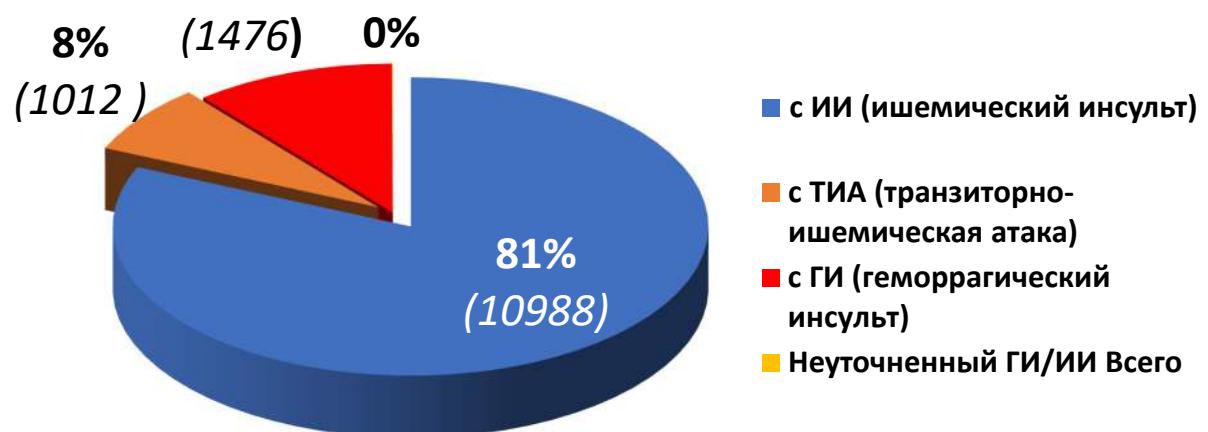
2022 - 2024

Структура заболеваемости

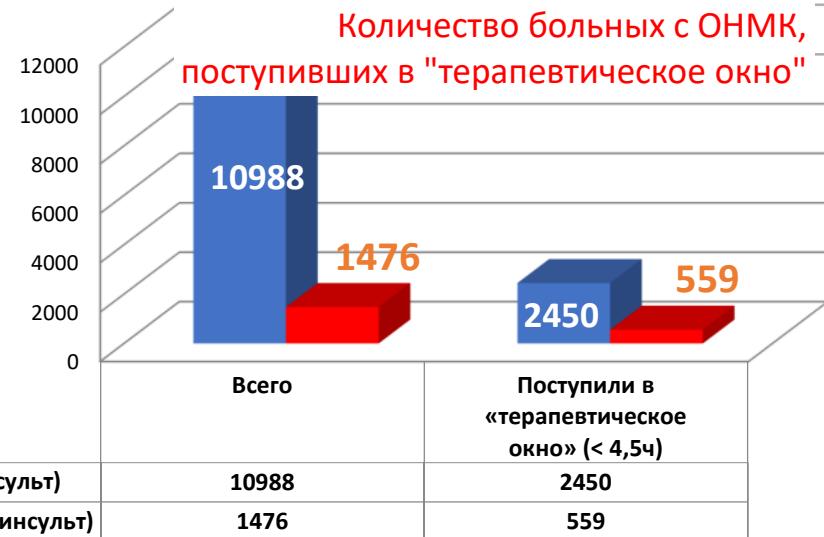


Инсульт в Санкт-Петербурге

Структура заболеваемости (9 мес 2025 г., n= 14418)



Количество больных с ОНМК, поступивших в "терапевтическое окно"

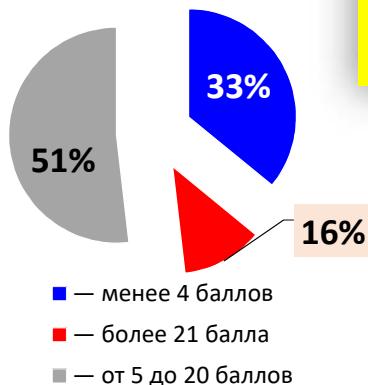


2022 - 2024
ОНМК всего (n)
- 19898//19028

доля лиц пациентов, поступающих с ОНМК старшей возрастной группы (Санкт-Петербург)

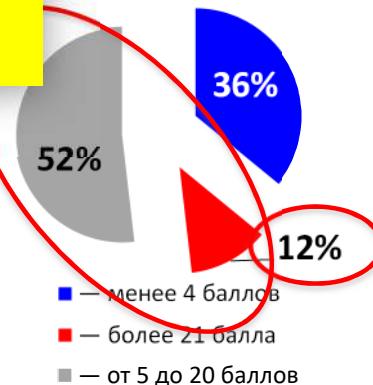
- характеристика входящего потока**

тяжесть по NIHSS до
начала лечения
(9 мес. 2025)



тяжесть по NIHSS до
начала лечения
(9 мес. 2025)

территориальный
инфаркт,
проксимальная
окклюзия



**Доля тяж.
более 21б:**

**13,5%
(в 2017г.)**

**18,6%
(в 2019г.)**

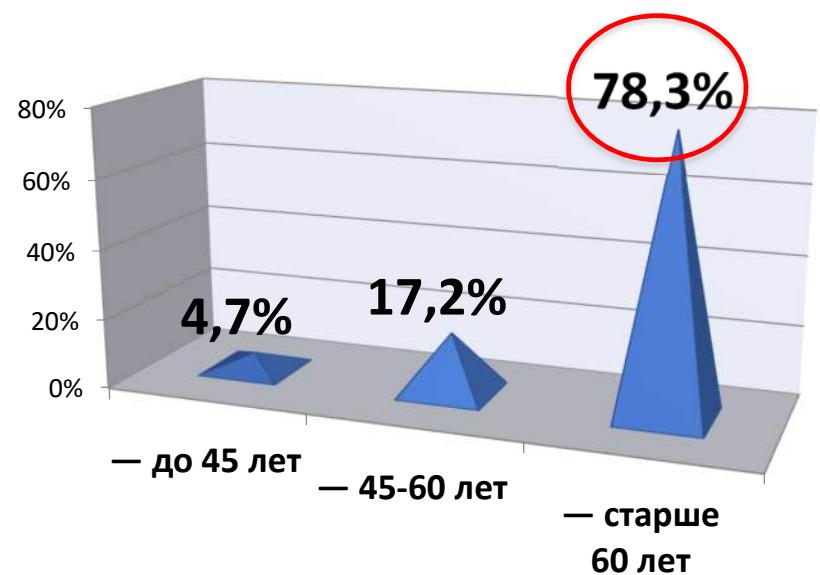
**Доля старше
60 лет:**

**72,4%
(в 2017г.)**

**72,5%
(в 2018г.)**

**74,8%
(в 2019г.)**

Возраст больных (9 мес. 2025 г.)



из собственного архива проф. И.А. Вознюка

2024г - диагностика «на входе» + мониторинг

- характеристика входящего потока

Возраст		
— до 45 лет	15.12.2024	4,7%
— 45-60 лет		17,3%
— старше 60 лет		77,9%
тяжесть по NIHSS до начала лечения		
— менее 4 баллов		32,2%
— более 21 балла		15,8%
— от 5 до 20 баллов		52,0%

высокая коморбидность
много ограничений

лакунарный инфаркт

хороший шанс высокой степени самообслуживания

минимальное количество ограничений

территориальный инфаркт

52%

32%

16%

Выписано из стационара

29.08.2024

58,1%

21,9%

ЛИ +

20%

по шкале Ривермид ≤ 1 балл по шкале Ривермид от 2 до 4 баллов по шкале Ривермид от 5 до 8 баллов по шкале Ривермид ≥ 9 баллов

высокий риск повторного ИИ, смерть после выписки

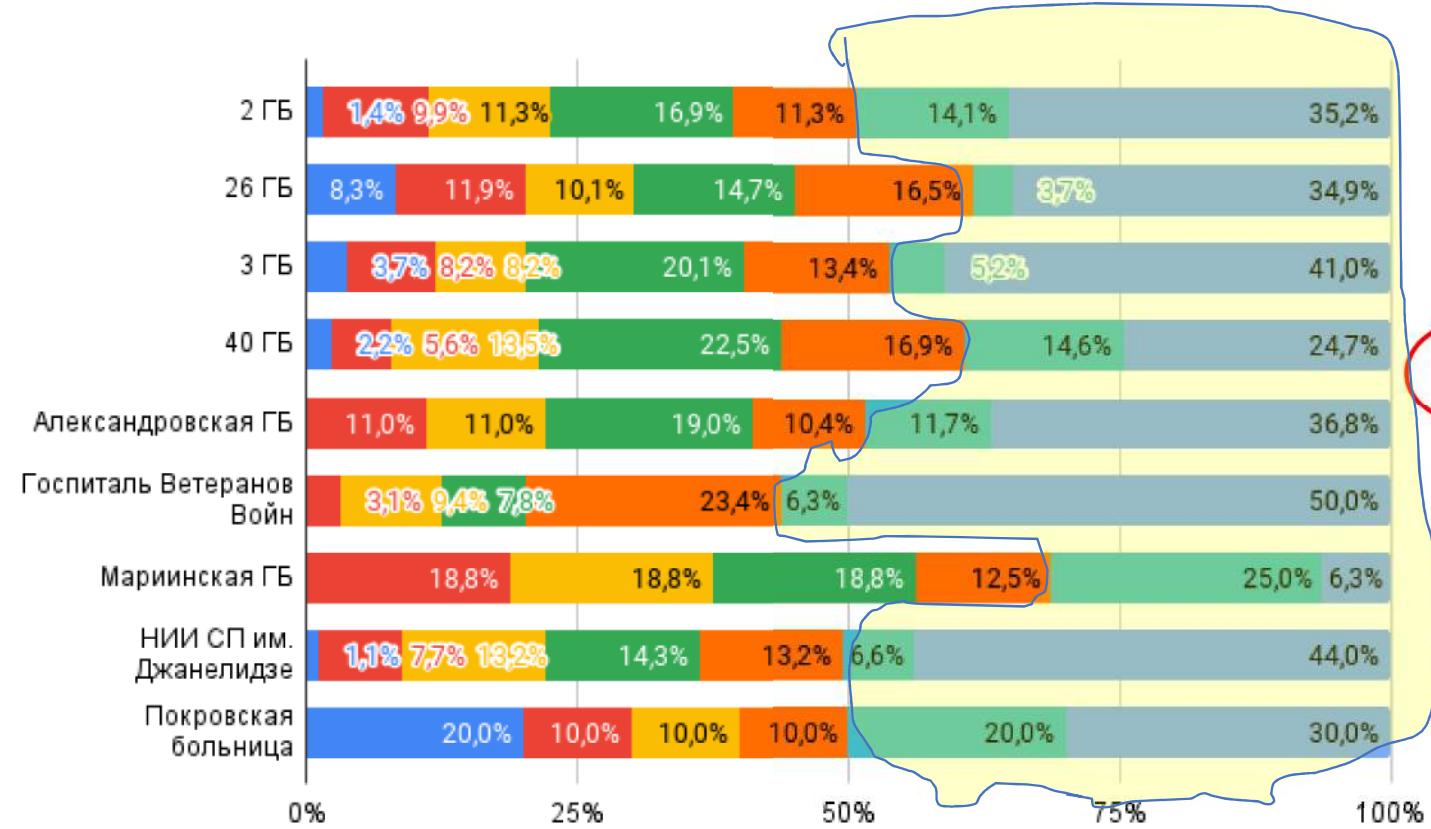
- менее 4 баллов
- более 21 балла
- — от 5 до 20 баллов

проксимальная ОККЛЮЗИЯ - 68%

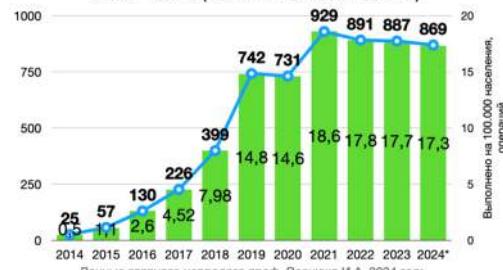
...ТЭ, КАС, КЭАЭ,

Исходы в 2024 г

COUNTA из mRs при выписке



Динамика количества выполненных вмешательств
2014 - 2024 (по 17.12 включительно)



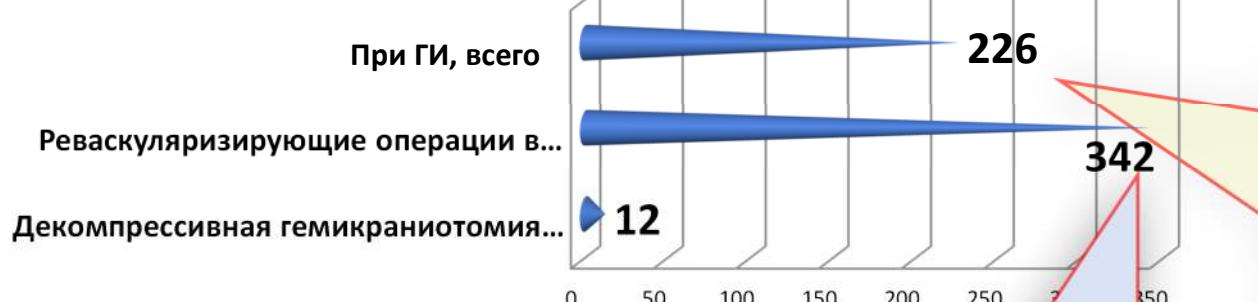
N	
Пролечено с ОНМК	17548
Из них по ишемическому типу	14604

mRs	n	%	
0	20	2,6 %	22,6 %
1	70	8,9 %	
2	87	11,1 %	
3	133	17,0 %	
4	117	14,9 %	
5	79	10,1 %	42 %
6	277	35,4 %	
Итого	783	100,0 %	35,4 %

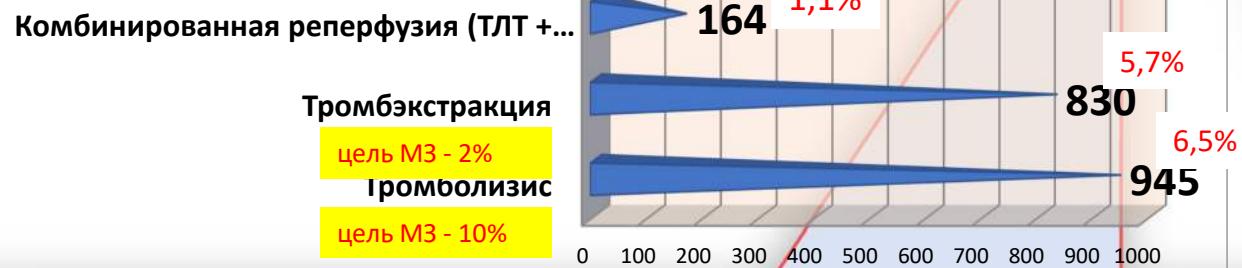
...ТЛТ, ТЭ, КАС, КЭАЭ,

(мониторинг ГВС. Санкт-Петербург 15.12.2024)

Проведено операций при ОНМК, СПб (15.12.2024)



ТЛТ+ТЭ (реперфузионная терапия) при ОНМК СПб (15.12.2024)

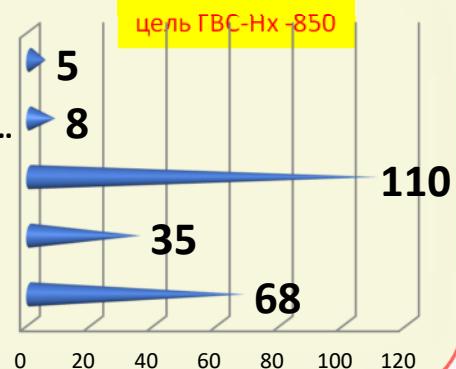


- КЭАЭ (в сроки до 3 недель от начала ИИ)
- стентирование ПА/ОА (в сроки до 3 недель от...
- стентирование каротидное (в сроки до 3 недель...

цель ГВС-Нх 2500

Проведено операций при ГИ (абс.знач.)

- операция при АВМ
- дренирование или...
- эмболизация аневризм
- клипирование аневризм
- удаление ВМГ



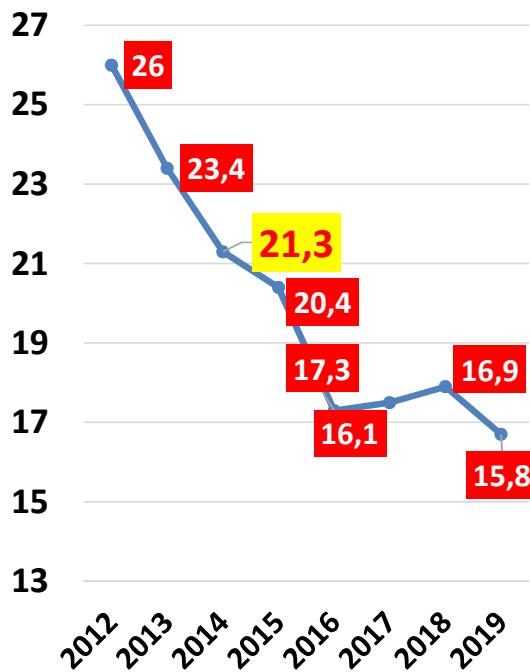
Структура операций при ГИ



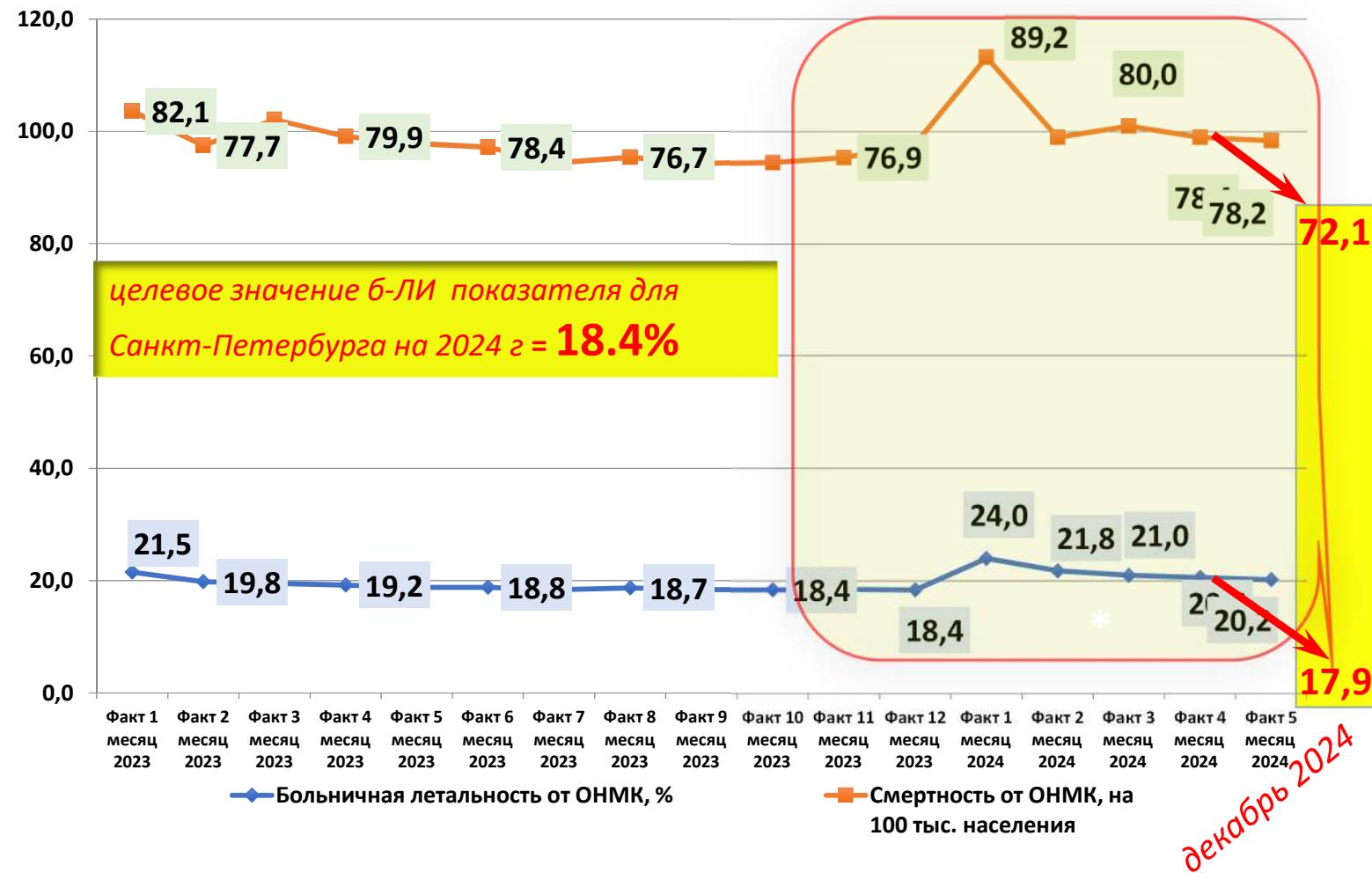
2023-2024

Санкт-Петербург

Больничная летальность
при ОНМК /2012-2019/
Санкт-Петербург



Больничная летальность и смертность от ОНМК
(СПб, 2024г.)

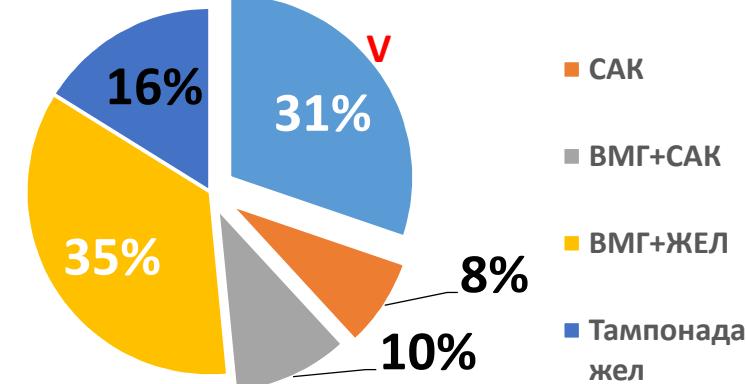


Общие сведения о пациентах с ЛИ при ОНМК

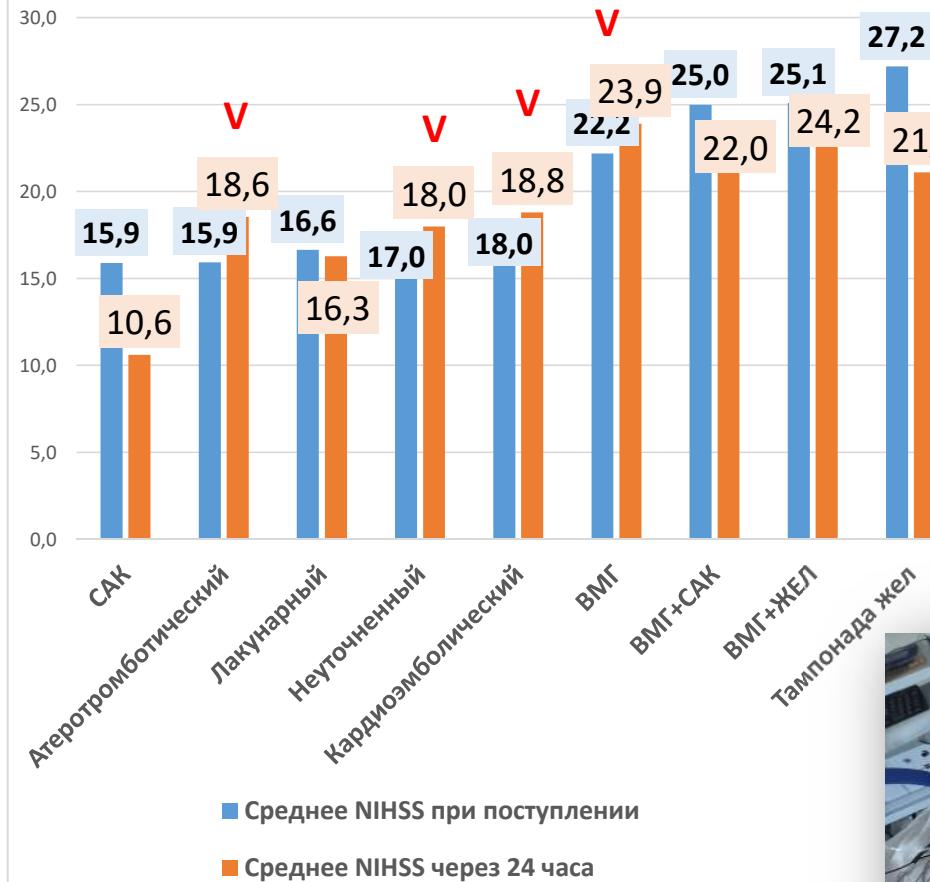
Подтипы ишемического инсульта



Варианты геморрагического инсульта



Тяжесть инсульта по подтипам

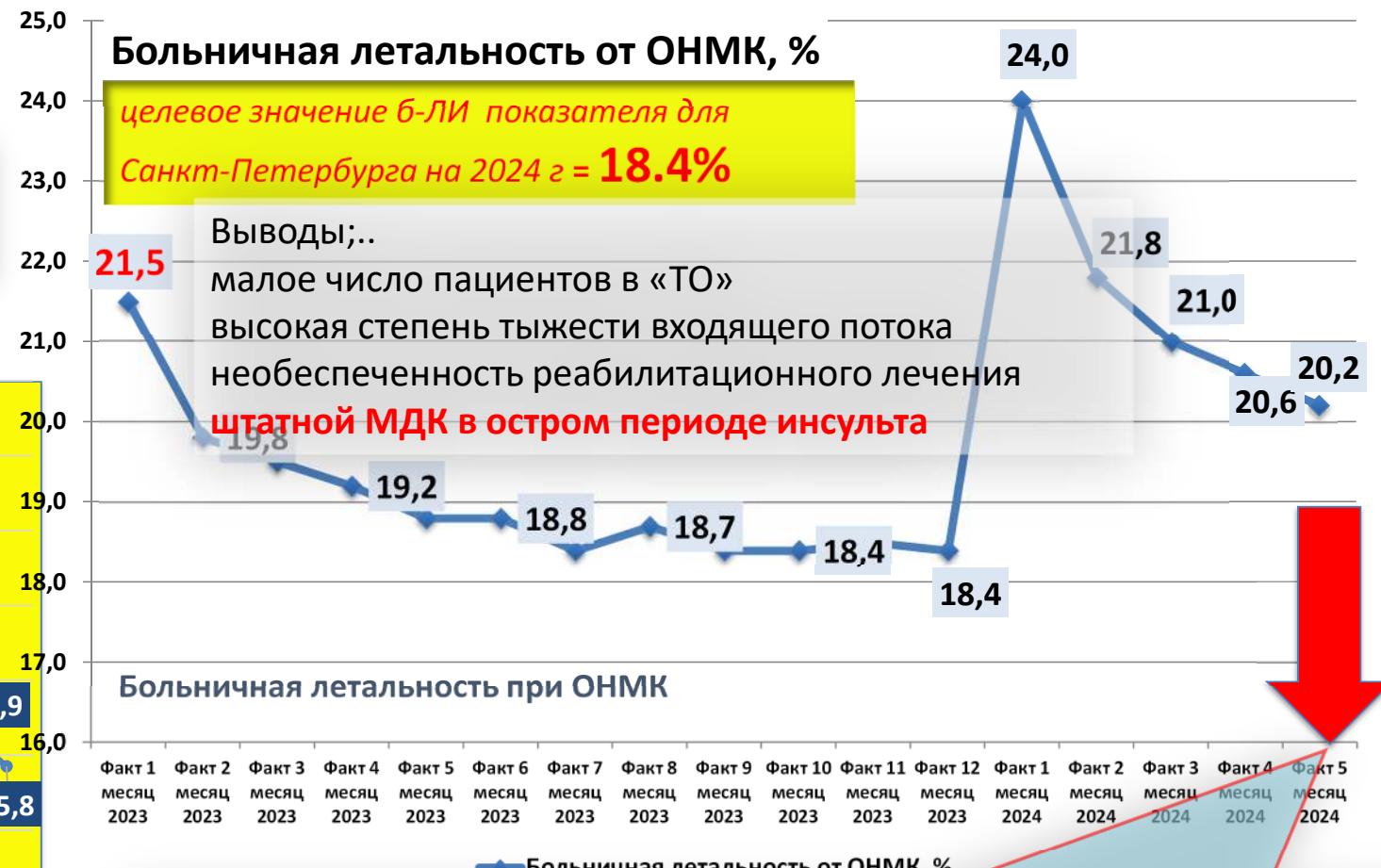
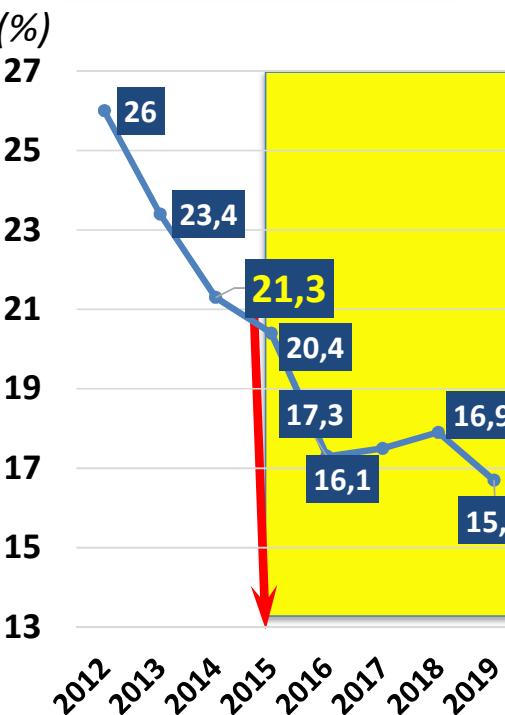




Больничная летальность от ОНМК

2023-2024 Санкт-Петербург

Больничная летальность
при ОНМК /2012-2019/
Санкт-Петербург



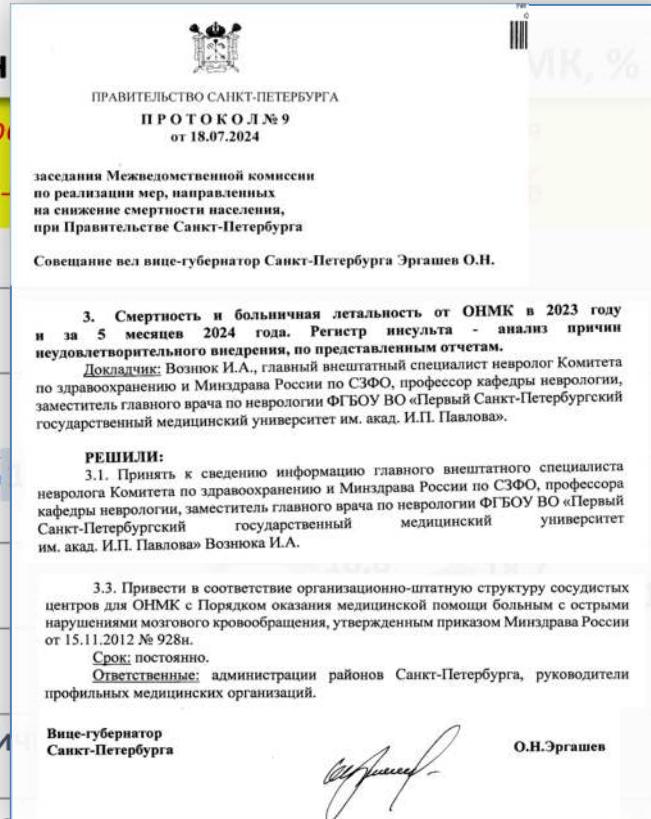
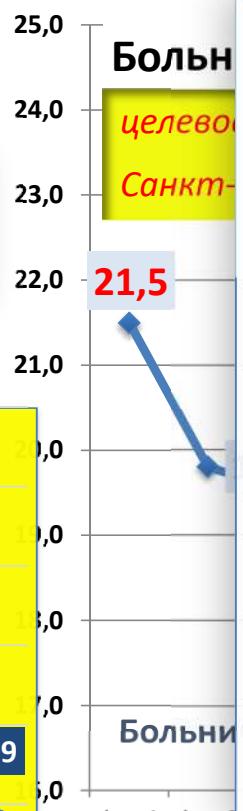
Установлена персональная ответственность за исполнение «Порядка»
(Пр МЗ 928н, 2012г) - (физ. лиц) врачей и специалистов МДК в составе РСЦ



Больничная летальность от ОНМК

2023-2024 Санкт-Петербург

Больничная летальность
при ОНМК /2012-2019/
Санкт-Петербург



Больничная летальность от ОНМК, %

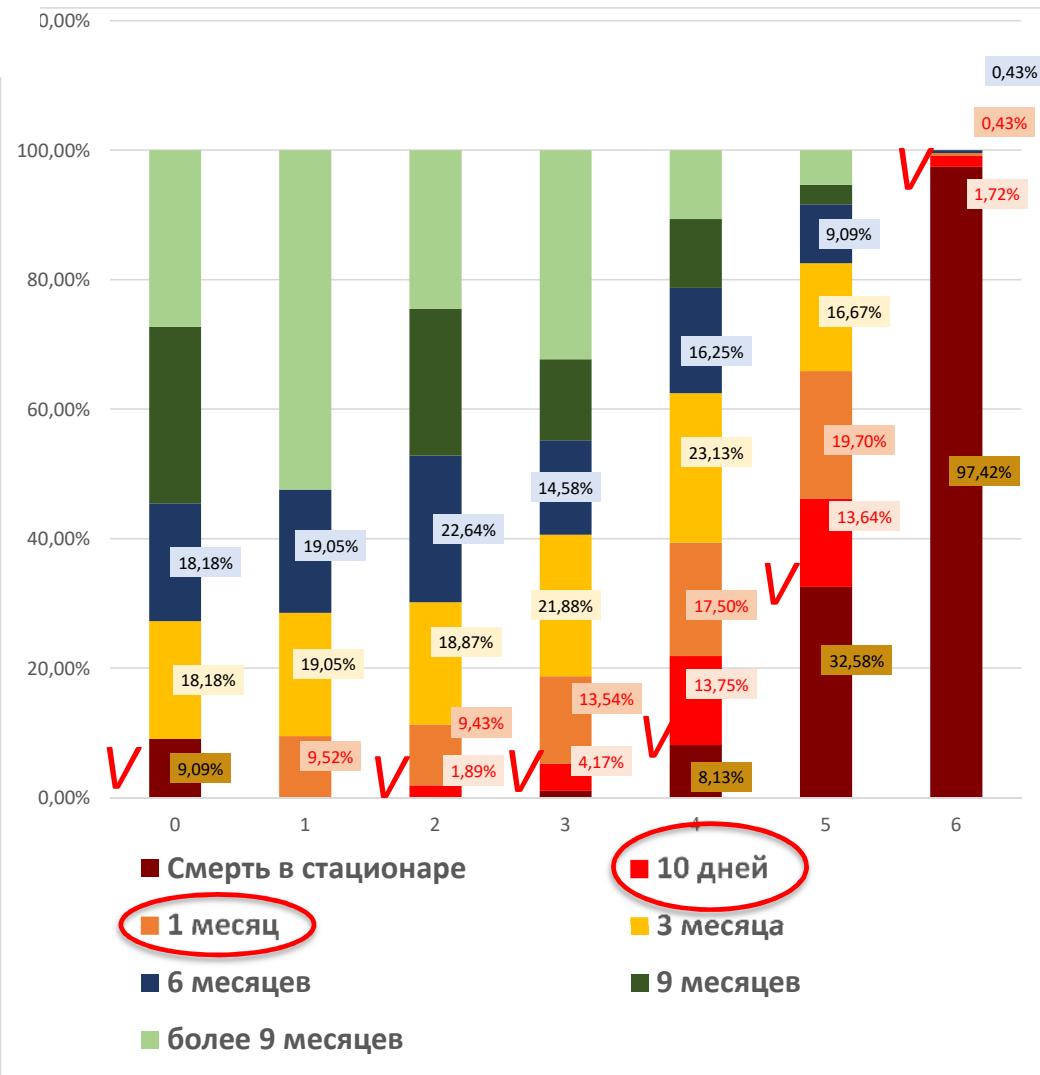
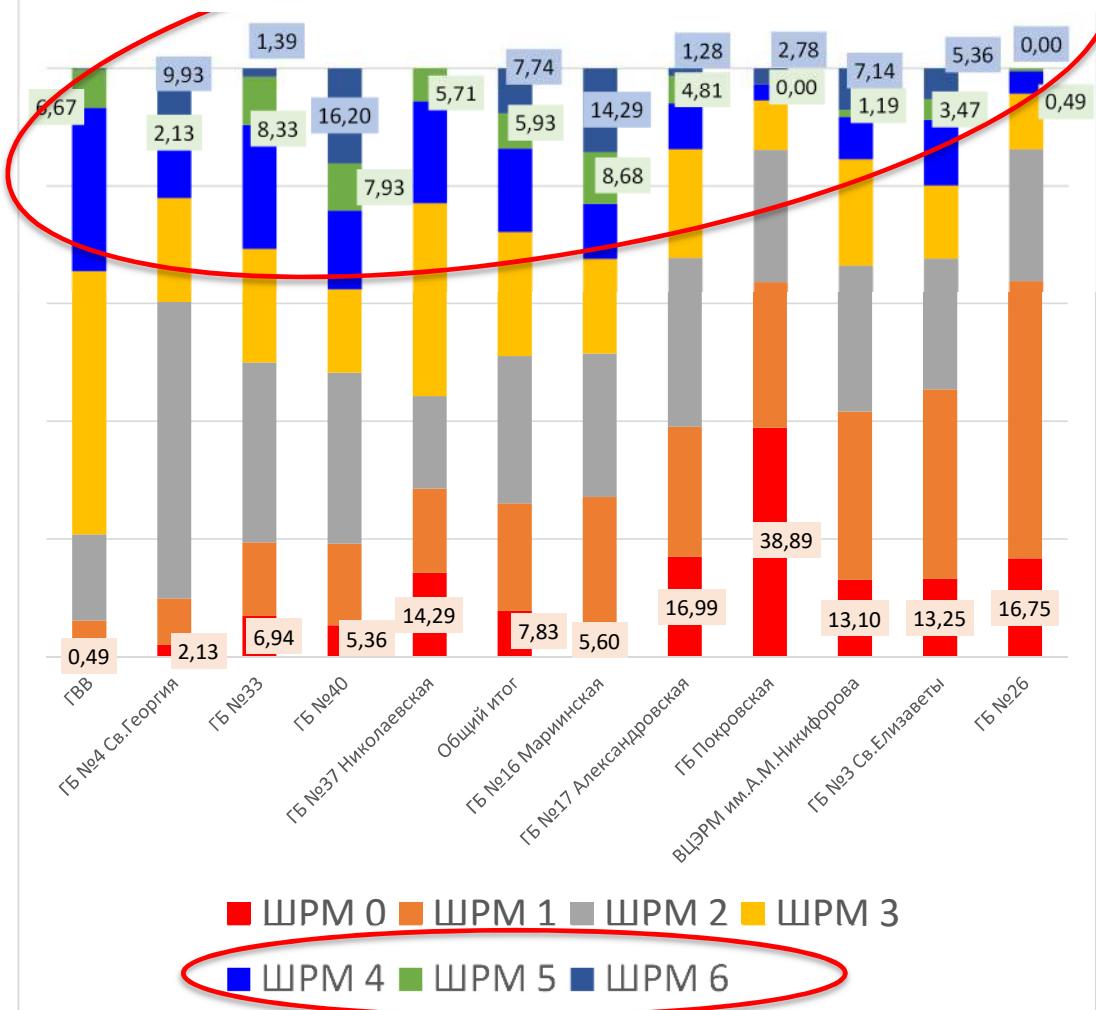


Установлена персональная ответственность ГВ (КР) за исполнение «Порядка» (Пр МЗ 928н, 2012г) - (физ. лиц) врачей и специалистов МДК в составе РСЦ

Выписка и Летальность вне стационара
- несколько акцентов

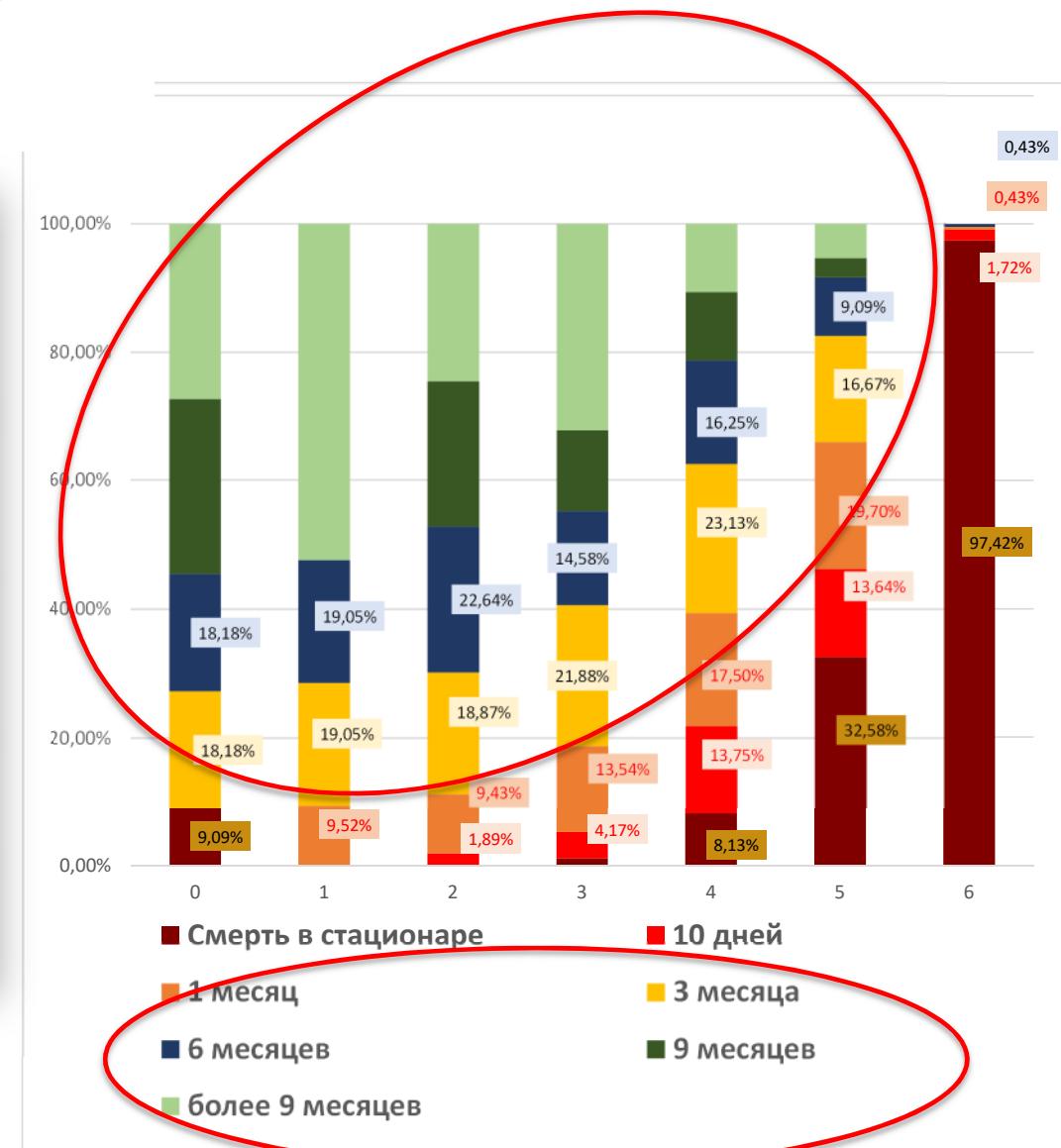
Что видно за рамками выписки?

(2023-2024- 7мес 2025 ТФОМС)



Что видно за рамками выписки? (2023-2024- 7мес 2025 тФОМС)

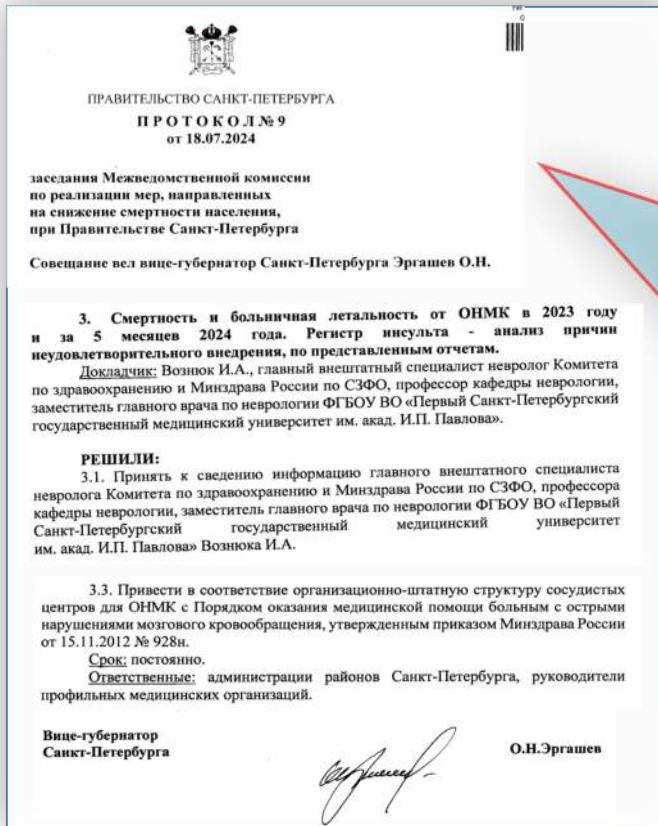
	Атеротромботи-ческий	Кардиоэмболи-ческий	Лакунарный	Неустановлен. этиологии
30 дней	18.5%	5.3%	1.4%	3.3%
90 дней	21.4%	8.6%	1.4%	4.8%
1 год	24.4%	13.7%	7.1%	13.2%
5 лет	40.2%	31.7%	24.8%	33.2%



Ставровская Л.В., Ключикова О.А., Богатырева М.Д., Чугунова С.А. Анализ эпидемиологических показателей повторных инсультов в регионах Российской Федерации (по итогам территориально-популяционного регистра 2009–2014 гг.). *Sonsiliu Mædicu*. 2016; 18 (9): 8–11.



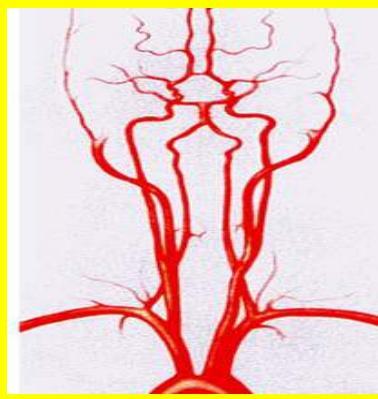
этапный вывод:



требования протокола
не были реализованы

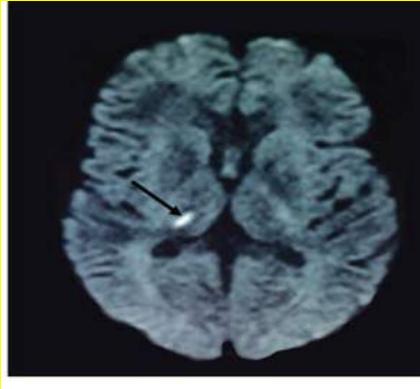
Патогенетический подтип ОИМК в значительной степени определяет эффективность вторичной профилактики ишемического инсульта

атеротромботический



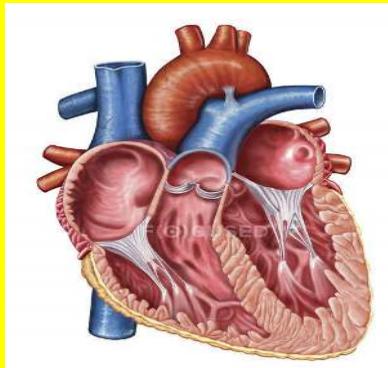
25%

лакунарный



20%

кардиоэмболический



25%

неуточненный



25%

редкие
причины

5%

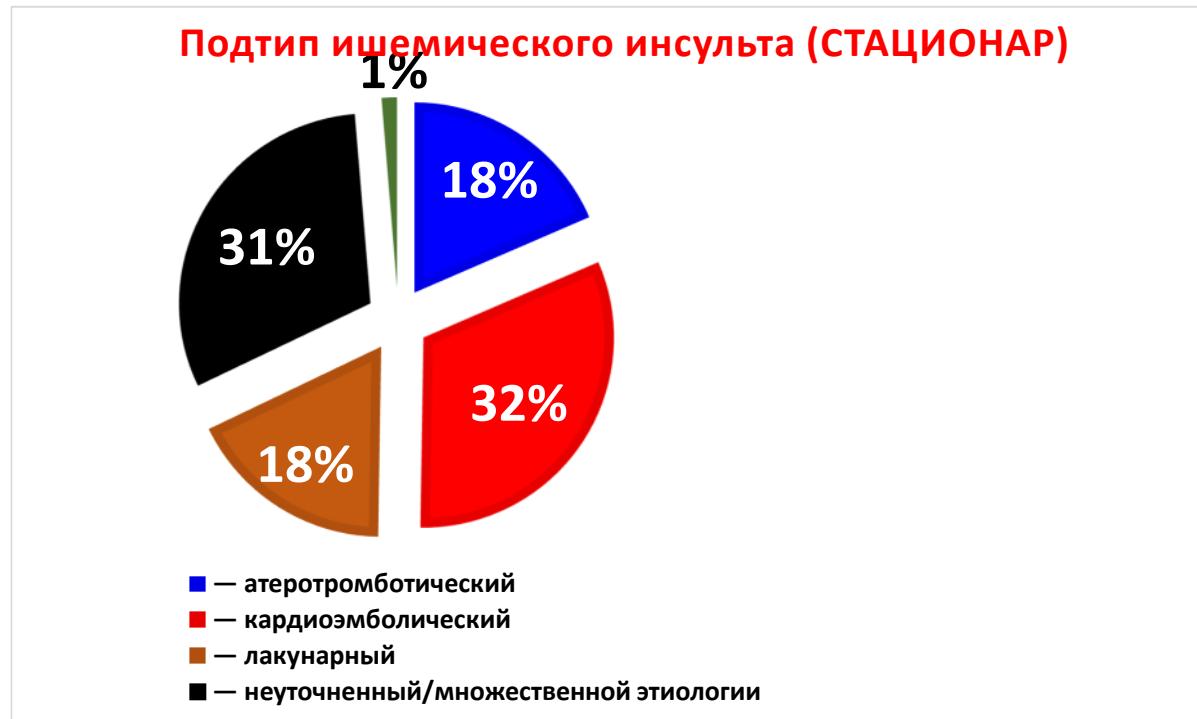
Антитромботическая,
гиполипидемическая:
целевые уровни ХС-ЛПНП,
контроль АД, **КЭАЭ/КАС**

Контроль АД, лечение
СД, гиполипидемич,
антитромботич

Антикоагулянтная
терапия, ИВР, ОГО
контроль АД,
гиподипидемич

Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial. **Stroke.** 1993

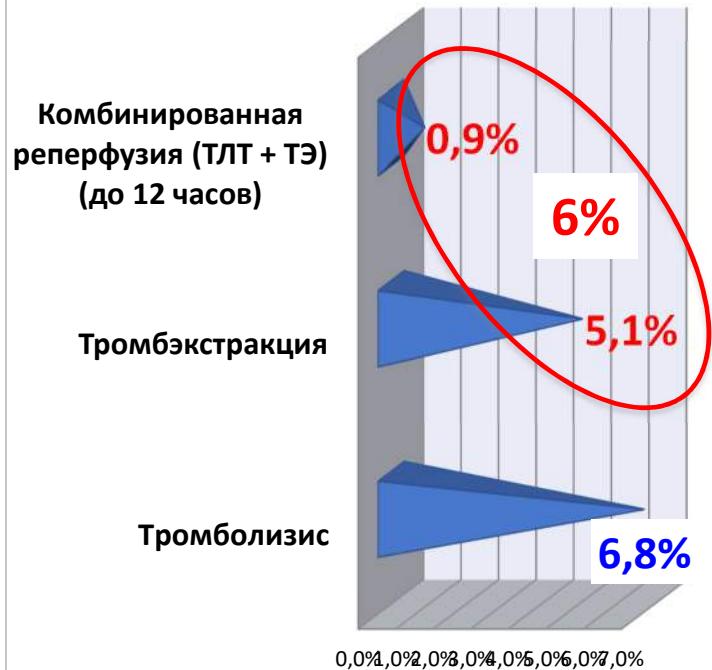
хирургических вмешательства как марке качества и доступности



ТЭ, КАС, КЭАЭ,
(мониторинг ГВС. Санкт-Петербург 3 кв. 2025)

текущая хирургическая активность - ТЭ (ВСТЭ) (на 30-09-2025)

Реперфузионная терапия при ОНМК (%)



Реперфузионная терапия при ОНМК (n= 1403)

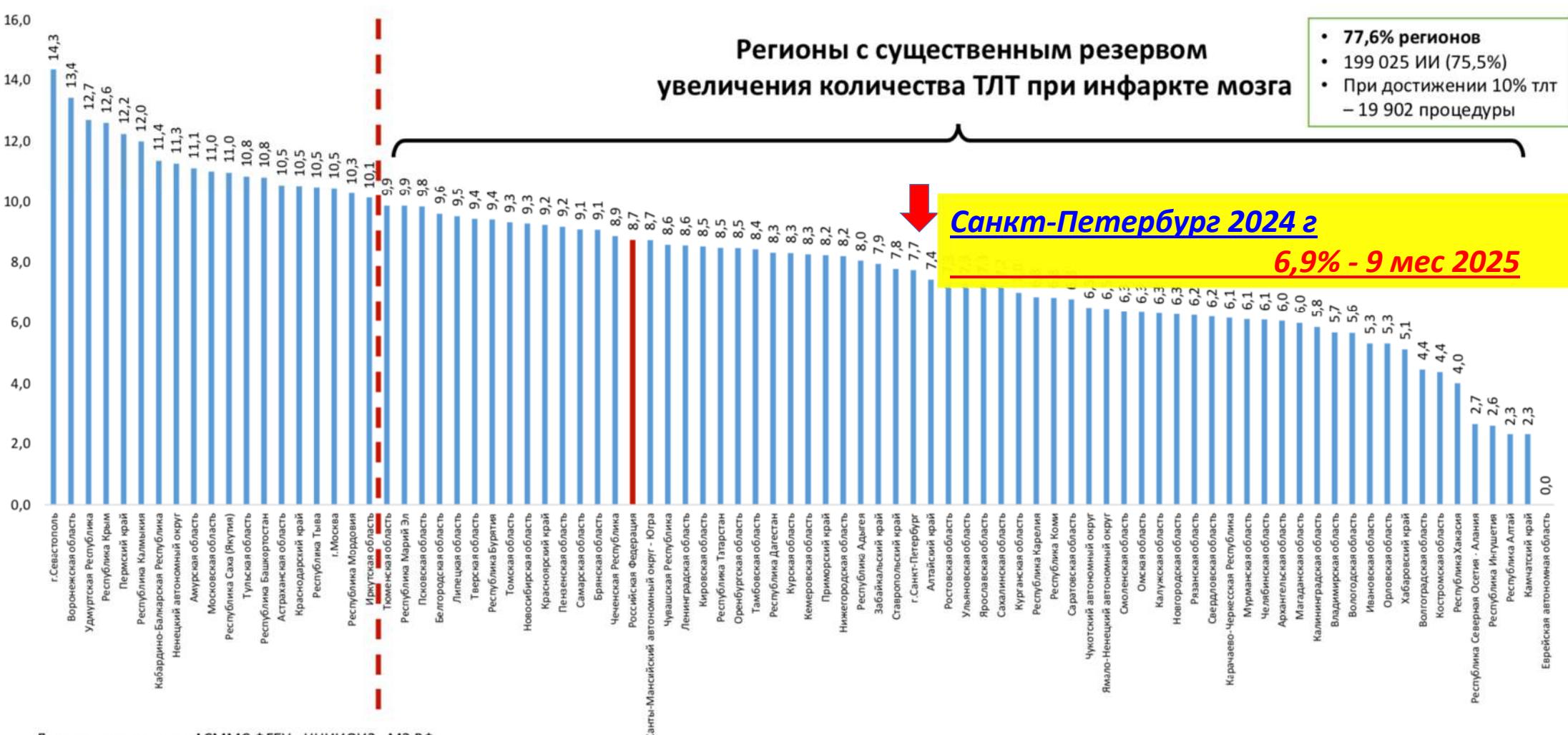


2024 год: ТЛТ - 1212 ТЭ - 1081

Подтип ишемического инсульта (СТАЦИОНАР)



Частота применения ТЛТ при ишемическом инсульте в РФ,



Данные мониторинга АСММС ФГБУ «ЦНИОИЗ» МЗ РФ

Санкт-Петербург 2024

Характеристика госпитализированных больных

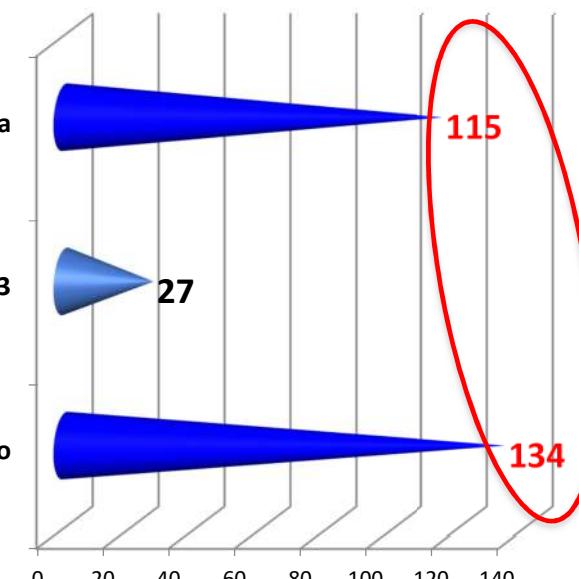
Возраст			
— до 45 лет	891	4,7%	
— 45-60 лет	3294	17,3%	
— старше 60 лет	14842	78,0%	
тяжелость по NIHSS до начала лечения			
— менее 4 баллов	6012	31,6%	
— более 21 балла	2945	15,5%	
— от 5 до 20 баллов	10070	52,9%	

Объем высокоспециализированной помощи

При ИИ			
Тромболизис	1035	6,6%	
— в/в ТЛТ при ОНМК	1034	6,5%	
— в/а ТЛТ при ОНМК	1	0,0%	
— комбинированный (в/в+в/а) метод ТЛТ	0	0,0%	
Тромбэкстракция	904	5,7%	
— в каротидном бассейне (до 6 часов)	802	5,1%	
— в вертебро-базилярном бассейне (до 12 часов)	102	0,6%	
Комбинированная реперфузия (ТЛТ + ТЭ) (до 12 часов)	177	1,1%	
Декомпрессивная гемикраниотомия при злокачественном ИИ	12	0,1%	
из них в первые 48 ч	5	41,7%	
Реваскуляризующие операции в остром периоде, всего	385	2,4%	
— стентирование каротидное (в сроки до 3 недель от начала ИИ)	202	1,3%	
— стентирование ПА/ОА (в сроки до 3 недель от начала ИИ)	43	0,3%	
— КЭАЭ (в сроки до 3 недель от начала ИИ)	140	0,9%	
При ГИ, всего	271	13,1%	
— удаление ВМГ	83	4,0%	
— клипирование аневризм	42	2,0%	
— эмболизация аневризм	128	6,2%	
— дренирование или шунтирование желудочковой системы	13	0,6%	
— операция при АВМ	5	0,2%	

Хирургическая активность (на 30-09-2025)

Реваскуляризующие операции при ИИ
в остром периоде (276 (2,5%))

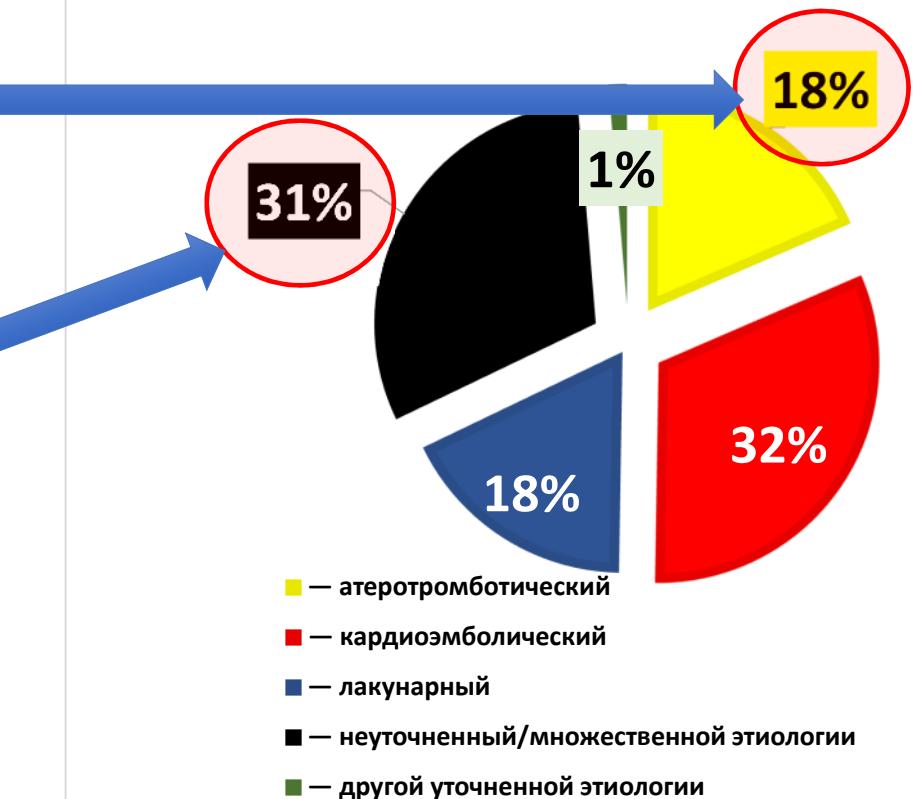


Диагностика подтипов при ИИ-ОНМК в СПб - многовекторная профилактика

	2019	2024
ИИ (ишемический инсульт)	80,4%	84,0%
из них с повторным (менее 12 месяцев) ОНМК	6,3%	6,2%
■ — атеротромботический	36,2%	22,6%
■ — кардиоэмболический	28,4%	33,2%
■ — лакунарный	15,5%	19,1%
■ — неуточненный/множественной этиологии	17,4%	23,4%
■ — другой уточненной этиологии	2,4%	1,7%
с ТИА (транзиторно-ишемическая атака)	7,0%	5,5%
с ГИ (геморрагический инсульт)	12,5%	10,4%

МОНИТОРИНГ

Подтип ишемического инсульта (СТАЦИОНАР) 9 мес 2025 года



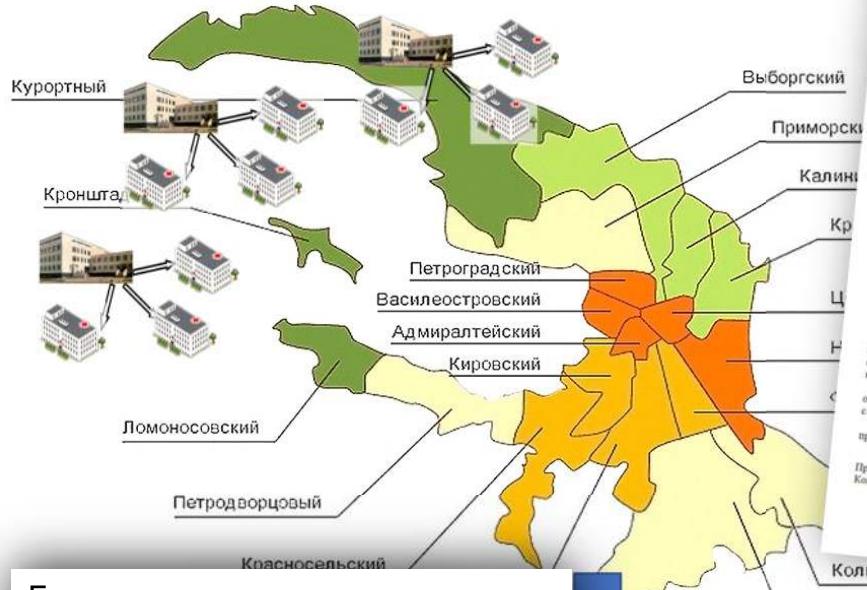
из собственного архива проф. И.А. Вознюка

Качество и доступность (один из РСЦ СПБ)



Структура заболеваемости	ГБ## (РСЦ)		1кв 2025		2024	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
с ИИ (ишемический инсульт)	549	83%	737	85%		
из них с повторным (менее 12 месяцев) ОНМК	31	4%	70	6%		
— атеротромботический	96	17%	130	18%		
— кардиоэмболический	141	26%	215	29%		
— лакунарный	42	8%	85	12%		
V — неуточненный/множественной этиологии	270	49%	307	42%		
— другой уточненной этиологии	0	0%	0	0%		
с ТИА (транзиторно-ишемическая атака)	19	3%	22	3%		
с ГИ (геморрагический инсульт) всего	96	14%	113	13%		
— ВМК/ВЖК (внутримозговое/внутрижелудочковое)	91	95%	105	93%		
— САК (субарахноидальное кровоизлияние) при	5	5%	7	6%		
— АВМ (кровоизлияние при артерио-венозной м	0	0%	1	1%		
— САК при аневризме мозговой артерии	0	0%	0	0%		

ЦЕНТРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА



Госпитализация пациентов с ОНМК осуществляется в 17 центров службами ГССМП и СМП районов, из 8 зон в соответствии, при ежедневном контроле БГ ГССМП за соблюдением маршрутизации. Коечный фонд, двухуровневой сети сосудистых центров, по состоянию на декабрь 2024 года составляет **986** коек (**792**- неврология для ОНМК / **194**- ОРИТ для ОНМК).



ЦЕНТРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

I60 Субарахноидальное кровоизлияние

I61 Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другое нетравматическое ВЧК

I63 Инфаркт мозга

Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт

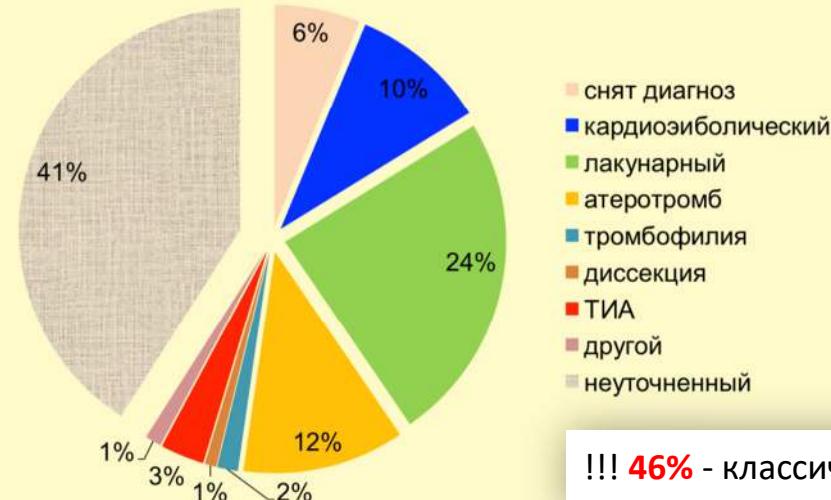
I67 Другие цереброваскулярные болезни

I69 Последствия цереброваскулярных болезней



Результаты обследования в ЦПИ пациентов с неуточненным подтипов ИИ – 60% - диагноз уточнен

(анализ данных 592 пациентов)



!!! 46% - классический вариант подтипа ИИ

контроль + ЛЛО:

- препараты для снижения АД

(ежедневный прием, измерение, дневни, «в ЦПИ - 1 раз в 3 мес»)

- липидограмма и коагулограмма

(анализ крови 1 раз в 3 мес)

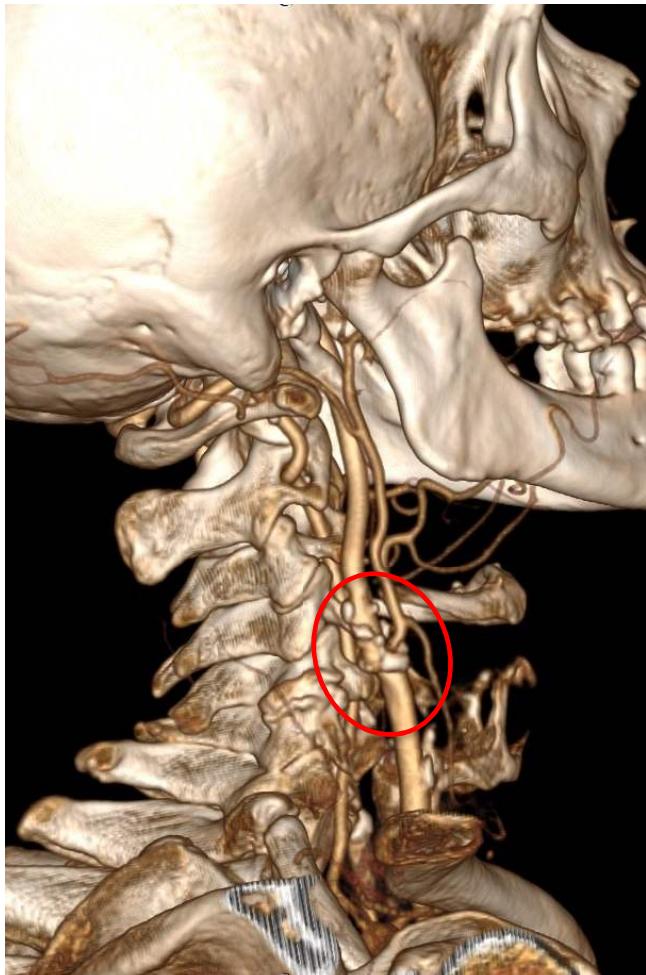
- УЗ-ДС сосудов шеи и головы

(исследование 1 раз в 6 мес)

- ЭХО-КС, ЭКГ
- маршрутизация для КАС / КЭАЭ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ - вторичная профилактика (дислек)

для снижения риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения вследствие окклюзионно-стенозирующих поражений артерий, формирующих систему кровоснабжения головного мозга



контроль + ЛЛО:

- препараты для снижения АД

(ежедневный прием, измерение, дневни, , «в ЦПИ - 1 раз в 3 мес»)

- липидограмма и коагулограмма

(анализ крови 1 раз в 3 мес) + *стат./изот./¹³³SK-9- «ТРИАДА»*

- УЗ-ДС сосудов шеи и головы

(исследование 1 раз в 6 мес)

- ЭХО-КС, ЭКГ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

для снижения риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения вследствие окклюзионно-стенозирующих поражений артерий, формирующих систему кровоснабжения головного мозга

Обеспечить контрольное скрининговое УЗ-ДС обследование внечерепных сегментов артерий шеи и мозговых артерий

- в программе первичной профилактики для лиц высокого и очень высокого риска ССЗ, связанного с нарушением липидного обмена и ожирением

в программе 2х летнего диспансерного наблюдения за лицами, перенесшими ишемический инсульт по атеротромботическому подтипу

превышением уровня холестерина выше 7,5 ммоль/л и/или ЛПНП более 3,5 ммоль/л

для лиц с индексом массы тела более 25

- в анамнезе выявленные стенозы сонных или позвоночных артерий,
- оперативные вмешательства по поводу стенозирующего поражения внечерепных сегментов артерий шеи и мозговых артерий, без инсульта в анамнезе

- в возрасте старше 50 лет с высоким и очень высоким риском ССЗ с артериальной гипертензией, гиперлипидемией, сахарным диабетом, стажем курения, отягощенным семейным анамнезом (наличие ближайших родственников, перенесших ОНМК в возрасте до 60 лет)

Перечень стандартных индикаторных параметров для ультразвукового дуплексного сканирования внечерепных сегментов артерий шеи и мозговых артерий при первичной профилактике ЦВЗ

№ пп	параметр	локация	что оценивается	кратность	рекомендация	тип проф. наблюдения
4	толщина комплекса «интима-медиа» (КИМ)	обе ОСА	величина комплекса в мм	1 раз в 12 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при КИМ более 1,2 мм	первичная профилактика для лис с индексом массы тела более 25; при нарушении липидного обмена, при наличии выявленных ранее стенозов сонных или позвоночных артерий
5	Степень стеноза / окклюзия	устья артерий и субмандибулярные сегменты обе ВСА	наличие сужений просвета, утолщений (бляшек) в области обеих бифуркаций ОСА с оценкой степени стеноза, гомогенности массива бляшки и состояния покрышки	1 раз в 6 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при бляшке более 50% или менее 50% но с признаками разрушения покрышки или прикрытые тромбом	первичная профилактика для лис с индексом массы тела более 25; при нарушении липидного обмена, при наличии выявленных ранее стенозов сонных или позвоночных артерий
6	Степень стеноза / окклюзия / признаки диссекции	устья артерий, сегменты V1-V4 на протяжении обеих ПА	наличие сужений просвета утолщений стенок (бляшек) в области формирования позвоночных артерий (ксты) и в сегментах V1-V4 , с оценкой степени стеноза, величина градиента падения скорости потока за стенозом (%)	1 раз в 6 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при бляшке более 50% или менее 50% но с признаками разрушения покрышки или прикрытые тромбом	первичная профилактика для лис с индексом массы тела более 25; при нарушении липидного обмена, при наличии выявленных ранее стенозов сонных или позвоночных артерий, сочетание ГБ, гиперлипидемией, сахарным диабетом, курением, отягощенным семейным анамнезом

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

для снижения риска возникновения повторных острых нарушений мозгового кровообращения вследствие окклюзионно-стенозирующих поражений артерий, формирующих систему кровоснабжения головного мозга в программе двух летнего диспансерного наблюдения

Контрольное скрининговое УЗ-ДС обследование внечерепных сегментов артерий шеи и мозговых артерий

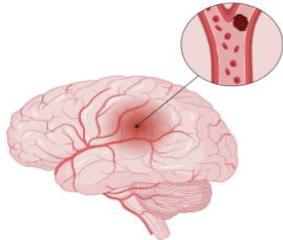
Для пациентов с наличием «бляшек», стенозирующей просвет артерий на 50% и более,
Для пациентов со стенозированием менее 50% но с признаками нестабильности

- в период ежеквартальных визитов с обязательной оценкой стандартных индикаторных параметров

- обязательное консультирование с формированием рекомендации по маршрутизации для оперативного лечения или дальнейшему наблюдению

№ пп	параметр	локация	что оценивается	кратность	рекомендация	тип проф. наблюдения
1	толщина комплекса «интима-медиа» (КИМ)	обе ОСА	величина комплекса в мм	1 раз в 3 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при КИМ более 1,2 мм	вторичная профилактика в период ДН (24 мес.)
2	Степень стеноза / окклюзия	устыя артерий и субмандибулярные сегменты обе ВСА	наличие сужений просвета, утолщений (бляшек) в области обеих бифуркаций ОСА с оценкой степени стеноза, гомогенности массива бляшки и состояния покрышки	1 раз в 3 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при бляшке более 50% или менее 50% но с признаками разрушения покрышки или прикрытые тромбом	вторичная профилактика в период ДН (24 мес.)
3	Степень стеноза / окклюзия / признаки диссекции	устыя артерий, сегменты V1-V4 на протяжении обеих ПА	наличие сужений просвета утолщений стенок (бляшек) в области формирования позвоночных артерий (устыя) и в сегментах V1-V4 , с оценкой степени стеноза, величина градиента падения скорости потока за стенозом (%)	1 раз в 3 мес.	консультация сердечно сосудистого хирурга при бляшке более 50% или менее 50% но с признаками разрушения покрышки или прикрытые тромбом	вторичная профилактика в период ДН (24 мес.)

Хирургическое лечение при окклюзионно-стенозирующих поражениях магистральных артерий головы в сети сосудистых центров Санкт-Петербурга



Обеспечить оказание специализированной хирургической медицинской помощи в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями в медицинских организациях города с соблюдением графика маршрутизации пациентов, определенной распоряжениями КЗ Санкт-Петербурга № 506-р от 24.09.2024 и № 403-р от 27.10.2017, с приложением от 2023г.).

Для лиц высокого и очень высокого риска ССЗ, имеющих признаки гемодинамически значимого стенозирования внечерепных сегментов артерий шеи и мозговых артерий, в том числе после перенесенного инсульта

№ пп	Наименование медицинской организации	статус центра
1	СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»	РСЦ
2	СПб ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района»	РСЦ
3	ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»	РСЦ
4	СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»	РСЦ
5	СПб ГБУЗ «Городская Елизаветинская больница»	РСЦ
6	СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»	РСЦ
7	СПб ГБУЗ «Городская больница № 33»	РСЦ
8	СПб ГБУЗ «Городская больница № 26»	РСЦ
9	ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова	РСЦ
10	НМИЦ им. В.А. Алмазова	РСЦ
	ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова	РСЦ

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

≥60 операций /100 тыс. взрослого населения

**≥41 операций /100 тыс.
взрослого населения**

Симптомный стеноз сонных артерий

Стеноз ВСА 70-99% (по NASCET) /85-99% (ECST)
Стеноз ВСА 50-69% (по NASCET) /75-84% (ECST)

**≥19 операций /100 тыс.
взрослого населения**

Асимптомный стеноз сонных артерий

Стеноз ВСА 60-99% (по NASCET) /80-99% (ECST)

Ранняя КЭАЭ показана при соблюдении следующих критерий:
mRS 0–2 балла, область инфаркта < 1/3 бассейна СМА, отсутствие
нарушения сознания при ИИ.

При несоблюдении данных условий целесообразно выполнить
КЭАЭ **отсроченно** (≥ одного месяца).



- наличие ТИА/ОНМК в контралатеральном полушарии
- «немые» ишемические очаги в ипсилатеральном полушарии
- признаки нестабильности бляшки
- более 1 эпизода эмболии в час при проведении микроэмболодетекции
- нарастание степени стеноза более 20% при динамическом наблюдении
- нарушение церебрального перфузионного резерва
- ожидаемая продолжительность жизни пациента не менее 5 лет

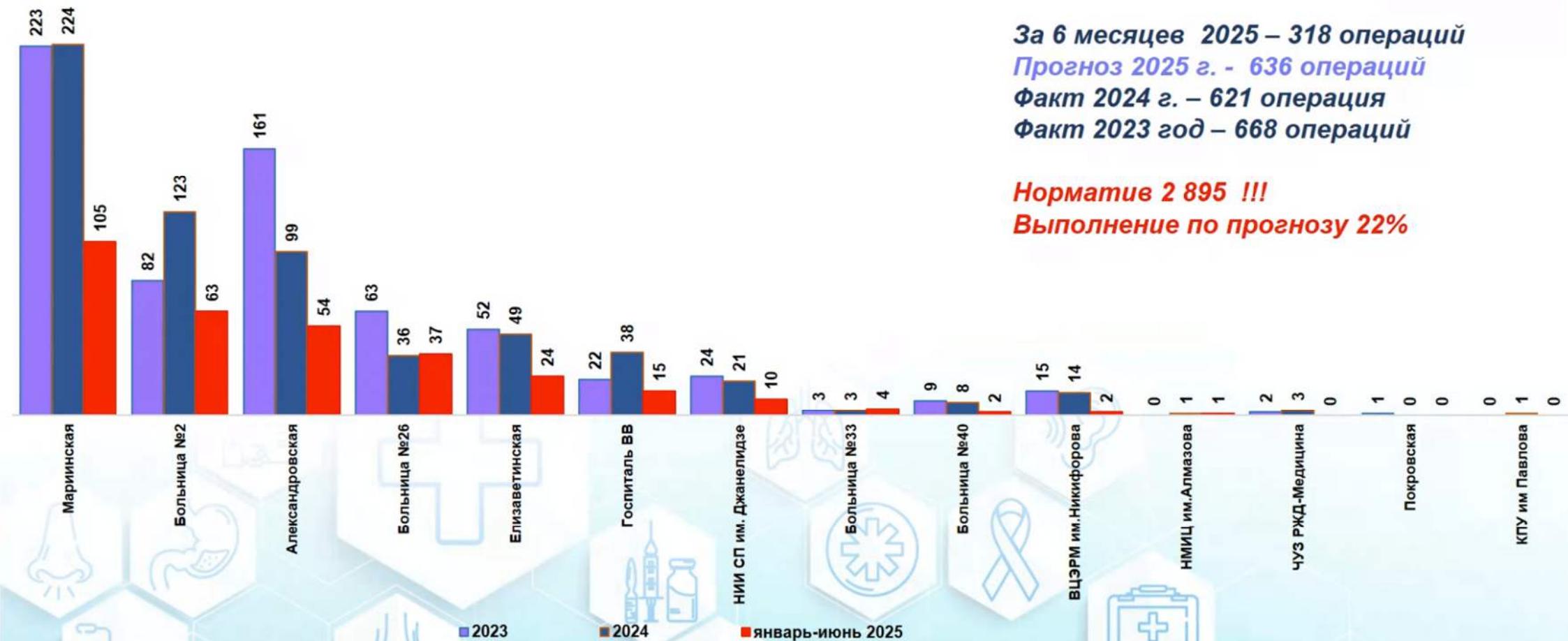
Данные Главного внештатного специалиста по нейрохирургии академика В. В. Крылова

Выполнение плановых объемов стентирования или эндартерэктомии,
оказанных медицинскими организациями в рамках ТП ОМС
за 6 месяцев 2025 года

Вы демонстрируете Экран 1 (1920x1...



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА





Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий 6 месяцев 2025 года

№ п/п	Наименование медицинской организации	Наличие УЗИ оборудования для проведения УЭДГ БЦА	Наличие врача- специалиста для проведения	Выполнено исследований за 2025 год	Выявлено патологии	В том числе показаний к оперативному вмешательству
Адмиралтейский						
1	СПб ГБУЗ ГП24	да	да	489	88	17
2	СПб ГБУЗ ГП 27	да	да	712	180	2
3	СПб ГБУЗ ГП 28	да	да	460	410	5
	Итого			1661	678	24
Василеостровский						
4	СПб ГБУЗ ГП3	да	да	1901	950	50
5	СПб ГБУЗ ГП4	да	да	772	47	47
	Итого			2673	997	97
Выборгский						
6	СПб ГБУЗ ГП117	да	да	137	128	0
7	СПб ГБУЗ ГП14	да	да	103	40	1
8	СПб ГБУЗ ГП97	да	да	240	240	25
9	СПб ГБУЗ ГП52	да	да	67	33	0
10	СПб ГБУЗ ГП99	да	да	623	545	23
11	СПб ГБУЗ ГП104	да	да	2623	786	7
12	СПб ГБУЗ ДГП71	да	да	12	4	0
	Итого			3805	1776	56

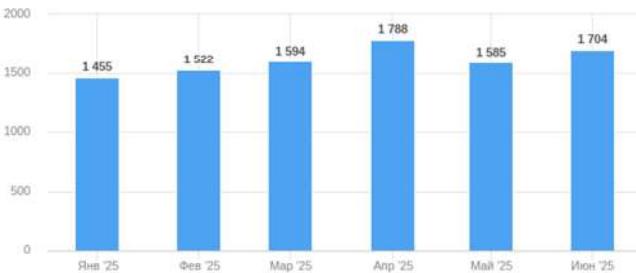
ОНМК

Район прикрепления	Нет выбранных значений	МО прикрепления	Нет выбранных значений	Форма госпитализации	Нет выбранных значений
Идентификатор пациента	Нет выбранных значен...	Стационар госпитализации	Нет выбранных знач...	Диагноз ОНМК	Нет выбранных значений
Было стентирование или эндартеректомия	Нет выбранных значений	Были профилактические мероприятия	Нет выбранных значений		

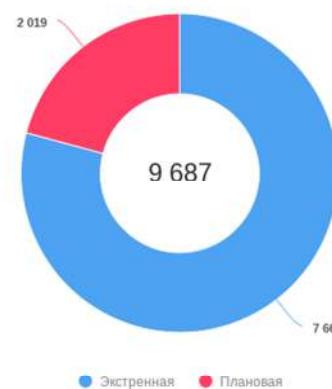
Количество уникальных пациентов в 2025 г.

9 163

Количество уникальных пациентов по месяцам



Операций по форме госпитализации в 2025 г.

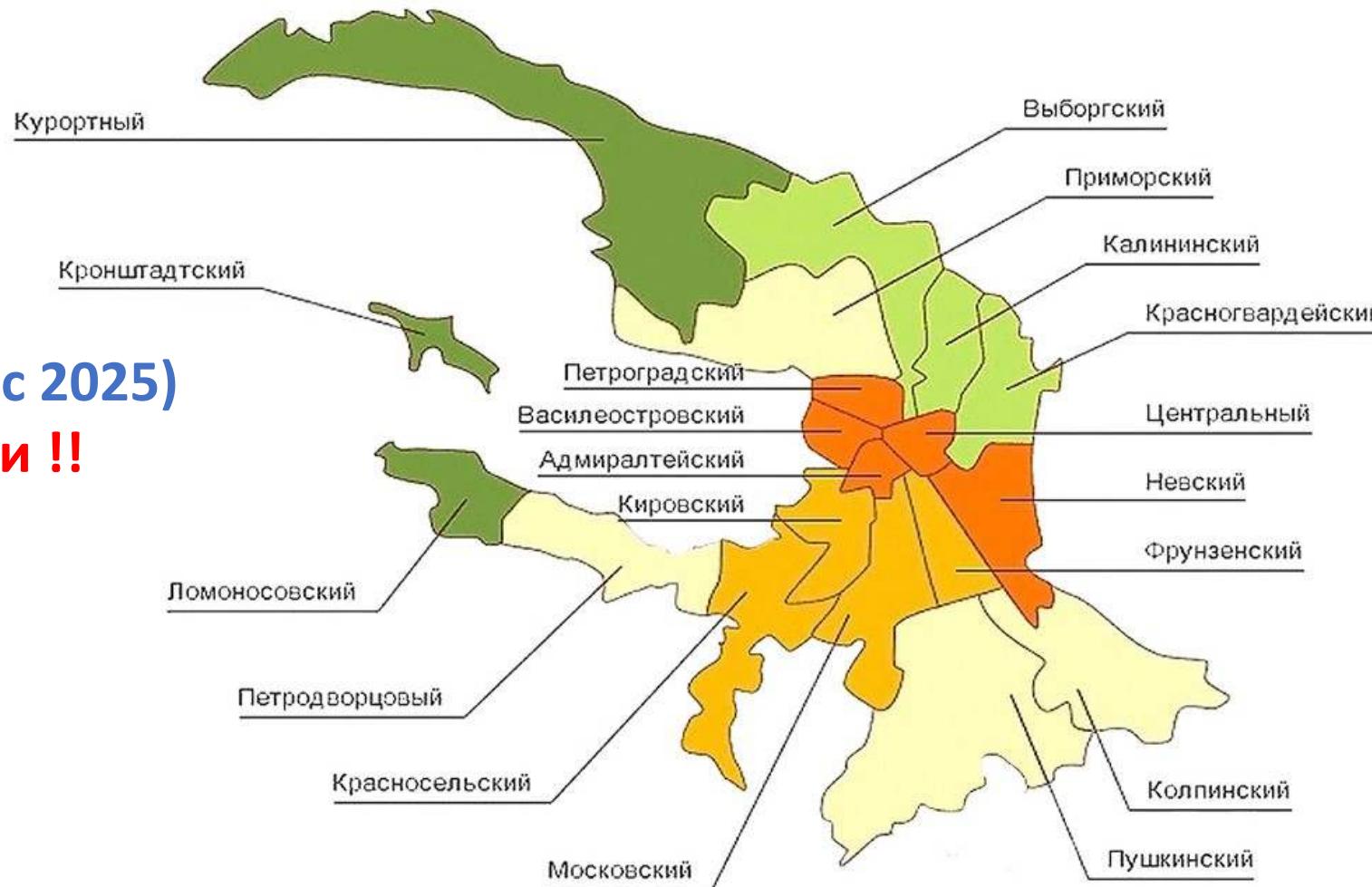


Госпитализация для проведения стентирования госпитализация для проведения стентирования или эндартеректомии на предшествующем госпитализации этапе в 2023-2024 г., первом полугодии 2025 г.

Год стенирования	Количество операций	Количество пациентов
2023	13	13



«ТФОМС - ДАШБОРД» (с 2025) - инициатива в развитии !!



ПРОТОКОЛ
заседания Оперативного штаба Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Вр-4052693

Москва
Минздрав России
зал ситуационного центра, 2 этаж

02.10.2025 73/13-7/490

2 октября 2025 г.
10.00 – 11.25

**В части мер по снижению
летальности при острых
нарушениях мозгового
кровообращения.**

7. Руководителям исполнительных органов субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья представить информацию

главному внештатному специалисту-неврологу...:

7.1. Обеспечить проведение регулярных информационных образовательных кампаний для населения о первых признаках инсульта и алгоритм действий при их появлении.

7.10. Обеспечить контроль над соблюдением маршрутизации пациентов с патологией брахиоцефальных артерий, контроль хирургических вмешательств при патологии брахиоцефальных артерий в соответствии с целевыми показателями: 41 вмешательство на 100 тыс.взрослого населения при симптомных стенозах, 19 вмешательств на 100 тыс.взрослого населения при асимптомных стенозах.

7.11. Обеспечить обучение врачей ультразвуковой и функциональной диагностики методике УЗ-обследования брахиоцефальных сосудов.

Выводы

Сохраняется низкий уровень оперативной активности как при ИИ, так и при ГИ, что обусловлено:

малым количеством пациентов, поступающих в период «терапевтического окна», ограниченными возможностями применения принципа догоспитальной оценки тяжести пациентов,

низкая степень диагностики причин субарахноидального кровоизлияния (САК), наметившаяся тенденция к более точной диагностике причин с 42,3% (в 2023 году) до 54 % (в 2024 году) не получила развития в 2025г В связи с чем сохраняется высокая больничная летальность данной категории пациентов (САК и ГИ-всего).

недостаточным обследованием пациентов в период стационарного лечения, в том числе не выявлением показаний к лечению гемодинамически значимых стенозов при поражениях магистральных артерий головы и шеи, малой частотой использования церебральной ангиографии

следствие высокой летальностью в когорте пациентов с ОНМК-геморрагический инсульт.

**Наиболее важными мерами по снижению
больничной летальности от ОНМК являются:**

максимально активное информирование населения о симптомах инсульта и необходимости своевременного обращения за помощью (на ТВ не менее 5 раз в сутки в период новостного контента, ежедневно, не менее 2-х плакатов на каждом маршруте движения транспорта, электронные щиты в каждом супермаркете, на вокзалах ХД транспорта и в аэропорту) путем внедрения постоянно действующего «мобильного комплекса с программами информационных и медико-социальных акций для жителей города (с определением факторов риска), повышающих информированность жителей о мерах эффективной профилактики ССЗ;

активный контроль за заполняемостью регионального регистра ОНМК разработанного на базе регионального сегмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения всеми стационарами (полнота выгрузки данных - ответственность главного врача МО);

внедрение системы телемедицинского контроля эффективности программ лечения путем формирования референсного поста на базе РСЦ (ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова) в составе круглосуточной бригады экспертов (в составе неврологического сегмента «Проектного офиса»);

постоянный динамический контроль за уровнем летальности «на дому» при диагнозах: I60-I63, I64, I67, I69 и G93 согласно МКБ-10 (МИАЦ/ТФОМС);



**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова**