

Опыт оценки качества диспансерного наблюдения за взрослыми после перенесенного инфаркта миокарда в Центральном, Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах Российской Федерации

И.В. Атюнина[✉], Е.В. Сорокин, Ю.А. Долгушева

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Цель. Оценка качества диспансерного наблюдения (ДН) и проводимого лечения после перенесенного инфаркта миокарда в соответствии с действующим Порядком ДН и клиническими рекомендациями (КР).

Материалы и методы. Проведен анкетный сбор данных о качестве ДН и соблюдении КР в 28 регионах Российской Федерации (1241 анкеты). Качество ДН оценивали по ряду критериев, включая сроки установления ДН и выписки рецептов на лекарственные препараты, специальность врача, проводящего ДН, частоту диспансерных визитов, соблюдение диагностического алгоритма и соответствие медикаментозных назначений действующим КР.

Результаты. ДН и наблюдение врачом-кардиологом больных после выписки из стационара своевременно установлено не во всех регионах. Диагностические алгоритмы ДН в целом соблюдались, однако проводимая лекарственная терапия не полностью соответствовала КР, особенно при назначении β-адреноблокаторов и препаратов, влияющих на ренин-ангиотензиновую систему.

Заключение. Необходимо дальнейшее совершенствование ДН больных, перенесших инфаркт миокарда. Внедрение и модернизация дополнительных механизмов, обеспечивающих непрерывность и эффективность лечебно-диагностического процесса, оптимизация медикаментозного лечения позволят улучшить качество амбулаторной кардиологической помощи и проводимого ДН.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, преемственность, инфаркт миокарда, клинические рекомендации, кардиолог, сердечно-сосудистые заболевания, диагностические алгоритмы

Для цитирования: Атюнина И.В., Сорокин Е.В., Долгушева Ю.А. Опыт оценки качества диспансерного наблюдения за взрослыми после перенесенного инфаркта миокарда в Центральном, Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах Российской Федерации. Терапевтический архив. 2025;97(1):11–20. DOI: 10.26442/00403660.2025.01.203027

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2025 г.

Болезни системы кровообращения (БСК) – одна из ведущих причин смерти как в мире, так и в Российской Федерации. В России в 2019 г. доля умерших от БСК в структуре общей смертности составила 47%, в 2020 г. – 44%, в 2021 г. – 38% [1]. По данным Росстата, в 2022 г. БСК стали причиной смерти 831 557 жителей (или 570,6 случая на 100 тыс. населения). В свою очередь, в структуре смертности от БСК, как правило, превалирует доля умерших от хронической ишемической болезни сердца [2]. Существенное число лиц высокого риска в группе составляют больные, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ). Риск смерти у данной категории больных в течение первого года после выписки из стационара составляет 8,7%, а в течение 5 лет – 22,9% [3]. Таким образом, первоочередной задачей амбулаторного этапа является коррекция модифицируемых факторов риска у больных с целью снижения смертности от ишемической болезни сердца и повторного ИМ.

Диспансерное наблюдение (ДН) – важный этап лечения после сердечно-сосудистых осложнений (ССО), позволяющий своевременно мониторировать целевые показатели (ЦП). У этой группы пациентов крайне важен контроль за качеством медицинской помощи в амбулаторных условиях. В настоящее время ДН регламентируется Порядком проведения ДН за взрослыми (далее – Порядок) [4]. В пер-

вые 12 мес после перенесенного ИМ ДН за больными осуществляет врач-кардиолог, после чего в неосложненных случаях продолжается наблюдение врачом-терапевтом. Одним из важных аспектов ДН является двухгодичное бесплатное лекарственное обеспечение (БЛО), проводимое в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (ФП БССЗ) в соответствии с утвержденным перечнем лекарственных препаратов (ЛП) [5]. Обеспечение бесплатными ЛП повышает приверженность пациентов лечению и снижает частоту ССО [2].

ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова», как головная медицинская организация по профилю «кардиология» в субъектах Центрального (ЦФО), Уральского (УФО), Сибирского (СФО) и Дальневосточного (ДФО) федеральных округов, участвует в реализации мероприятий по мониторингу, анализу качества ДН и внедрению клинических рекомендаций (КР) в муниципальных образованиях субъектов РФ в рамках ФП БССЗ. Для реализации этой задачи в 2023 г. проведен анализ эффективности ДН за пациентами, выписанными из региональных сосудистых центров и/или первичных сосудистых отделений после перенесенного ИМ.

Цель исследования – оценка качества ДН за взрослым населением после перенесенного ИМ в течение 6 мес и более после выписки из стационара, а также анализ выполне-

Информация об авторах / Information about the authors

[✉] Атюнина Ирина Валентиновна – канд. мед. наук, мл. науч. сотр. лаб. мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. E-mail: atyunina_i@mail.ru

Сорокин Евгений Владимирович – канд. мед. наук, рук. научно-организационного отд.

Долгушева Юлия Александровна – канд. мед. наук, науч. сотр. научно-организационного отд.

[✉] Irina V. Atyunina. E-mail: atyunina_i@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7771-172X

Evgeny V. Sorokin. ORCID: 0000-0001-8395-937X

Yuliya A. Dolgusheva. ORCID: 0000-0002-9326-2071

Experience in assessing the quality of dispensary observation of adults after myocardial infarction in the Central, Ural, Siberian and Far Eastern Federal Districts of the Russian Federation

Irina V. Atyunina[✉], Evgeny V. Sorokin, Yuliya A. Dolgusheva

Chazov National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia

Abstract

Aim. To evaluate the quality of dispensary observation (DO) and treatment after myocardial infarction in accordance with the current DO-algorithm and clinical guidelines (CG).

Materials and methods. A questionnaire collection of data of the quality of DO and CG compliance was conducted in 28 regions of the Russian Federation (1241 questionnaires). The quality of DO was assessed according to a number of criteria, including the timing of establishing DO and issuing prescriptions for drugs, the specialty of the doctor performing DO, the frequency of DO-visits and adherence to the diagnostic algorithm, compliance with drug prescriptions current CG.

Results. Timely DO, cardiologist's follow up of patients discharged from the hospital did not take place in all regions. The diagnostic algorithms of DO were generally followed, however, the drug therapy did not fully comply to CG, especially in beta-blockers and drugs that affect the renin-angiotensin system.

Conclusion. There is a need for further improvement of the DO of patients with myocardial infarction. The introduction, modernization of additional mechanisms that ensure the continuity and efficiency of the diagnostic, treatment process, and the optimization of drug treatment will improve the quality of outpatient cardiac care and DO.

Keywords: dispensary observation, continuity of treatment, myocardial infarction, clinical guideline, cardiologist, cardiovascular diseases, diagnostic algorithms

For citation: Atyunina IV, Sorokin EV, Dolgusheva YuA. Experience in assessing the quality of dispensary observation of adults after myocardial infarction in the Central, Ural, Siberian and Far Eastern Federal Districts of the Russian Federation. *Terapevticheskiy Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2025;97(1): 11–20. DOI: 10.26442/00403660.2025.01.203027

ния положений КР при назначении ЛП пациентам, подлечащим БЛО в рамках ФП БССЗ.

Материалы и методы

В 30 регионах ЦФО, УФО, СФО и ДФО проведен анкетный сбор данных об эффективности ДН за пациентами, выписанными из региональных сосудистых центров и/или первичных сосудистых отделений после перенесенного ИМ не менее 6 мес назад и состоящими на ДН, а также анализ исполнения КР при назначении ЛП пациентам, имеющим право на БЛО в рамках ФП БССЗ.

Анкеты заполнялись региональными специалистами на основании бумажных или электронных версий амбулаторных карт, выборка которых осуществлялась в произвольном порядке в каждом субъекте из нескольких амбулаторных организаций (центральных и районных). Сведения о больных вносились в анкеты в обезличенном виде и содержали основные данные о клиническом диагнозе, сроках выписки из стационара и постановки на ДН, проведенных обследованиях и их периодичности, датах визитов и проводимой терапии (всего 58 пунктов).

Оценка качества ДН проводилась по критериям, разработанным на основании Порядка [4]:

1. Срок назначения ДН после выписки из стационара с установленным диагнозом или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Целевое значение (ЦЗ) – установление ДН в течение 3 рабочих дней в 100% случаев.

2. Специальность врача, осуществляющего ДН за лицами, перенесшими ИМ, в течение первых 12 мес после выписки из стационара. ЦЗ – проведение ДН врачом-кардиологом в 100% случаев.

3. Интервал выдачи рецептов на ЛП после выписки из стационара и длительность действия выписанных рецептов во время ДН, преемственность лекарственной терапии. ЦЗ критерия – выдача рецептов не позднее 3 рабочих дней после выписки из стационара в 100% случаев, длительность действия рецептов – не менее 30 дней.

4. Количество повторных диспансерных визитов к врачу-кардиологу по поводу ИМ. ЦЗ – не менее 1 визита за 6 мес, не менее 2 визитов за 12 мес.

5. Соблюдение диагностического алгоритма при ДН в соответствии с положениями Порядка: проведение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), контроль за эффективностью лечения статинами на этапе ДН. ЦЗ критерия – выполнение всего объема исследований в 100% случаев (выполнение ЭКГ не менее 1 раза за 6 мес / не менее 2 раз в год; проведение ЭхоКГ не менее 1 раза в год; контроль липопротеинов низкой плотности (ЛНП) – не менее 1 раза за 6 мес / не менее 2 раз в год).

6. Соответствие медикаментозных назначений пациентам высокого риска, получающим БЛО на этапе ДН в рамках ФП БССЗ, положениям КР Минздрава России «Стабильная ишемическая болезнь сердца» [6]. Целевой критерий: доля больных, получающих терапию в соответствии с КР, от числа имеющих показания к лечению: 100%.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Microsoft Office Excel 2013 (США). Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – выборочное среднее, σ – среднеквадратическое отклонение.

Результаты

Анкеты были направлены в 30 регионов ЦФО, УФО, СФО и ДФО.

ЦФО: Владимирская область, г Москва, Ивановская область, Калужская область, Костромская область, Курская область, Липецкая область, Московская область, Орловская область, Рязанская область, Тверская область, Тульская область, Ярославская область;

УФО: Курганская область, Свердловская область, Ямало-Ненецкий автономный округ;

СФО: Республика Алтай, Иркутская область, Красноярский край, Новосибирская область, Республика Тыва, Республика Хакасия;

ДФО: Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край, Приморский край, Хабаровский край,

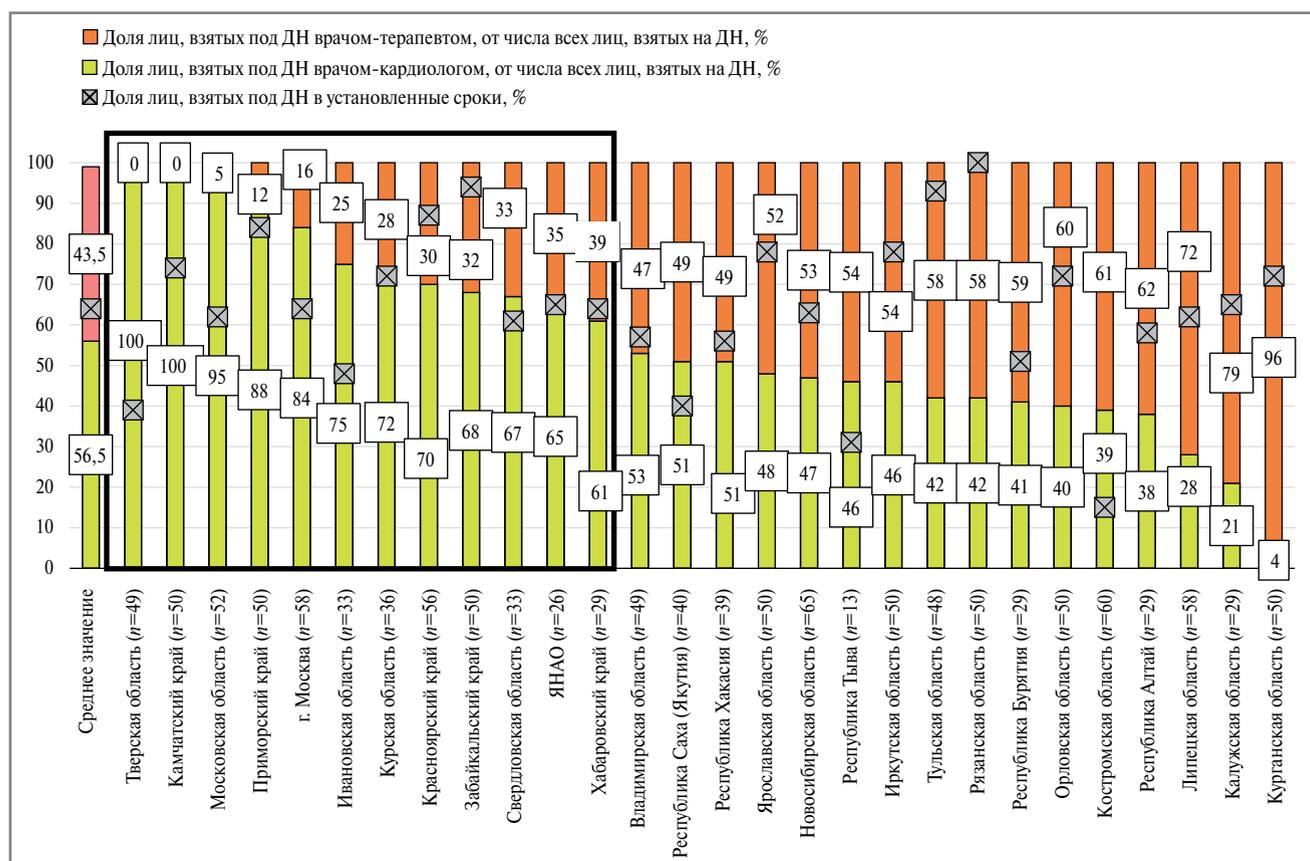


Рис. 1. Доля больных, ДН которых ведет врач-кардиолог/врач-терапевт, и больных, своевременно постановленных на ДН (%). Примечание. ЯНАО – Ямало-Ненецкий автономный округ (здесь и далее на рис. 2–5 и в табл. 1–3).

Fig. 1. Percentage of patients followed up by a cardiologist/general practitioner, and patients who are promptly enrolled in the follow-up care, %.

Камчатский край, Магаданская область, Чукотский автономный округ.

Заполненные анкеты были получены из 28 регионов в августе 2023 г. Запрошенные данные не предоставили 2 региона: Магаданская область и Чукотский автономный округ. Всего проанализирована 1241 анкета.

Сроки постановки на ДН

ДН после ИМ своевременно устанавливалось в среднем в 64±19,2% случаев в 28 регионах. Наилучший результат по срокам постановки на ДН отмечался в Рязанской области, где оно было своевременным в 100% случаев. Более чем в 90% случаев ДН было установлено в срок в Забайкальском крае, Тульской области. Менее 50% больных были своевременно взяты на ДН в Ивановской, Костромской, Тверской областях, в республиках Саха (Якутия) и Тыва (рис. 1).

Специальность врача, осуществляющего ДН

Средний показатель доли больных, наблюдающихся после перенесенного ИМ у врача-кардиолога, составил 56±23%. ДН в 100% случаев осуществлялось врачом-кардиологом только в 2 регионах из 15: в Тверской области и Камчатском крае.

В 13 регионах из 28 у врача-кардиолога, несмотря на имеющиеся показания, наблюдаются менее 50% больных. В Калужской и Курганской областях на ДН у врача-кардиолога находятся менее 1/3 больных (см. рис. 1).

Сроки выписки препаратов БЛО и выдачи рецептов после выписки

Сроки выдачи рецептов на ЛП после выписки из стационаров в регионах варьировали от 1 до 60 дней. В установленные сроки в регионах рецепты выдавались в среднем в 70±20,1% случаев. В 13±9,4% случаев рецепты выдавались в течение 3–9 рабочих дней и в 16±15,3% – в течение 10 рабочих дней и более. В ряде регионов реализована практика оформления рецептов в день выписки из стационара: в Московской, Иркутской, Костромской, Тульской, Рязанской, Владимирской, Свердловской, Тверской областях, в Забайкальском и Приморском краях.

В Рязанской, Тульской областях и Забайкальском крае в 100% случаев рецепты выдавали в течение 3 рабочих дней после выписки из стационара.

Наиболее длительный период ожидания выдачи рецептов на ЛП отмечался в Ивановской области (68% рецептов выданы через 10 дней и более), Республике Саха (Якутия) – 43% рецептов выданы через 10 дней и более (рис. 2). Стоит отметить, что в предоставленных сведениях могли быть указаны данные о выписанных рецептах на амбулаторном этапе при текущем диспансерном наблюдении, без учета рецептов, выданных непосредственно в день выписки из стационара.

При сопоставлении сроков постановки на ДН и сроков выписки препаратов БЛО в ряде регионов отмечено их неполное соответствие. В Тверской и Костромской областях при низкой доле больных, своевременно взятых на ДН (39 и 15%), льготные препараты выписаны своевременно в 88 и

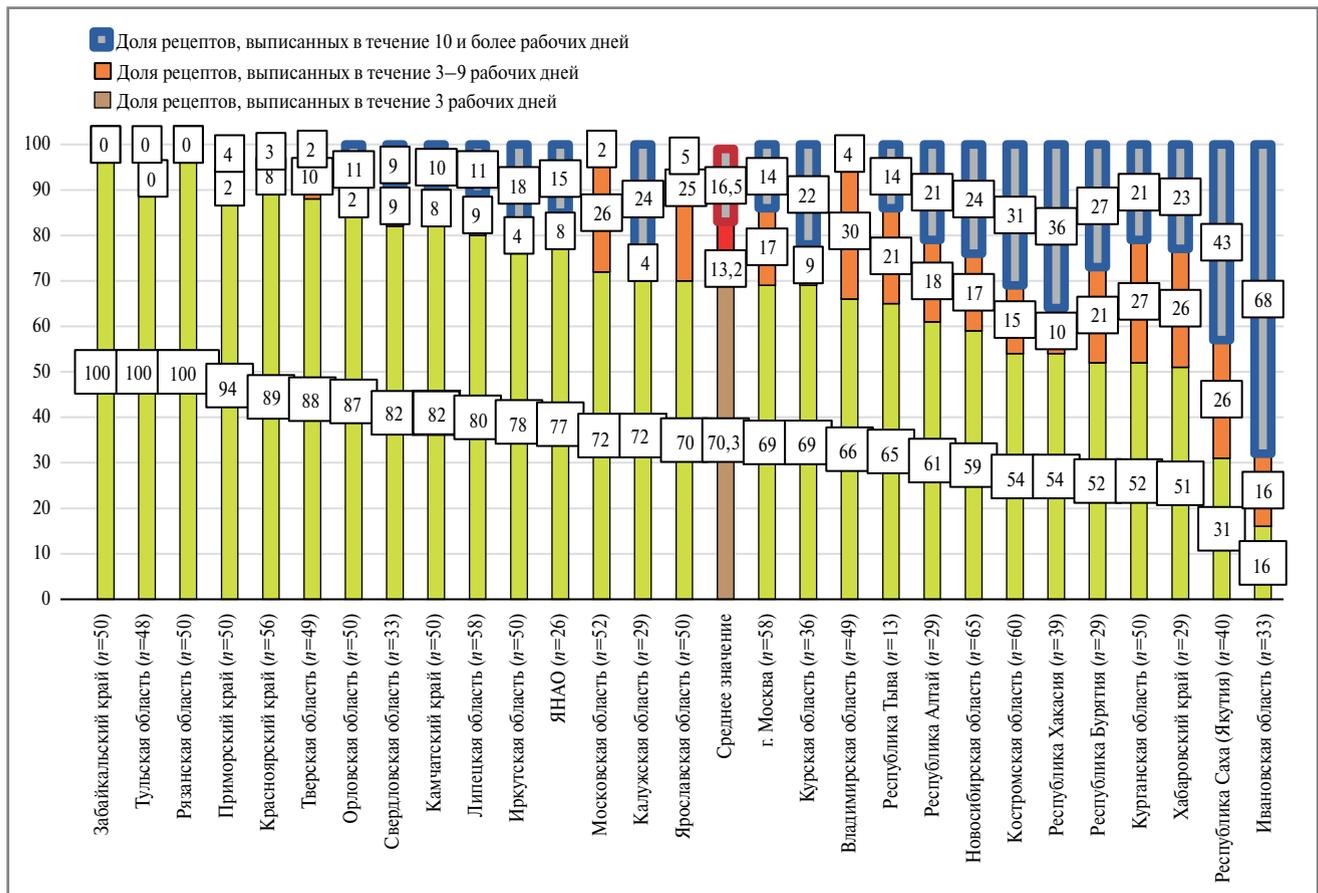


Рис. 2. Доля пациентов по сроку выдачи рецептов БЛО в рамках ФП БССЗ больным с ИМ, выписанным из стационара (%).

Fig. 2. Percentage of patients with myocardial infarction (MI) discharged from the hospital by the terms of writing prescriptions for fully reimbursed drugs within the Federal Project "Combating Cardiovascular Diseases".

95% случаев соответственно. В Курганской, Ивановской областях и Хабаровском крае больные, взятые на ДН в установленные сроки, в большинстве случаев не были своевременно обеспечены рецептами (рис. 3). Подобные расхождения могут свидетельствовать о недостаточно качественном ведении медицинской документации, неотлаженном механизме контроля постановки на ДН и выписки льготных ЛП.

Срок действия выданных рецептов варьировал в разных регионах от 30 до 180 дней, в среднем 102 ± 46 дней. Наименьший срок действия рецептов (7 дней) отмечался в Рязанской области. В 22 из 28 регионов минимальная продолжительность действия рецептов составила 30 дней. Максимальная длительность действия рецептов – до 180 дней – отмечалась в г. Москве, Московской, Костромской, Ярославской областях, Хабаровском крае, Ямало-Ненецком автономном округе (табл. 1).

Частота диспансерных визитов больных к врачу-кардиологу и врачу-терапевту после перенесенного ИМ

Периодичность диспансерных осмотров врачом-кардиологом больных, перенесших ИМ, должна быть не реже 2 визитов в год [4]. Однако во многих регионах ДН проводится терапевтом, что может быть обусловлено кадровым дефицитом кардиологов. С учетом сказанного проводилась оценка диспансерных посещений как кардиолога, так и терапевта. Рекомендованная частота визитов к врачу в 28 регионах по поводу ДН соблюдалась в среднем в $70 \pm 17,8\%$ случаев

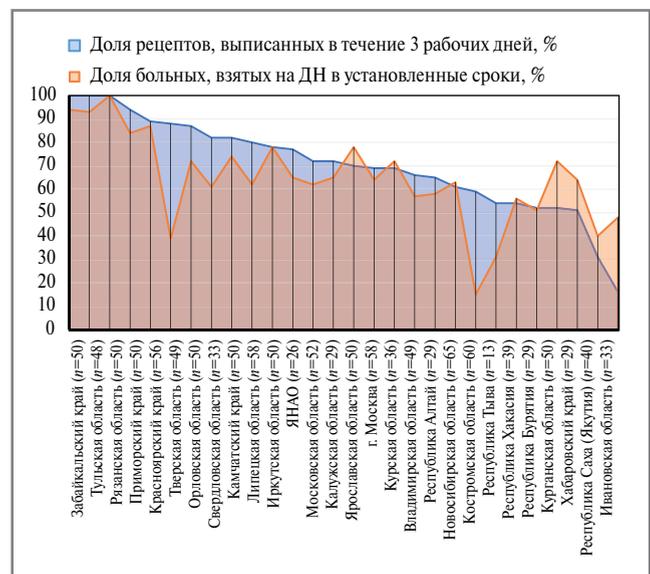


Рис. 3. Доля больных, своевременно поставленных на ДН, и доля рецептов, выписанных в установленные сроки (%).

Fig. 3. Percentage of patients promptly enrolled in the follow-up care, and the percentage of prescriptions written within the required time period, %.

Таблица 1. Сроки действия выданных рецептов на льготные ЛП**Table 1. Validity of written prescriptions for reimbursed medicinal products**

Название региона	Срок действия выданных рецептов, дни	
	min	max
Владимирская область, n=49	30	90
Москва, n=58	30	180
Забайкальский край, n=50	90	90
Ивановская область, n=33	30	90
Иркутская область, n=50	30	90
Калужская область, n=29	30	90
Камчатский край, n=50	30	90
Костромская область, n=60	30	180
Красноярский край, n=56	30	90
Курганская область, n=5	30	90
Курская область, n=36	30	90
Липецкая область, n=58	30	90
Московская область, n=52	30	180
Новосибирская область, n=65	30	90
Орловская область, n=50	30	30
Приморский край, n=50	30	90
Республика Алтай, n=29	30	30
Республика Бурятия, n=29	30	90
Республика Саха (Якутия), n=40	30	90
Республика Тыва, n=13	30	90
Республика Хакасия, n=39	60	90
Рязанская область, n=50	7	7
Свердловская область, n=33	30	90
Тверская область, n=49	90	90
Тульская область, n=48	90	90
Хабаровский край, n=25	30	180
ЯНАО, n=26	90	180
Ярославская область, n=50	30	180

(рис. 4). В 14 из 28 регионов минимальная частота диспансерных приемов больных, перенесших ИМ в рамках ДН, была ниже среднего показателя. В 3 регионах (Курганской, Липецкой и Рязанской областях) менее 1/2 больных своевременно посетили кардиолога/терапевта по поводу ДН.

Соблюдение диагностического алгоритма при ДН

Проводилась оценка соблюдения рекомендованного стандарта диагностического обследования больных после перенесенного ИМ, находящихся на ДН, включающего проведение ЭКГ и ЭхоКГ, контроля показателя холестерина низкой плотности (ХС-ЛНП).

В 28 регионах ЭКГ проводилось в среднем в $96 \pm 7,6\%$ случаев с рекомендованной частотой не менее 2 раз в год или 1 раза в 6 мес (рис. 5).

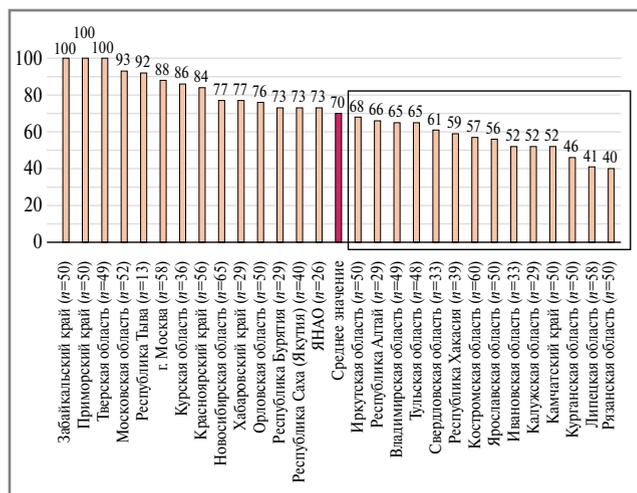


Рис. 4. Доля пациентов, своевременно посетивших врача-кардиолога/врача-терапевта после перенесенного ИМ (не менее 1 раза за 6 мес), %.

Fig. 4. Percentage of patients who visited a cardiologist/general practitioner after MI within the given timeframe (at least once in 6 months), %.

Выполнение ЭхоКГ с рекомендованной частотой не менее 1 раза в год проводилось в представленных регионах в среднем в $73 \pm 20,5\%$ случаев (при сроке ДН менее 12 мес показатель не учитывался).

Реже всего ЭхоКГ больным на ДН выполнялось в 3 регионах из 15: в Костромской и Рязанской областях, Камчатском крае.

Своевременный контроль за уровнем ХС-ЛНП проводился в среднем в $63 \pm 23\%$ случаев. В Забайкальском крае у всех больных, находящихся на ДН по поводу перенесенного ИМ, осуществлялся контроль достижения ЦП ЛНП с рекомендованной частотой (не менее 2 раз в год, не реже 1 раза в 6 мес). Реже других показатели липидограммы контролировались в Камчатском крае, Рязанской и Тульской областях.

Наибольшее соответствие диагностическим алгоритмам Порядка ДН отмечалось в 2 регионах из 28: в Забайкальском крае и Тверской области, где большинству больных, находящихся на ДН, были выполнены ЭКГ, ЭхоКГ и проводился контроль ХС-ЛНП с рекомендуемой частотой.

Преимущество лекарственной терапии на амбулаторном этапе

Соблюдение принципа преимущественности лекарственной терапии на амбулаторном этапе ДН за лицами, перенесшими ИМ, – важное условие вторичной профилактики ССО. В 11 из 28 регионов преимуществом соблюдена в 100% случаев (табл. 2). В 4 регионах сведения о преимущественности частично не предоставлены, в связи с чем однозначно судить о показателе не представляется возможным. Однако во Владимирской области преимуществом была соблюдена только в 69% случаев, и в 14% случаев данные отсутствовали.

Оценка преимущественности проводилась врачами на местах в процессе анализа медицинской документации с дальнейшим занесением сведений в анкеты, в связи с чем нельзя исключать возможные погрешности при формировании данных, а также субъективный подход к оценке проводимой терапии.

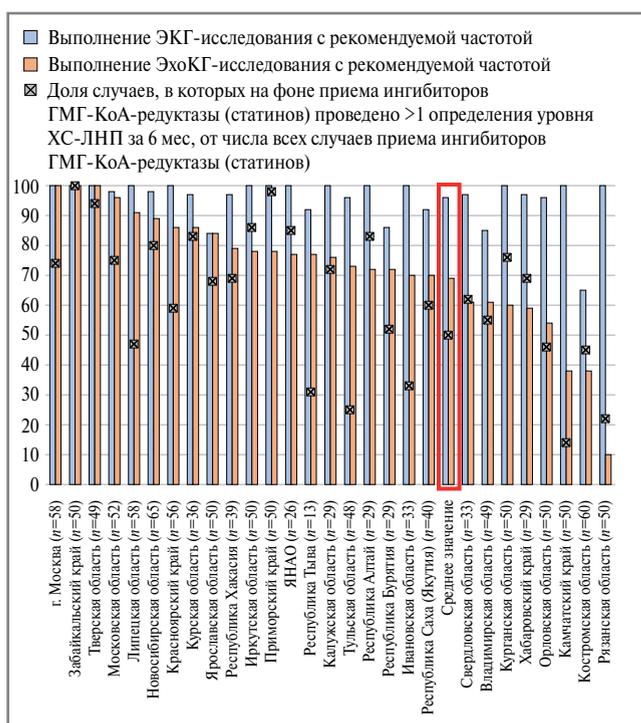


Рис. 5. Доля пациентов, выполнивших диагностические алгоритмы (ЭКГ, ЭхоКГ, контроль ХС-ЛНП), %.

Fig. 5. Percentage of patients who completed diagnostic algorithms (ECG, EchoCG, serial LDL-C), %.

Соответствие проводимой терапии КР

Соответствие лекарственной терапии, назначаемой в амбулаторных условиях, оценивалось на основании положений КР Минздрава России «Стабильная ишемическая болезнь сердца» [6].

Анализ соответствия проводился на основании следующих данных: диагноз, перечень назначенных препаратов, дозировки, указания на имеющиеся противопоказания. Допускалось неназначение препаратов или назначение в сниженных дозах при имеющихся противопоказаниях или иных обоснованных причинах. Всего было проанализировано 1102 анкеты. Исключено из анализа 139 анкет по причине частичного заполнения данных. Соответствие проводимой терапии КР в полной мере не удалось оценить в Камчатском крае и Ивановской области в связи с некачественно заполненными анкетными данными.

Рассчитывались следующие показатели:

1. Доля лиц, у которых лечение ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (статины) проводилось в сниженной дозе или отсутствовало без обоснования, %.
2. Доля лиц, у которых лечение препаратами, влияющими на ренин-ангиотензиновую систему (РАС), проводилось в сниженной дозе или отсутствовало без обоснования, %.
3. Доля лиц, у которых лечение β -адреноблокаторами (β -АБ) проводилось в сниженной дозе или отсутствовало без обоснования, %.
4. Доля лиц, у которых лечение ингибиторами агрегации тромбоцитов проводилось в сниженной дозе или отсутствовало без обоснования, %.
5. Доля лиц, у которых лечение антикоагулянтами безосновательно не проводилось, несмотря на имеющиеся показания, %.

Таблица 2. Соблюдение преемственности лекарственной терапии при диспансерном наблюдении

Table 2. Compliance with the continuity of drug therapy during follow-up care

Регион	+	-
Забайкальский край, n=50	100	0
Ивановская область, n=33	100	0
Иркутская область, n=50	100	0
Калужская область, n=29	100	0
Красноярский край, n=56	100	0
Курганская область, n=50	100	0
Курская область, n=36	100	0
Орловская область, n=50	100	0
Республика Алтай, n=29	100	0
Тверская область, n=49	100	0
Хабаровский край, n=25	100	0
Московская область, n=52	98	0
Тульская область, n=48	98	0
Республика Хакасия, n=39	97	0
Свердловская область, n=33	97	3
Приморский край, n=50	96	0
ЯНАО, n=26	96	0
г. Москва, n=58	93	0
Липецкая область, n=58	93	2
Новосибирская область, n=65	92	8
Республика Саха (Якутия), n=40	92	8
Республика Тыва, n=13	92	0
Рязанская область, n=50	92	0
Ярославская область, n=50	92	8
Республика Бурятия, n=29	89	11
Костромская область, n=60	87	13
Камчатский край, n=50	76	22
Владимирская область, n=49	69	14

Примечание. + Обеспечение преемственности лекарственной терапии на амбулаторном этапе, %;
- нет данных о преемственности лекарственной терапии на амбулаторном этапе, %.

Ни в одном регионе, представившем данные о лечении на этапе ДН лиц, перенесших ИМ, не обеспечено полное соблюдение нозологических КР в части назначения и проведения медикаментозного лечения бесплатными ЛП в рамках ФП БССЗ.

На рис. 6 представлены усредненные показатели, основанные на данных 1102 анкет из 28 регионов. Наибольшая частота несоблюдения КР отмечалась при назначении β -АБ (41%) и препаратов, влияющих на РАС (40%).

Чаще всего несоответствия медикаментозных назначений КР отмечались в Орловской области, Республике Бурятия, Забайкальском крае, Ярославской области, Рязанской области, Владимирской области, г. Москве. В перечисленных регионах полное соответствие КР отмечалось менее чем в 1/3 случаев. Наиболее часто дефекты назначения

Таблица 3. Соблюдение КР при лечении больных, находящихся на ДН (%)**Table 3. Compliance with clinical guidelines during follow-up care, %**

Регион	Доля лиц, у которых лечение препаратами проводится в сниженной дозе или отсутствует без основания					
	ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины)	препараты, влияющие на РАС	β -АБ	ингибиторы агрегации тромбоцитов	антикоагулянты	лечение полностью соответствует КР
Камчатский край, n=29	3	93	38	55	55	0*
Ивановская область, n=33	6	61	82	0	3	3**
Орловская область, n=50	8	94	86	0	0	6
Республика Бурятия, n=28	14	57	64	7	7	21
Забайкальский край, n=50	0	28	66	0	16	22
Ярославская область, n=48	2	69	58	4	4	25
Рязанская область, n=50	2	18	66	0	0	26
Владимирская область, n=30	10	50	53	3	7	27
г. Москва, n=52	8	52	60	2	0	27
Костромская область, n=48	21	48	54	10	15	31
ЯНАО, n=18	6	39	61	6	6	33
Хабаровский край, n=32	16	34	22	3	9	38
Калужская область, n=22	41	41	36	0	0	41
Приморский край, n=50	2	30	40	4	12	42
Курганская область, n=49	18	31	37	0	0	45
Красноярский край, n=54	6	32	22	4	0	48
Иркутская область, n=46	11	26	40	4	0	50
Курская область, n=32	3	16	28	3	13	50
Новосибирская область, n=65	3	31	43	0	3	51
Республика Хакасия, n=36	0	36	25	14	3	56
Республика Тыва, n=10	0	30	10	0	30	60
Свердловская область, n=23	13	39	48	4	0	61
Республика Саха (Якутия), n=36	0	25	22	6	14	61
Тверская область, n=33	0	24	33	0	0	61
Московская область, n=52	8	20	22	4	8	64
Республика Алтай, n=25	8	24	16	4	4	68
Липецкая область, n=51	2	22	22	8	2	73
Тульская область, n=50	2	0	0	2	4	88

* Нет качественных данных, **низкое качество данных.

выявлялись для препаратов, влияющих на РАС, β -АБ, и в меньшей степени – ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов); **табл. 3.** Наиболее высокий уровень соответствия назначений КР отмечался в Тульской области (88%).

Обсуждение

Согласно требованиям Порядка проведения ДН за взрослыми, лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями должны быть поставлены на ДН не позднее 3 рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а наблюдение пациентов, перенесших ИМ, в первые 12 мес должно осуществляться

врачом-кардиологом [4]. Реализовать эти положения в полной мере можно при наличии компетентных кадровых ресурсов, достаточной материально-технической базы, функционирующей медицинской информационной системы (МИС), позволяющей обеспечить полную интеграцию медицинских организаций как стационаров, так и амбулаторного звена, а также организационных решений, позволяющих компенсировать недостатки того или иного этапа. Результаты нашего анализа демонстрируют недостаточно отлаженную преемственность между стационарным и амбулаторным этапами в большинстве регионов ЦФО, УФО, СФО, ДФО. Только в Приморском крае за больными, перенесшими ИМ, своевременно устанавливается ДН врачом-кардиологом. В ряде других регионов (Рязанская, Тульская области) при своевременной постановке больных



Рис. 6. Доля пациентов, находящихся на ДН, лечение которых не соответствует КР терапии после перенесенного ИМ, % ($n=1102$).

Fig. 6. Proportion of patients enrolled in follow-up care whose treatment does not comply with clinical guidelines after MI, % ($n=1,102$).

на ДН дальнейшее наблюдение более чем в 1/2 случаев фактически осуществляется врачом-терапевтом.

Важным условием преемственности является своевременная передача информации. Наиболее распространены следующие механизмы передачи информации: через защищенные электронные каналы связи (VipNet) из стационара в поликлинику; прямая запись на прием к кардиологу или терапевту при выписке с указанием даты и времени посещения; передача выписных эпикризов на руки больным для дальнейшего обращения в поликлинику по месту жительства. С развитием МИС появляется возможность автоматической передачи сведений о больных при выписке из стационара. В Забайкальском крае, Рязанской области, где в МИС используется данная функция, отмечается высокая степень преемственности, что свидетельствует об эффективности и перспективности этого способа.

Соблюдение сроков постановки на ДН – важное условие его эффективности, так как обеспечивает непрерывность проводимого медикаментозного лечения. В соответствии с перечнем ЛП, утвержденным приказом Минздрава России №639н [5], больные, перенесшие сердечно-сосудистые события при постановке на ДН, имеют возможность БЛО на протяжении двух лет [5]. Льготное получение препаратов позволяет повысить приверженность больных назначенной терапии и ДН. Это существенный фактор, так как даже кратковременная отмена антиагрегантных препаратов может привести к развитию тромбоза коронарных артерий [2]. По результатам проведенного анализа в 28 регионах ЦФО, УФО, СФО и ДФО, сроки своевременной выдачи льготных рецептов соблюдались в 70% случаев. Наиболее высокие показатели отмечались в тех регионах, где успешно реализована практика оформления рецептов в

день выписки из стационара: в Рязанской и Тульской областях, Забайкальском крае. Преемственность лекарственной терапии на амбулаторном этапе в большинстве регионов сохранена.

Важным аспектом вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является не только продолжение лекарственной терапии, но и регулярность ДН, проведение необходимого объема диагностических исследований и коррекция назначений для достижения ЦП артериального давления, частоты сердечных сокращений, показателей ХС-ЛНП. В настоящее время в 28 регионах ЦФО, УФО, СФО и ДФО рекомендованная периодичность визитов к врачу по поводу ДН отмечается в 70% случаев. Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) пациентов после перенесенного ИМ рамках ДН должна составлять не менее 2 раз в год [4]. Только в 3 регионах частота посещений врача по поводу ДН соответствовала требованиям Порядка, а в Курганской, Липецкой и Рязанской областях этот показатель составил менее 50%. Основными причинами несоблюдения периодичности диспансерных визитов могут являться: недостаточная осведомленность специалистов, ответственных за проведение ДН; нарушение механизмов взаимодействия между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и медицинской организацией [7]. Кроме того, частой причиной является несовершенство ведения отчетной документации как бумажной, так и в МИС (при ее эксплуатации), когда врач, проводящий ДН, не вносит в карту больного сведений о проведенном осмотре или запись носит формальный характер. Косвенным подтверждением может быть доля больных, своевременно посетивших врача по поводу ДН. Например, в Курганской области данный показатель один из самых низких – 46%, в то время как доля своевременно выполненных обследований с рекомендованной частотой в рамках ДН, таких как ЭКГ, ЭхоКГ и контроль ХС-ЛНП, составила 100, 60 и 76% соответственно. Данное расхождение может свидетельствовать о дефектах внесения записей о ДН в карту больного, когда при фактическом наблюдении документация не ведется. Подобные несоответствия отмечаются в Ярославской и Калужской областях и в меньшей степени в Республике Хакасия.

Анализ амбулаторных карт показал, что проводимое медикаментозное лечение ни в одном регионе не имело полного соответствия КР. Наибольшие затруднения врачи испытывают с назначением препаратов, влияющих на РАС, и β-АБ, либо выписывая низкие дозировки, либо не проводя их коррекцию при имеющихся показаниях или вовсе исключая из перечня. Несоблюдение клинических алгоритмов, возможно, обусловлено недостаточным уровнем знаний КР и низкой мотивацией врачей. Кроме того, в ряде регионов доступность кардиологической амбулаторной помощи снижена в связи с кадровым дефицитом врачей-кардиологов [2]. В некоторых регионах большинство больных, находящихся на ДН после перенесенного ИМ, в первые 12 мес наблюдают врачи-терапевты, как, например, в Курганской, Калужской, Липецкой областях. С учетом сказанного становится актуальным совершенствование системы контроля качества медицинской помощи в амбулаторных медицинских организациях. Оптимальным представляется автоматизация процесса с внедрением автоматического контроля в МИС, кроме того, перспективно внедрение систем поддержки принятия врачебных решений для снижения возможности допущения врачебных ошибок и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Ограниченная доступность специализированной помощи – важный фактор, снижающий качество ДН. Один из механизмов, позволяющих компенсировать кадровый дефицит кардиологов, повысить качество ДН, особенно в удаленных районах, – централизация кардиологической помощи с организационно-методической поддержкой кардиологических диспансеров, а также использование дистанционных технологий консультирования [8]. Так, в Тульской области, где практикуется опыт очных и телемедицинских консультаций специалистами кардиологического диспансера амбулаторных пациентов из отдаленных районов, отмечается наиболее высокая степень соответствия КР.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования амбулаторной кардиологической помощи, и в настоящее время имеются резервы для повышения качества ДН больных. Внедрение и усовершенствование медицинских систем с интеграцией медицинских организаций на всех этапах позволит обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса, а выдача рецептов для льготного лекарственного обеспечения одновременно с выписными эпикризами позволит исключить прерывание лечения на этапе выписки. Высокой эффективности ДН способствует квалифицированное лечение и своевременное и комплексное обследование, в связи с чем необходимо внедрять автоматизированный контроль качества с использованием МИС, системы поддержки принятия врачебных решений, что позволит снизить затраты временных ресурсов при оказании кардиологической помощи, устранить возможные дефекты при построении диагностического и лечебного алгоритмов.

Кроме того, в условиях кадрового дефицита врачей-кардиологов в ряде регионов следует разрабатывать и внедрять механизмы дистанционного консультирования больных в удаленных регионах, а также проводить усиление организационно-методической поддержки амбулаторной кардиологической помощи путем создания или усовершенствования консультативных центров на базе кардиологических диспансеров.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

БЛО – бесплатное лекарственное обеспечение
БСК – болезни системы кровообращения
ДН – диспансерное наблюдение
ДФО – Дальневосточный федеральный округ
ИМ – инфаркт миокарда
КР – клинические рекомендации
ЛП – лекарственный препарат
МИС – медицинская информационная система
РАС – ренин-ангиотензиновая система
ССО – сердечно-сосудистые осложнения
СФО – Сибирский федеральный округ

УФО – Уральский федеральный округ
ФП БССЗ – Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
ХС-ЛНП – липопротеины низкой плотности
ЦЗ – целевое значение
ЦП – целевые показатели
ЦФО – Центральный федеральный округ
ЭКГ – электрокардиография
ЭхоКГ – эхокардиография
β-АБ – β-адреноблокаторы

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Российский статистический ежегодник. М., Росстат. 2021. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2022.pdf. Ссылка активна на 29.09.2023 [Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik. Moscow, Rosstat. 2022. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2022.pdf. Accessed: 29.09.2023 (in Russian)].
2. Бойцов С.А., Проваторов С.И. Возможности диспансерного наблюдения в снижении смертности от ишемической болезни сердца. *Терапевтический архив*. 2023;95(1):5-10 [Boytsov SA, Provatorov SI. Possibilities of dispensary observation in reducing mortality from coronary heart disease. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2023;95(1):5-10 (in Russian)]. DOI:10.26442/00403660.2023.01.202038
3. Viana-Tejedor A, Loughlin G, Fernández-Avilés F, Bueno H. Temporal trends in the use of reperfusion therapy and outcomes in elderly patients with first ST elevation myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2015;4(5):461-7. DOI:10.1177/2048872614565928
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». *Российская газета*. 22.04.2022. Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2022/04/22/minzdravprikaz168-site-dok.html>. Ссылка активна на 29.09.2023 [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii ot 15.03.2022 №168n "Ob utverzhdenii poriadka provedeniia dispansernogo nabludeniia za vzroslymi". *Russian newspaper*. 04.22.2022. Available at: <https://rg.ru/documents/2022/04/22/minzdrav-prikaz168-site-dok.html>. Accessed: 29.09.2023 (in Russian)].
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 №639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выпол-

- нены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства». *Российская газета*. 28.10.2022. Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2022/10/28/minzdrav-prikaz639-site-dok.html>. Ссылка активна на 29.09.2023 [Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.09.2022 №639н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в телиах обеспечения в амбулаторных условиях lits, nakhodiashchikhsia pod dispansernym nabludeniem, kotorye perenesli ostroe narushenie mozgovogo krovoobrashcheniia, infarkt miokarda, a takzhe kotorym vypolneny aortokoronarnoe shuntirovanie, angioplastika koronarnykh arterii so stentirovaniem i kateternaia abliatsiia po povodu serdechno-sosudistykh zabolevanii, v techenie 2 let s daty postanovki diagnoza i (ili) vypolneniia khirurgicheskogo vmeshatelstva". *Russian newspaper*. 22.09.2023. Available at: <https://rg.ru/documents/2022/10/28/minzdrav-prikaz639-site-dok.html>. Accessed: 14.11.2022 (in Russian)].
6. Российское кардиологическое общество (РКО). Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации. 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4076 [Russian Society of Cardiology (RSC). Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. 2020. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(11):4076 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2020-4076
7. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Калинина А.М., и др. Организационные аспекты оценки качества диспансерного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца стабильного течения участковыми врачами-терапевтами. *Профилактическая медицина*. 2021;24(9):6-16 [Drapkina OM, Shepel RN, Kalinina AM, et al. Organizational context of quality assessment of follow-up care for patients with stable coronary heart disease by primary care general practitioners. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2021;24(9):6-16 (in Russian)]. DOI:10.17116/profmed2021240916
8. Бойцов С.А., Ефремова Ю.Е., Лазарева Н.В., и др. Пути совершенствования амбулаторной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Национальное здравоохранение*. 2021;2(4):5-11 [Boytsov SA, Efremova YuE, Lazareva NV, et al. Ways to improve outpatient care for cardiovascular diseases. *National Health Care (Russia)*. 2021;2(4):5-11 (in Russian)]. DOI:10.47093/2713-069X.2021.2.4.5-11

Статья поступила в редакцию / The article received: 09.11.2023