

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

**Апресян Артур Юрьевич**

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

**Научные консультанты:**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Борщук Евгений  
Леонидович

Оренбург – 2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	7
<b>Глава 1</b>	
Оказание медицинской помощи при ЗПА .....	20
<b>Глава 2</b>	
Методология и методы исследования.....	54
<b>Глава 3</b>	
Распространенность ЗПА в РФ .....	82
3.1. Распространенность ЗПА по данным медицинской статистики .....	84
3.2. Динамика объемов оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА в Санкт-Петербурге .....	104
<b>Глава 4</b>	
Организация медицинской помощи пациентам с ЗПА на амбулаторном этапе .....	108
<b>Глава 5</b>	
Предоставление специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА .....	132
5.1. Объемы оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам с ЗПА .....	133
5.2. Медико-статистическая характеристика пациентов с ЗПА, получивших специализированную медицинскую помощь .....	143
<b>Глава 6</b>	
Оценка пациентами с ЗПА организации им медицинской помощи .....	152
6.1. Анализ удовлетворенности пациентов организацией первичной медико-санитарной помощи .....	152
6.2. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в федеральной клинике .....	161
6.3. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в консультативно-диагностическом центре .....	165
6.4. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской	

помощи в многопрофильном стационаре .....	170
6.5. Анализ информационной доступности медицинской помощи для пациентов с ЗПА .....	176
<b>Глава 7</b>	
Анализ мнения врачей об организации медицинской помощи пациентам с ЗПА .....	181
<b>Глава 8</b>	
Перспективы совершенствования организации медицинской помощи пациентам с ЗПА .....	199
8.1. Совершенствование учета заболеваний периферических артерий .....	199
8.2. Подходы к совершенствованию организации первичной медико- санитарной медицинской помощи пациентам с ЗПА .....	202
8.3. Подходы к совершенствованию организации специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА .....	221
8.4. Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА и оценке его эффективности .....	225
<b>Заключение</b> .....	235
<b>Выводы</b> .....	243
<b>Практические рекомендации</b> .....	245
<b>Перспективы дальнейшей разработки темы</b> .....	249
<b>Список литературы</b> .....	258
Приложение А «Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в РФ» .....	307
Приложение Б «Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в ряде субъектов РФ» .....	308
Приложение В «Карта изучения заболеваемости БСК, в том числе БПА в Санкт-Петербурге по данным медицинской статистики» .....	308
Приложение Г «Карта изучения заболеваемости БСК, в том числе БПА в Санкт-Петербурге по данным об оказанной медицинской помощи» .....	310
Приложение Д «Карта изучения организации динамического наблюдения больных с ЗПА в РФ по данным медицинской статистики» .....	311

Приложение Е «Карта изучения организации динамического наблюдения больных ЗПА в Санкт-Петербурге» .....	312
Приложение Ж «Карта оценки организации медицинской помощи в ДС при ЗПА в Санкт-Петербурге» .....	313
Приложение З «Карта изучения госпитализированной заболеваемости ЗПА в Санкт-Петербурге» .....	314
Приложение И «Карта изучения объемов специализированной медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге» .....	316
Приложение К «Карта случая стационарного лечения больного с ЗПА» .....	317
Приложение Л «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании ПМСП в РФ» .....	318
Приложение М «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в КДЦ» .....	320
Приложение Н «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА о медицинской помощи в стационаре .....	322
Приложение О «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в федеральной клинике» .....	323
Приложение П «Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской помощи при ЗПА» .....	325
Приложение Р «Карта оценки врачебных ресурсов при оказании медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге» .....	326
Приложение С «Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при БСК, в том числе ЗПА» .....	327
Приложение Т «Методические рекомендации. Осуществление учета заболеваний периферических артерий в формах ведомственного статистического наблюдения» .....	329
Приложение У «Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА» .....	338
Приложение Ф «Методические рекомендации. Формирование региональных нормативов планирования специализированной медицинской помощи больным с ЗПА» .....	361

Приложение X «Рекомендации по обоснованию, расчету и внедрению дополнительных показателей оценки реализации федерального проекта «Борьба с болезнями системы кровообращения» .....	367
Приложение Ц «Положение о порядке взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий».....	378
Приложение Ч «Программа повышения квалификации «Основы диагностики и лечения ЗПА» .....	391
Приложение Ш «Анкета изучения мнения врача об оказании медицинской помощи при ЗПА» .....	393
Приложение Щ «Записная книжка диспансерного пациента» .....	395

**Список сокращений:**

АКО – амбулаторно-консультативное отделение

БСК – болезни системы кровообращения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – врач общей практики

ДН – диспансерное наблюдение

ДС – дневной стационар

ЗПА – заболевания периферических артерий

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КДЦ – консультативно-диагностический центр

МЗ – Министерство здравоохранения

МО – медицинская организация

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

СПб – Санкт-Петербург

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФО – Федеральный округ

ЦВБ – цереброваскулярная болезнь

ЭКГ - электрокардиография

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной смертности населения в мире (Чазова И.Е., 2015, Баланова Ю.А. с соавт., 2021, Будаев Б. С. с соавт., 2021, Desormais I. et al., 2015, Timmis A. et al., 2020). Контроль их распространенности – серьезная медико-социальная задача здравоохранения, решение которой позволит сгладить неблагоприятный фон человеческих потерь, оптимизировать ресурсные затраты на оказание медицинской помощи (Артамонова Г.В., Максимов С.А., 2017, Бойцов С.А., Драпкина О.М., 2021, Shahu A. et al., 2019). В Российской Федерации (РФ) особое внимание к этому вопросу обозначено указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 – в рамках национального проекта «Здравоохранение» снижение смертности населения от БСК является одной из стратегических задач развития страны (Фисенко В.С. с соавт., 2021).

По данным исследований (Бегун Д.Н. с соавт., 2019, Савина А.А. с соавт., 2021) распространенность БСК среди взрослого населения РФ в 2019 году составила 31949,8 на 100 тыс. населения. Несмотря на мероприятия по снижению заболеваемости и смертности от этих причин (Лазарев А.В. с соавт., 2020, Шляхто Е.В., Баранова Е.И., 2020, Погосова Р.Г. с соавт., 2020), наблюдается существенный рост показателя – на 17,1% в последнее десятилетие, что демонстрирует необходимость поиска дополнительных эффективных путей корректировки негативных факторов распространенности БСК, основанных на раннем выявлении, контроле течения и своевременном лечении патологических состояний, отнесенных к этой группе (Остроумова О.Д., 2018, Потемкина Р.А. с соавт., 2021).

Каждая нозология из группы БСК, имеющая коморбидную основу развития глобальных сосудистых катастроф, должна быть под особым вниманием системы здравоохранения (Оганов Р.Г., 2015, Подзолков В.И., 2015, Оганов Р.Г., Драпкина О.М., 2016, Барбараш О.Л. с соавт., 2020, Драпкина О.М. с соавт., 2021, Toms R. Et al., 2019). К таким патологиям с уверенностью можно отнести

заболевания периферических артерий (ЗПА), своевременное и планомерное оказание медицинской помощи при которых практически исключает риск возникновения фатальных угроз и позволяет обеспечить должное качество жизни пациента на фоне минимизации ресурсных затрат здравоохранения. Контроль показателей здоровья пациента и проводимой на постоянной основе терапии, корректировка влияния усугубляющих течение заболевания факторов в процессе динамического наблюдения, преемственность оказания медицинской помощи на различных этапах являются наиболее важными компонентами оказания медицинской помощи при ЗПА (Кайли А.Е., 2011, 2012, Зубко А.В. с соавт., 2017, Насонова С.Н. с соавт., 2021, Ежов М.В. с соавт., 2021).

При этом, действующий порядок проведения диспансерного наблюдения (ДН) за взрослыми не уделяет должного внимания оказанию медицинской помощи больным ЗПА, в частности не устанавливает норм по их профилактическим осмотрам, что препятствует оказанию им своевременной медицинской помощи, требует определения места этих пациентов в структуре динамического наблюдения больных БСК. Осложнения этой группы заболеваний, требующие хирургического лечения, вплоть до ампутации конечностей, сопряжены с тяжелыми последствиями для здоровья человека, инвалидизацией, потребностью в медицинской реабилитации, что несет значительные ресурсные затраты, не только в сфере здравоохранения, но и в других областях (Гавриленко А.В. с соавт, 2014, Селезнев В.В. с соавт., 2014, Белов Ю.В., Винокуров И. А., 2015, Кухарчук В.В., 2020, Hess C.N. et al., 2018). Случаи ампутаций нижних конечностей довольно распространены (до 1000 на 1 млн. населения), причиной более половины из них являются окклюзирующие заболевания артерий нижних конечностей (Зудин А.М., с соавт., 2014, Norgren L. et al., 2007). При этом вынужденное смещение акцентов в оказании медицинской помощи больным ЗПА в пользу специализированных методов лечения, в том числе в экстренном порядке, свидетельствует о недостатках профилактической работы с больными этой группы и больными коморбидными заболеваниями.



Одним из эффективных инструментов совершенствования медицинской помощи больным ЗПА, повышения преемственности между отдельными этапами их лечения, видится разработка и внедрение порядка оказания им медицинской помощи, а также их облигатного медико-статистического учета, проводимого, в том числе, путем ведения соответствующего регистра больных (Сергеев А.С., 2011, Виллевалде А.Е. с соавт., 2021, Májek O. et al., 2017). По оценкам специалистов, регистры рассматриваются как важный компонент полностью разработанных программ лечения и профилактики заболеваний, скрининговых программ (Li G. et al. 2016, Марцевич С.Ю. с соавт., 2021). В этой связи оптимизация организации медицинской помощи больным ЗПА, основанная на информационно-аналитической базе регистра ее предоставления на всех этапах, в целях создания условий ее преемственности, доступности и качества оказания больным этой группы, видится особенно актуальной в современных условиях.

**Степень разработанности темы исследования.** При несомненной актуальности вопросов совершенствования ДН при БСК, в том числе ЗПА данное направление деятельности медицинских организаций (МО) нельзя считать в полной мере проработанным, как в теоретической части, так и в практической.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» открыты первичные и региональные сосудистые центры, проведена подготовка и обучение кадров, однако эти ресурсы фокусируются прежде всего на спасении пациентов с острой фазой БСК (Малай Л.Н., 2017). Проведены отдельные работы по созданию баз данных и регистров пациентов, как наиболее объективных источников информации о лечении, профилактике, организации предоставления и результатах оказания медицинской помощи при БСК (Бойцов С.А. с соавт., 2013, 2014; Васильева Л.В. с соавт., 2016; Бурлева Е.П., 2016; Барбараш О.Л. с соавт., 2016).

Эпидемиологические данные и анализ структуры ЗПА практически отсутствуют, нет масштабных исследований фактической заболеваемости ЗПА, данных о социальном и клиническом статусе больных ЗПА. Не представлен опыт создания ассоциаций больных ЗПА, школ пациентов, их информационного сопровождения по вопросам лечения и профилактики обострений ЗПА. На

федеральном уровне в РФ не урегулированы вопросы единого порядка, сроков и условий проведения ДН при ЗПА, отсутствуют единые подходы к повышению информационной доступности медицинской помощи при ЗПА. Таким образом, до настоящего времени не было проведено комплексного многостороннего исследования проблемы обеспечения доступной медицинской помощи при ЗПА.

**Цель исследования.** На основе всестороннего медико-статистического анализа оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА разработать научно-обоснованные организационные меры ее оптимизации и преемственности.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать распространенность ЗПА в субъектах РФ, их динамику, структуру и объемы оказываемой при них медицинской помощи.

2. Проанализировать нормативное правовое регулирование оказания медицинской помощи при ЗПА.

3. Проанализировать доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗПА.

4. Проанализировать показатели, характеризующие предоставление при ЗПА специализированной медицинской помощи.

5. Оценить удовлетворенность пациентов с ЗПА доступностью и качеством медицинской помощи на всех этапах ее предоставления.

6. Проанализировать мнение врачей о недостатках и возможных путях оптимизации предоставления медицинской помощи при ЗПА.

7. Разработать систему пациентоориентированных организационных мер по совершенствованию порядка предоставления, доступности, качества и преемственности медицинской помощи при ЗПА.

**Научная новизна исследования.**

- Доказано, что учет ЗПА проводится некорректно: удельный вес зарегистрированных ЗПА в структуре первичной заболеваемости болезнью системы кровообращения в субъектах РФ колеблется от 8,1% до 40,8% на фоне схожей структуры заболеваемости БСК в субъектах РФ.

- На основе предложенных подходов медико-статистического учета пациентов с ЗПА установлена истинная структура заболеваний этой группы.

- Разработаны и обоснованы форматы учета ЗПА в формах ведомственного статистического наблюдения.

- Предложены научно-обоснованные подходы к урегулированию порядка оказания медицинской помощи при ЗПА, в том числе к организации диспансерного наблюдения, нормированию специализированной медицинской помощи.

- Установлена потребность в койках круглосуточного стационара при ЗПА, которая составила 0,039 на 1000 взрослого населения.

- Доказана необходимость введения дополнительных показателей для контроля реализации в субъектах РФ национального проекта «Здравоохранение», предложен порядок их расчета: «Доля граждан с ЗПА, состоящих под диспансерным наблюдением, процент» (целевое значение 70%); «Доля граждан с ЗПА, состоящих под диспансерным наблюдением и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент» (целевое значение 90%) и «Доля граждан с ЗПА, посетивших медицинскую организацию, удовлетворенных медицинской помощью, процент» (целевое значение 75%).

- Доказано, что первичная специализированная медико-санитарная помощь и диспансерное наблюдение при ЗПА должны обеспечиваться на мультидисциплинарной основе с участием специалистов по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «хирургия», «терапия», в том числе с использованием ресурсов консультативно-диагностических центров и амбулаторно-консультативных отделений стационаров.

- Подтверждены ограничения преемственности медицинской помощи при ЗПА: только 53,8% пациентов обращаются в стационар по направлению лечащего врача, диспансерное наблюдение после госпитализации рекомендовано только 26,7% пациентов, в том числе после ампутаций конечностей – 30,4%.

- Установлена низкая приверженность пациентов с ЗПА к профилактическим мероприятиям ввиду недостаточной их информированности об их целесообразности, порядке и сроках их прохождения.

- Разработана форма и контент «Записной книжки диспансерного пациента» как инструмента проактивного информирования о профилактике ЗПА.

- Доказано, что качество и доступность медицинской помощи пациентам с ЗПА, а также их информированность о профилактике могут быть повышены путем расширения компетенций по этому вопросу врачей, занятых в оказании им медицинской помощи.

- Разработан учебно-методический комплекс для врачей-специалистов по вопросам диагностики и лечения ЗПА.

- Разработаны регламенты индивидуального и публичного информирования пациентов с ЗПА о факторах риска заболевания, методах диагностики и лечения, порядке оказания медицинской помощи.

- Разработан состав и структура модулей «амбулаторного» и «стационарного» сегментов медико-статистического регистра пациентов с ЗПА.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования.**

Комплексный анализ организации и фактического оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА на всех этапах ее предоставления, проведенный за последние несколько лет, позволил разработать, обосновать и реализовать комплекс пациентоориентированных мер повышения доступности и качества медицинской помощи для пациентов этой группы, что успешно реализовано в медицинских организациях Чувашской Республики и г. Санкт-Петербурга.

Разработаны положения порядка предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА как акта нормативного правового регулирования предоставления им медицинской помощи в медицинских организациях, что успешно реализовано в Калининградской и Ленинградской областях, Краснодарском крае, г. Санкт-Петербурге; а также на федеральном уровне – порядок организации деятельности стационара по профилю «сосудистая хирургия» утвержден локальным нормативным актом ФГБУ «Российский

научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова»; на международном уровне в ГПК на ПХВ «Многопрофильная областная больница» при управлении здравоохранения Акмолинской области Республики Казахстан.

Проведены научно-обоснованные расчеты потребности населения в специализированной медицинской помощи при ЗПА, в том числе койках круглосуточного стационара для ее предоставления в медицинских организациях что успешно внедрено в Чувашской Республике, Калининградской и Пензенской областях, г. Санкт-Петербурге;

Представлены научно-обоснованные принципы медико-статистического учета пациентов с ЗПА, основанные на нозологических подходах, для ведомственного статистического наблюдения за деятельностью МО, объективного планирования предоставления медицинской помощи для пациентов этой группы, что успешно реализовано в Чувашской Республике, Калининградской, Вологодской, Ленинградской областях; а также, на международном уровне, в ТОО «Viamedus» Акмолинской области Республики Казахстан.

Представлена система информирования пациентов с ЗПА о порядке, сроках и условиях оказания медицинской помощи, профилактических мероприятиях в рамках диспансерного наблюдения в целях недопущения осложнений, в том числе в форме «Записной книжки диспансерного пациента» в медицинских организациях г. Санкт-Петербурга.

Разработаны научно-обоснованные подходы к информационному обмену МО, предоставляющих медицинскую помощь пациентам с ЗПА на отдельных этапах на основе медико-статистического регистра, в том числе формы предоставления и состав данных информационного обмена в медицинских организациях г. Санкт-Петербурга.

Доказана эффективность учебно-методического комплекса для обучения врачей-специалистов по вопросам диагностики и лечения ЗПА, реализованного в медицинских организациях Чувашской Республики.

Обоснована необходимость введения дополнительных контрольных показателей деятельности МО в рамках национального проекта «Здравоохранение» для мониторинга эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА, что реализовано в медицинских организациях Чувашской Республики.

На основе комплексной оценки удовлетворенности пациентов с ЗПА оказанной медицинской помощью и мнения врачей-специалистов о ее предоставлении на различных этапах разработаны и внедрены регламенты информационного сопровождения пациентов с ЗПА, доказана их результативность в медицинских организациях г. Санкт-Петербурга.

Результаты исследования используются в учебном процессе ВУЗов медицинского профиля: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» (акт от 12.09.2024 № б/н), ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» (акт от 09.09.2024 № 02-05-9880/24), НАО «Кокшетауский университет имени Ш. Уалиханова» Республики Казахстан (акт от 18.07.2024 № б/н).

На основе разработанных в ходе исследования положений составлены методические рекомендации для использования в работе медицинскими организациями и органами управления здравоохранением субъектов РФ: «Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА», «Формирование региональных нормативов планирования специализированной медицинской помощи больным с ЗПА», «Рекомендации по обоснованию, расчету и внедрению дополнительных показателей оценки реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Осуществление учета ЗПА в формах ведомственного статистического учета» утвержденные главным внештатным специалистом по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению МЗ РФ, академиком РАН, д.м.н., профессором Алекином Б.Г.; главным внештатным специалистом по вопросам общественного здоровья и организации здравоохранения Комитета по

здравоохранению СПб, з.д.н. РФ, д.м.н., профессором Вишняковым Н.И. (от 16.07.2024); главным внештатным специалистом по сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения Калининградской области Болховским Д.В. (от 19.07.2024); главным внештатным специалистом по рентгеноваскулярным диагностике и лечению Министерства здравоохранения Калининградской области Агарковым М.В. (от 20.08.2024).

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и МО, что подтверждается актами внедрения на следующих уровнях:

1. Федеральный уровень РФ: ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград) (акт от 26.07.2024 № 524, акт от 26.07.2024 № 523); ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» (акт от 09.09.2024 № 02-05-9880/24); ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» (акт от 12.09.2024 № 1262).

2. Региональный уровень РФ:

2.1. Органы исполнительной власти: Министерство здравоохранения Чувашской Республики (акт от 01.07.2024 № б/н, акт от 08.07.2024 № б/н, акт от 08.07.2024 № б/н), Министерство здравоохранения Калининградской области (акт от 19.07.2024 № б/н), Департамент здравоохранения Вологодской области (акт от 29.08..2024 № б/н, акт от 06.09.2024 № б/н, акт от 11.09.2024 № б/н).

2.2. Медицинские организации: БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чуваши (акт от 05.07.2024 № б/н, акт от 05.07.2024 № б/н, акт от 05.07.2024 № б/н, акт от 05.07.2024 № б/н, акт от 05.07.2024 № б/н), ГБУЗ Калининградской области «Гусевская центральная районная больница» (акт от 20.08.2024 № б/н), ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» (акт от 14.05.2024 № б/н, акт от 14.05.2024 № б/н), ГБУЗ «Городская больница № 1 города Новороссийска» (акт от 14.08.2024 № б/н), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 88» (акт от 02.10.2023 № б/н, акт

от 10.10.2023 № б/н), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 51» (акт от 08.07.2024 № 2538, акт от 07.06.2024 № 2166), СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» (акт от 04.09.2023 № б/н), СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 88» (акт от 04.09.2023 № б/н) СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 106» (акт от 02.10.2023 № б/н), СПб ГБУЗ «Городская больница № 14» (акт от 02.10.2023 № б/н), ГБУЗ Ленинградской области «Гатчинская клиническая межрайонная больница» (акт от 15.01.2024 № б/н, акт от 16.06.2024 № б/н), ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (акт от 02.10.2024 № 3876/1).

3. Международный уровень: ГПК на ПХВ «Многопрофильная областная больница» при управлении здравоохранения Акмолинской области Республики Казахстан (акт от 17.07.2024 № б/н), ТОО «Viamedus» Акмолинской области Республики Казахстан (акт от 18.07.2024 № б/н).

#### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. ЗПА имеют высокую медико-социальную значимость, что подтверждается широким распространением среди населения ассоциированных с ними иных болезней системы кровообращения, а также существенными расходами системы здравоохранения на оказание медицинской помощи при ЗПА, что требует мер по организации сбалансированной медицинской помощи на основе корректного учета заболеваний этой группы.

2. Действующие нормативные правовые документы в сфере здравоохранения не содержат положений по организации медицинской помощи при ЗПА, в том числе по динамическому наблюдению и адресной профильной госпитализации, что требует дополнительного урегулирования.

3. Ограничения доступности первичной медико-санитарной помощи при ЗПА обусловлены отсутствием единых подходов к динамическому наблюдению больных в условиях ограниченных возможностей медицинских организаций по оказанию медицинской помощи профильными специалистами

4. На фоне интенсификации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА недостатки в ее преемственности могут быть



преодолены путем их активного динамического наблюдения, организованного с учетом взаимодействия медицинских организаций различных уровней, в том числе на основе предлагаемого единого медико-статистического регистра.

5. По мнению врачей сердечно-сосудистых хирургов оптимизация организации медицинской помощи при ЗПА должна быть направлена на преодоление причин ограничений ее доступности и преемственности, нормирование специализированной медицинской помощи.

6. Пациентоориентированными мерами предоставления медицинской помощи при ЗПА являются: обеспечение их учета в полном объеме, введение порядка оказания медицинской помощи, обеспечение диспансерного наблюдения пациентов и повышение их информированности, повышение квалификации врачей по диагностике и лечению ЗПА, нормирование профильной специализированной помощи, обеспечение информационного обмена между медицинскими организациями на основе медико-статистического регистра.

**Методология и методы исследования.** Для реализации цели и задач исследования в рамках запланированных этапов научного поиска разработана комплексная методика, в основу которой легли положения ранее проведенных исследований ведущих специалистов-организаторов здравоохранения, профилактической медицины, хирургии и сердечно-сосудистой хирургии. Репрезентативность исследования обеспечена за счет применения при его выполнении наиболее информативных методов, таких как: статистический (методы описательной статистики, корреляционный анализ по Пирсону, расчет экстенсивных и интенсивных показателей с оценкой достоверности их разности по Стьюденту, средних величин и их средней ошибки, показателей динамического ряда), исторического и документального анализа, социологический, экспериментальный. Сбор первичного материала исследования проведен преимущественно методом сплошного наблюдения. Всего изучено 39 841 единица наблюдения.

**Личный вклад автора.** Автором внесен наибольший вклад в проведение исследования на всех его этапах: при формулировке гипотез и планировании,

формировании программы, подготовке общего дизайна исследования, сборе и обработке первичных данных, их анализе и изложении результатов. Автор непосредственно представлял достигнутые результаты в виде публикаций, выступлений на научных форумах, конференциях, предложений и сопровождения при практическом их внедрении. Таким образом, личный вклад автора при планировании и реализации всех полевых этапов исследования составил более 80%; при обобщении и анализе полученных данных – 100%.

**Степень достоверности результатов исследования.** Сформулированные в результате реализации этапов исследования автором выводы и практические предложения базируются на полноценном изучении достаточного объема статистических данных. Примененные в ходе исследования методы современны, в полной мере обеспечивают решение поставленных автором задач. Аргументация выводов достаточна, выводы соответствуют реализованным цели и задачам исследования.

**Апробация результатов исследования.** Материалы диссертационной работы были представлены на российских и международных конференциях: Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 12-13 ноября 2020 года); III международной научно-практической конференции «Медицина и здравоохранение в современном обществе» (Пенза, 5 декабря 2020 года); Научно-практической конференции «Интеграция теории и практики мирового научного знания в XXI веке» (Казань, 30 января 2021 года); Межрегиональной научно-практической конференции «Джанелидзеовские чтения – 2021» (Санкт-Петербург, 16-17 апреля 2021 года); 20-м Всероссийском конгрессе (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием) «Скорая медицинская помощь – 2021» (Санкт-Петербург, 10-11 июня 2021 года); II международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 23-24 сентября 2021 года); V инновационном петербургском медицинском форуме (Санкт-Петербург, 18-21 мая 2022 года); XII международном конгрессе «Кардиология на перекрестке наук» (Тюмень, 25-27 мая 2022 года); X Евразийском конгрессе

кардиологов (Москва, 16-17 мая 2022 года); XXXVII международной конференции «Горизонты современной ангиологии, сосудистой хирургии и флебологии» (Кисловодск, 20-22 мая 2022 года), Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: инновации в экстренной медицине» (Наманган, Республика Узбекистан, 14 октября 2022 года); III международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 29-30 сентября 2022 года); XXXVIII Международной конференции по сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии и V конференции по патологии сосудов Российского научного общества специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению (Москва, 23–25 июня 2023 года); Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы образования и науки» (Тамбов, 31 июля 2023 года); IV Научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций – 2023» (Саратов, 5-6 октября 2023 года).

**Соответствие паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, конкретно пунктам 1, 5, 8, 10, 12, 15.

**Публикации.** По теме исследования опубликовано 34 научные работы, в том числе: 11 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК, и 2 статьи в научных изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы данных и системы цитирования, и 1 статья в зарубежных научных изданиях.

**Структура и объем работы.** Настоящее диссертационное исследование содержит введение, восемь глав, заключение, выводы, практические рекомендации. Список литературы включает 458 источников, из которых 253 – отечественной литературы, 205 – зарубежной. Печатный текст диссертации представлен на 397 страницах, содержит 46 рисунков, 31 таблицу и 25 приложений.

## ГЛАВА 1

### ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

БСК занимают ведущее место в структуре заболеваемости и в структуре причин смертности населения как в РФ, так и в мире [Усовершенствованные медицинские технологии, 2005; Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013]. И хотя, по данным Всемирной Организации здравоохранения, наблюдается некоторое снижение смертности от заболеваний системы кровообращения, они все равно занимают ведущую позицию среди причин смерти людей в возрасте после 35 лет [Organization WH. WHO Mortality Database, 2015; Cardiovascular disease in Europe 2016].

#### Место ЗПА в общей структуре БСК

В основе многих БСК лежит атеросклероз различных локализаций, который довольно длительное время может протекать бессимптомно. Эта группа заболеваний в значительной степени распространена среди населения. К ней относятся: артериолосклероз, артериосклероз, артериосклеротическая болезнь сосудов, атерома, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий артериит и эндартериит.

ЗПА - третье по частоте клиническое проявление мультифокального атеросклероза после ишемической болезни сердца и инсульта [Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013].

ЗПА значительно снижают качество жизни пациентов, кроме того, для них характерен высокий риск ампутаций, инвалидности и смерти [Амбулаторная ангиология, 2007; Сосудистая хирургия, 2014; Организационные аспекты лечения больных с облитерирующим атеросклерозом, 2015; Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей, 2019].

Атеросклероз – это образование бляшек внутри кровеносных сосудов, приводящее к ограничению кровотока и потенциальному риску разрыва сосудов. Клинически болезнь может протекать как бессимптомно, так и с перемежающейся хромотой, при которой боль в голени возникает при физической нагрузке и проходит в покое. Самая тяжелая форма – с критической ишемией конечностей, которая включает боль в покое, язвы и гангрену и может привести к ампутации конечности [Ouriel K., 2001; Peripheral artery disease, 2017].

Осложнениями или параллельно развивающимися состояниями при заболеваниях периферических артерий [ЗПА] считаются гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, язвенная болезнь [Rahman M.S., Woollard K., 2017]. В связи с ростом заболеваемости сахарным диабетом и старением населения можно ожидать и роста ЗПА [Использование осциллометрических тонометров высокой точности, 2016; Newman A.B., 2001; Golomb B.A. et al., 2002].

Заболевания периферических артерий становятся причинами ампутаций конечностей – ежегодно делается около 35000 таких операций. Без лечения каждый второй пациент с ЗПА умирает в течение 10 лет от момента проявления симптомов [Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, 2010; Rosenfield, K. Et al., 2002].

Стенокардия - заболевание, при котором существует связь между болью в груди и снижением притока крови к сердечной мышце, также в основном вызвана атеросклерозом. В Западной Европе стенокардию диагностируют у 19 мужчин и 14 женщин на каждые 100 000 жителей [WHO. Global status report on noncommunicable diseases, 2014].

Следует учитывать тот факт, что атеросклероз является генерализованным заболеванием, так что патология сосудов одной локализации позволяет с достаточной долей уверенности подозревать проблемы в другой локализации. Поэтому при наличии БСК необходимо обращать внимание на каротидный и периферический атеросклероз [Явелев И.С., 2011].

В последние годы атеросклероз периферических артерий становится все более серьезной проблемой из-за своей распространенности. По данным многих исследований, поражение периферических артерий у больных ишемической болезнью сердца встречается достаточно часто – от 8% до 55% [Болезни сердца и сосудов, 1992; Расстройства микроциркуляции у больных ишемической болезнью, 1999].

Заболевание периферических артерий связано с возрастом, и его распространенность значительно увеличивается у пожилых и престарелых [Criqui M.H., 2001; Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease, 2007; Peripheral artery disease: epidemiology and global perspectives, 2017].

С другой стороны, хотя значительная часть больных с ЗПА – люди старшего возраста, в последние годы заметно значительное омоложение атеросклероза и все большее его распространение среди населения [Покровский А. В., 2004; Кошкин В. М. и др., 2005; Эндоваскулярная коррекция структурной патологии клапанов, 2021].

По данным исследования Bogalusa Heart Study, у людей молодого возраста атеросклероз, курение и артериальная гипертензия являются причинами развития ишемической болезни сердца [Подзолков В.И. и др., 2015].

Учитывая эти данные, следует ожидать тенденции к увеличению распространенности заболеваний периферических артерий. Точная и актуальная эпидемиологическая информация необходима для определения политики здравоохранения.

ЗПА представляют собой атеросклеротический синдром, характеризующийся стенозом или окклюзией артерий, особенно нижних конечностей. ЗПА связаны со снижением функциональных возможностей и повышенным риском БСК и смертности [Golomb B.A. et al., 2006; One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis, 2007; Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score, 2008].

Заболеваемость и смертность при сердечно-сосудистых заболеваниях высока во всем мире. Однако если в западных странах прослеживается тенденция

к некоторому уменьшению этих показателей, то в РФ, к сожалению, ситуация противоположная [Современные тенденции смертности по причинам смертности в РФ, 1996; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2002, 2007; Roger V.L., 2015]/ Точнее, положительная динамика есть и в РФ, но все же сердечно-сосудистая смертность в нашей стране заметно превышает показатели европейских стран США [Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases, 2017]. Доля смертности от сердечно-сосудистых патологий за период с 2000 по 2018 годы снизилась с 55,3% до 46,3%, она все же остается на первом месте [Российский статистический ежегодник, 2018].

Вопросы профилактики, ранней диагностики, выявления факторов риска и лечения БСК остаются актуальными.

Предотвращаемые или излечимые факторы риска ЗПА обычно совпадают с факторами риска развития других БСК и включают курение, гипертонию, сахарный диабет, и дислипидемию [Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease, 2007; ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 performance measures for adults with peripheral artery disease, 2010].

На первом месте в этом списке находится курение. Еще в прошлом веке была замечена связь между увеличением числа курящих и возрастанием смертности от рака легких и БСК [Mortality in relation to smoking, 2004]. Отказ от курения приводит к увеличению продолжительности ходьбы без боли в 1,5-2 раза, даже если при этом не производится лечение. У курящих больных с тромбангиитом ампутацию делают в 4 раза чаще, чем у некурящих [Фаттахов В. В., 2010].

Наличие у пациентов эссенциальной гипертензии (систолическое артериальное давление выше 120 мм рт. ст., а диастолическое давление выше 70-80 мм рт. ст.) также связано с ускорением БСК [Mortality associated with diastolic hypertension and isolated systolic hypertension, 1988; Blood pressure, stroke, and coronary heart disease, 1990].

Холестерин играет важную роль в развитии БСК. Эту связь обнаружили более 100 лет назад, когда выяснилось, что человеческие атеросклеротические

бляшки содержат холестерин. Затем последовали открытия, что диета с высоким содержанием холестерина может вызвать атеросклероз у кроликов, у людей с высоким риском преждевременной смерти от БСК существуют мутации, нарушающие транспорта холестерина [Goldstein J.L., Brown M.S., 2015].

Связь между уровнем общего холестерина и частотой БСК была впервые открыта в 1950-х годах [Gertler M.M., White P.D., 1954], после чего в 1955 году было обнаружено, что липопротеины низкой плотности (ЛПНП) являются фактором риска БСК [The serum lipoprotein transport system in health, metabolic disorders, 2007]. Исследование, связанное с определением роли рецептора холестерина, проведенное в 1973 году Майклом С. Брауном и Джозефом Л. Гольдштейном [Brown M.S., Goldstein J.L., 1974], принесло им Нобелевскую премию.

Сахарный диабет считается вторым по значимости после курения фактором риска [Comparison of global estimates, 2013]. Наличие сахарного диабета связано с двукратным повышением риска ишемической болезни сердца и инсульта [Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease, 2010; Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death, 2011; Associations between conventional cardiovascular risk factors and risk of peripheral artery disease, 2012]. Этот риск распространяется на людей с повышенным уровнем глюкозы в крови, состояние, которое часто называют «преддиабетом», когда рассматривался уровень глюкозы натощак выше 6 ммоль/л [Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease, 2010].

Сахарный диабет присутствует у 20-30% пациентов с ЗПА [Peripheral arterial disease in people with diabetes, 2003; Marso S.P., Hiatt W.R., 2006; Association of Diabetes Mellitus With Health Status Outcomes in Patients With Peripheral Artery Disease, 2020], и пациенты с диабетом имеют в 2-4 раза больший риск развития ЗПА [Incidence of and risk factors for asymptomatic peripheral arterial occlusive disease, 2001; Risk factors for peripheral arterial disease, 2005]. У пациентов с диабетом и ЗПА заболевания развиваются быстрее, значительно больше периферических сосудистых осложнений и ампутаций по сравнению с



пациентами с ЗПА без диабета [Jonason T., Ringqvist I., 1985; Natural history of claudication, 2001; Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients, 2001; Diabetes and vascular disease, 2013; Pathophysiology of peripheral arterial disease in diabetes mellitus, 2017]. Эти пациенты также имеют более серьезные функциональные нарушения из-за ЗПА - меньшая скорость ходьбы на меньшие расстояния [Peripheral artery disease, diabetes, and reduced lower extremity functioning, 2002] и большей частоты сердечно-сосудистых событий по сравнению с пациентами с ЗПА и отсутствием диабета [Intermittent claudication. A risk profile from the Framingham Heart Study, 1997; Peripheral arterial disease in people with diabetes, 2003].

Связь ожирения и ЗПА четко не выявлена. В большинстве исследований не отмечают этой связи. В некоторых говорится о небольшом увеличении риска [Criqui M.H., Aboyans V., 2015]. В соответствии с данными, полученными при изучении ИБС, можно предположить, что с риском развития ЗПА связано центральное ожирение (соотношение объема талии и бедер), а не общее ожирение [Prevalence and correlates of lower extremity arterial disease in elderly women, 1993].

По данным M.M. Joosten et al. (2012), которые проводили когортное проспективное исследование мужчин, сочетание таких клинических факторов риска, как курение, гипертония, гиперхолестеринемия и диабет, связаны с риском подтвержденного и клинически значимого ЗПА. Продолжительность диабета и гиперхолестеринемии, тяжесть гипертонии и интенсивность курения напрямую связаны с возможностью выявления ЗПА. У участников без этих четырех традиционных факторов риска вероятность развития ЗПА на 77% ниже, чем у остальных мужчин [Associations between conventional cardiovascular risk factors and risk of peripheral artery disease in men, 2012].

Существует также такое понятие, как «общественное производство болезней» или социальная и физическая среда обитания человека [Артамонова Г. В., Максимов С. А., 2017; Going upstream — an umbrella review of the macroeconomic determinants, 2019]. Влияние среды обитания очень важно для изучения формирования и развития болезней, а также их исходов [Daniel M. et al.,

2008; Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors, 2009; Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality, 2017]. Среда обитания рассматривается как опосредованный фактор риска развития различных патологий [Social and physical environments and disparities in risk for cardiovascular disease, 2005], хотя в некоторых исследованиях говорится и о прямом влиянии характеристик среды обитания на состояние здоровья человека [Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease, 2001; Forsberg P.O., et al., 2018; Geographic and arealevel socioeconomic variation in cardiometabolic risk factor distribution, 2019]

В странах с низким и средним доходом на риск развития БСК и ЗПА влияют также такие факторы, как бедность, индустриализация и инфекции [Winkleby M. et al., 2007; Frequency of a low ankle brachial index in the general population by age, sex and deprivation, 2008; Pande R. L., Creager M. A., 2014; Pabayo R. et al., 2015; Neighborhood socioeconomic status and coronary heart disease, 2016; Neighborhood socioeconomic status at the age of 40 years and ischemic stroke, 2017].

Постоянно выявляются новые факторы риска ЗПА, например, тромбоз, но, по мнению многих исследователей, традиционные факторы риска атеросклероза могут быть даже более важными для этой формы БСК [Serum Total Bilirubin Level and Prevalent Lower-Extremity Peripheral Arterial Disease, 2008; High-Molecular-Weight and Total Adiponectin Levels and Incident Symptomatic Peripheral Artery Disease, 2011].

Если у пациентов присутствует несколько факторов риска, то вероятность развития сердечно-сосудистых, как и любых других неинфекционных заболеваний, естественно, значительно возрастает. Исходя из этого, была разработана шкала систематической оценки коронарного риска SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation). С помощью этой шкалы оценивается профиль риска не только отдельных людей, но и популяции в целом. Сейчас существует две шкалы SCORE – для стран низкого риска и для стран высокого и очень высокого риска. Россия относится ко второй группе (Европейские рекомендации по профилактике БСК, 2017).

По данным С.А. Шальной и О.М. Драпкиной, среди российского населения в возрасте 35-64 лет от 10 до 30% имеют высокий и очень высокий риск SCORE. Эти данные были получены в рамках эпидемиологического исследования «Эпидемиология БСК в различных регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) [Шальнова С.А., Драпкина О.М., 2020].

Исследование «Эпидемиология БСК в различных регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) проводилось во многих регионах РФ в 2012-2013 годах. Согласно данным ЭССЕ-РФ, в различных регионах выявлен разный уровень распространенности факторов риска развития БСК [Эпидемиология БСК в различных регионах РФ, 2013; Распространенность поведенческих факторов риска, 2014; Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции, 2014]

Уровень факторов риска БСК в РФ остается очень высоким: артериальная гипертония – 53% у мужчин и 47% у женщин; употребление алкоголя – 18% у мужчин и 13% у женщин; курение – 45% и 23% соответственно; ожирение или избыточная масса тела – 52% и 41% соответственно; малоподвижный образ жизни – у 43% мужчин и у 58% женщин [Распространённость артериальной гипертонии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации, 2019; Поведенческие факторы риска в российской популяции, 2020]

Если говорить о профилактике БСК, в том числе и ЗПА, немаловажную роль играет приверженность к здоровому образу жизни и повышение медицинской грамотности населения [Ответственность граждан за свое здоровье, 2021].

Один из показателей здорового образа жизни – достаточная физическая активность. Однако сидячий образ жизни, как фактор риска БСК и неблагоприятных исходов, растет во всем мире [Global physical activity levels, 2012]. Это приводит к повышенному риску смерти, инфаркту миокарда, инсульту, ухудшению функционального состояния [Physical activity during daily life and mortality in patients with peripheral arterial disease, 2006; Physical activity and mortality in patients with stable coronary heart disease, 2019].

В одном из социологических исследований выявлены три фактора, входящих, по мнению респондентов-россиян, в понятие «здоровый образ жизни». Это отказ от курения и алкоголя, а также физическая активность. Сюда же относится и правильное питание. С другой стороны, многие участники опроса не считают невысокую физическую активность, употребление алкоголя, курение и неправильное питание серьезной проблемой [Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер, 2018].

В англоязычной литературе публикаций, связанных с проблемами эпидемиологии и профилактики заболеваний периферических артерий, достаточно много [Fowkes F.G., 1988; Criqui M.H. et al., 1997; Criqui M.H., Aboyans V., 2015], хотя, несмотря на осложнения и сопутствующие заболевания, ЗПА по-прежнему привлекают меньше внимания по сравнению с БСК в целом [Novo S., 2002; Gaps in public knowledge of peripheral arterial disease, 2007; Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013].

Можно даже сказать, что хотя ЗПА связаны с повышенным риском сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [The morbidity and mortality following a diagnosis of peripheral arterial disease, 2005; Progression of peripheral arterial disease predicts cardiovascular disease morbidity and mortality, 2008; Self-reported peripheral arterial disease predicts future vascular events, 2008; Mortality and vascular morbidity in older adults, 2009; Long-term survival after initial hospital admission for peripheral arterial disease, 2009], ЗПА часто игнорируется как серьезная проблема общественного здравоохранения [Gaps in public knowledge of peripheral arterial disease, 2012].

Лодыжечно-плечевой индекс является наиболее подходящим показателем для диагностики ЗПА в мире, особенно для врачей поликлиник, поскольку метод прост и не требует специального оборудования. Это соотношение систолического артериального давления в лодыжке и руке [ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases, 2011]. В норме систолическое артериальное

давление выше на лодыжке, чем на руке. Если показатель лодыжечно-плечевого индекса составляет 0,9 и ниже, можно говорить о наличии атеросклероза [Mohler E.R., 2003]. Чем ниже ЛПИ, тем выше риск угрожающих жизни сердечно-сосудистых исходов [Delis K.T. et al., 2000; Low anklebrachial pressure index predicts increased risk, 2006].

У пациентов с ЗПА с лодыжечно-плечевым индексом менее 0,90, в 5 раз выше риск нефатального сердечного приступа или инсульта, а общая смертность в два-три раза выше, чем у лиц без ЗПА [Intermittent claudication, 2006]. Кроме этого, для диагностики ЗПА используют ультразвуковую доплерографию, выявляя нарушения периферического кровообращения [Зубко А.В. и др., 2017].

«Золотым стандартом» при обследовании больных ЗПА является рентгеноконтрастная ангиография, дающая возможность выявить облитерирующие заболевания аорты, ее ветвей и периферических артерий. Компьютерная томография характерна простотой выполнения, высокой информативностью и отсутствием осложнений. При использовании магнитно-резонансной ангиографии важна возможность получить высокую точность визуализации сосудов без использования контрастных веществ [Уйба В.В., Романов С.А., 2014].

Однако многие авторы отмечают, что данные о распространенности ЗПА неточны. Полезность данных о смертности для описания эпидемиологии ЗПА невелика, потому что почти все пациенты с этой патологией умирают от ИБС, инсульта или рака, и причинами смерти указываются именно эти заболевания. Очень немногие пациенты умирают от ЗПА как таковых; в этих случаях смерть в основном вызвана осложнениями после хирургического вмешательства [Fowkes F.G., 1988; Biomarkers of inflammation and thrombosi, 2008].

Наибольшее количество пациентов с ЗПА находится в регионах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана; у многих из них заболевание протекает бессимптомно [Measurement and interpretation of the ankle-brachial index, 2012].

В 2013 году проводились исследования о заболеваемости ЗПА в развитых и развивающихся странах. В странах с высоким доходом населения эти данные были примерно одинаковы и у мужчин, и у женщин – около 5% в возрасте 45-49 лет и до 18% в возрасте 85-89 лет. В развивающихся странах заболеваемость была выше у женщин, чем у мужчин (6,2% и 2,9% соответственно в возрасте 45-49 лет и 12,3% и 10,1% в возрасте 75-79 лет) [Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013].

По данным этого же обзора, за 10-летний период (2000-2010 гг.) количество случаев во всем мире увеличилось почти на четверть до примерно 200 миллионов, но с более высоким относительным увеличением в развивающихся странах (29%), чем в странах с высоким уровнем дохода (13%) [Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013]. Впрочем, эти выводы не являются абсолютными, поскольку данные сильно зависят от характеристик выбранных групп населения и различий в методах измерения.

В Китае, например, распространенность ЗПА у групп населения в возрасте 60-70 лет колебалась от 2,5% до 6,9% у мужчин и 1,7% и 10,4% у женщин, по данным пяти исследований [Combined use of brachial–ankle pulse wave velocity, 2005; Correlates for a low ankle-brachial index in elderly Chinese, 2006; Prevalence of peripheral arterial disease, 2006; Prevalence of peripheral arterial disease and correlative risk factors, 2009; Distribution of the ankle–brachial index and peripheral arterial disease, 2010].

С другой стороны, в работе, проведенной в Республике Конго и Центральноафриканской Республике, в которой использовались одни и те же методы исследования, была обнаружена реальная разница заболеваемости между двумя странами (12,2% против 17,4%) [Prevalence of peripheral artery disease in the elderly population in urban and rural areas of Central Africa, 2015].

В США проводились исследования о влиянии этнической группы на распространенность ЗПА. В объединенном исследовании семи этнических групп, проживающих в США было обнаружено, что распространенность ЗПА у взрослых в возрасте старше 40 лет выше всего у афроамериканцев (8,8%), затем у

коренных американцев (6,1%), белых (5,5%) и самые низкие среди представителей испаноязычных (2,8%) и азиатских (2,6%) народов [Ethnic-specific prevalence of peripheral arterial disease in the United States, 2007].

Другой систематический обзор, сравнивающий людей южноазиатского происхождения и белых европейцев, выявил более низкую распространенность ЗПА среди жителей Южной Азии в общей популяции [Paradoxically lower prevalence of peripheral arterial disease in South Asians, 2014].

### **Меры повышения эффективности борьбы с БСК, в том числе ЗПА**

В РФ ведется профилактическая работа, направленная на борьбу с распространением БСК в рамках национального проекта «Здравоохранение». «Здравоохранение» включает в себя 8 федеральных проектов, в том числе «Борьба с болезнями системы кровообращения», «Сосудистая программа» - программа по организации экстренной помощи больным с острым коронарным синдромом. Эти проекты являются приоритетами в государственной политике [Методические подходы к классификации заболеваний системы кровообращения, 2021].

В рамках «Сосудистой программы» было построено 7 центров сердечно-сосудистой хирургии, открыты первичные и региональные сосудистые центры, проведена подготовка и обучение кадров. Нужно отметить, что эти проекты фокусируются прежде всего на спасении пациентов с острой фазой заболевания, когда нужна неотложная помощь [Малай Л.Н., 2017].

Развитие и выполнение таких национальных проектов крайне важно, поскольку снижение преждевременной смертности происходит успешнее именно в тех странах, где реализуются полномасштабные профилактические программы. Результаты достигаются за счет предупреждения новых случаев заболеваний путем ранней диагностики, и уменьшения воздействия факторов риска [Профилактика неинфекционных заболеваний, 2021].

Федеральный проект «Борьба с болезнями системы кровообращения» предполагает, что к 2024 году смертность от БСК снизится до 450 случаев на

100000 населения [Паспорт национального проекта «Здравоохранение», 2018; Значимость оценки распространенности и мониторинга исходов у пациентов с сердечной недостаточностью в РФ, 2020]. По данным Росстата на конец 2019 года эта цифра составляла 573, 2 случая на 100000 населения [Значимость оценки распространенности и мониторинга исходов у пациентов с сердечной недостаточностью в РФ, 2020].

Большое внимание уделяется качеству медицинской помощи. Согласно формулировке экспертов ВОЗ, качественная медицинская помощь подразумевает, что каждый пациент должен получить комплекс диагностических и лечебных процедур, приводящий к оптимальным для него результатам [Контроль качества и безопасности медицинской деятельности, 2016].

Улучшается материально-техническое оснащение региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений. По данным на 1 февраля 2021 года введено в эксплуатацию 5,4 тыс. единиц медицинского оборудования, в том числе компьютерных и магнитно-резонансных томографов и ангиографических установок. Пациенты получают льготные лекарства. Проводится профилактическая работа – за счет снижения потребления алкоголя и табака, привлечения населения к занятиям спортом и к правильному питанию, соблюдению гигиены [Национальный проект «Здравоохранение» как основной ресурс, 2021].

Для достижения целей, намеченных в проекте «Борьба с болезнями системы кровообращения», необходимо улучшить кадровую обеспеченность. Пока в РФ существует неравномерность в распределении специалистов-кардиологов, сосудистых хирургов, неврологов [Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами, 2020].

По данным ряда исследований, существует прямая зависимость между обеспеченностью больниц кардиологами и снижением госпитальной смертности у пациентов с БСК [Regional density of cardiologists and rates of mortality, 2013; Number of Cardiologists per Cardiovascular Beds, 2019].



По данным японских авторов, уровень смертности в стационарах с наибольшим количеством кардиологов в штате снижается вне зависимости от оснащённости стационара и характера сердечно-сосудистой патологии. Если появляется дефицит специалистов, увеличивается нагрузка на врача, госпитальная смертность увеличивается [Association between the number of boardcertified cardiologists and the risk of in-hospital mortality, 2019]. Речь идет именно об увеличении нагрузки на специалистов, а не о простом росте количества пациентов [Auerbach A.D., 2009; Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions, 2010].

На этом фоне ЗПА уделяется меньшее внимание, хотя заболеваемость этими патологиями увеличивается. Эпидемиологические данные и анализ структуры ЗПА практически отсутствуют, нет масштабных исследований, нет данных о заболеваемости ЗПА при сахарном диабете. Можно найти лишь отдельные работы по этой теме [Стандартизация лекарственной помощи как инструмент управления качеством лечения, 2003; Бурлева Е.П., 2006; Анализ базы зарегистрированных заболеваний периферических артерий, 2016]. Отсутствуют исследования социального и клинического статуса больных ЗПА.

ЗПА являются предшественниками острых БСК, в т. ч. и инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения. Важную медико-социальную проблему представляют собой такие ЗПА, как эндартериит и облитерирующий тромбангиит – после этих заболеваний могут развиваться тяжелые осложнения, которые часто приводят к инвалидизации. ЗПА редко являются непосредственной причиной смерти, однако значительно увеличивают заболеваемость БСК в мире [Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease, 2013].

Хотя специальных программ, направленных на выявление именно ЗПА, нет, меры по профилактике ишемической болезни сердца и инсульта влияют на ЗПА, поэтому отдельные инициативы не требуются.

Однако программы профилактики БСК должны выделять эту патологию, как уже выделяются коронарные и цереброваскулярные заболевания.

В некоторых регионах создаются регистры больных с ЗПА, базы данных для их учета, в т. ч. учета оказанной им медицинской помощи.

Регистр – это точный объективный метод получения информации о методах лечения, о том, как организована медицинская помощь по различным направлениям, о путях ее улучшения и о результатах (непосредственных и отдаленных) лечения [Васильева Л.В. и др., 2016; Барбараш О.Л. и др., 2016].

Хотя регистры используются в медицине более полутора веков, их важность часто недооценивают. Вначале медицинские регистры применяли для расчета основных эпидемиологических данных (заболеваемость, распространенность, смертность). Дальнейшие разработки в этой области позволили использовать их в разных областях: от популяционных исследований медицинской помощи, услуг и технологий, ранней диагностики и мониторинга групп риска, до планирования здравоохранения и определения областей в политике оказания медицинских услуг, требующих вмешательства [Parkin D.M., 2006; The role of medical registries, potential applications and limitations, 2019].

Кроме того, в некоторых областях медицины регистры являются важной частью программ борьбы с различными болезнями [Parkin D.M., 2006].

Благодаря регистровым исследованиям можно определить успешность тех или иных методик лечения, эффективно распределить ресурсы [Ягудина Р.И. и др., 2011]. Внедрение и ведение медицинского реестра требует значительных усилий.

Связь информации, собранной в регистрах, с другими коллекциями данных, такими как биобанки, и использование данных регистров в рандомизированных контролируемых испытаниях позволит разработать популяционные исследования в нескольких областях [Registry-based randomized controlled trials, 2016].

Основные области применения медицинских регистров включают уход за пациентами, общественное здравоохранение, оценку технологий и исследований [The role of medical registries, potential applications and limitations, 2019].

Приложения для ухода за пациентами разнообразны и включают улучшение качества ухода, оценку результатов для пациента и определение эффективности

лечения, предоставление информации о естественном течении болезни, активный мониторинг групп риска и обеспечение стратификации риска. В общественном здравоохранении данные регистров способствуют наблюдению за населением, оценке бремени болезней среди населения в целом, планированию здравоохранения и выявлению тех областей в политике служб здравоохранения, которые требуют вмешательства. Технологическая оценка медицинских устройств или биофармацевтических препаратов позволяет властям гарантировать их безопасное использование, определяя эффективность, а также измеряя и отслеживая неожиданные или опасные события [The role of medical registries, potential applications and limitations, 2019]. Регистры вносят свой вклад в исследования, предоставляя ресурсы для наблюдений, совершенствования дизайна исследований, изучения процессов и проверки гипотез [Donaldson L., 1992].

Это достигается за счет использования комбинации протоколов сбора данных, доступа к нескольким источникам данных и сбора максимально возможного количества случаев из определенной группы населения, выделенного по географическому признаку, плюс систематическое регулярное обновление данных [The role of medical registries, potential applications and limitations, 2019]. Расширение территориального охвата – одна из будущих задач в этой области. Миграция также влияет на данные, учитываемые в медицинских регистрах.

В определенных областях реестры могут и должны быть частью программ борьбы с болезнями. Как отметил D.M. Parkin, популяционные регистры рака являются «важным компонентом полностью разработанных программ борьбы с раком» [Parkin D.M., 2006]. Результаты медицинских регистров также могут использоваться для оценки эффективности скрининговых программ или могут включать пациентов, которые участвовали в программе скрининга рака [Registry-based assessment of the status of cervical screening in Sweden, 2016; Performance indicators in a newly established organized cervical screening programme, 2017].

Между регистрами и базами данных существуют некоторые отличия – при создании регистра формулируется заранее оговоренная цель сбора данных,

используются единообразные методы сбора информации. Базу данных можно назвать простым накоплением клинических данных [Наблюдательные исследования и регистры, 2021; Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines, 2009; Pass H.I., 2010; The role of cardiac registries in evidence-based medicine, 2010]. Как правило, в регистры включаются все пациенты за определенный период, с определенной патологией и/или методом лечения, подходящие к целям и задачам исследования [Наблюдательные исследования и регистры, 2021].

Существует достаточно много регистров, посвященных БСК и влиянию на них атеросклеротических поражений [Эрлих А. Д., Грацианский Н. А., 2011; Эрлих А. Д., 2014; Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ), 2018; Особенности течения мозгового инсульта у больных сахарным диабетом по данным регистра РЕГИОН-М, 2019; Анализ факторов, ассоциированных с госпитальной летальностью, у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по данным регистра РЕГИОН-М), 2020].

Непосредственно по ЗПА есть только отдельные базы данных. Так, например, в Екатеринбурге создали базу данных по ЗПА, провели анализ заболеваемости ЗПА за 2009-2013 годы, у пациентов, прошедших лечение в ДС и больнице. Почти 60% лечились в ДС, около 40% - в больнице. Число пациентов ДС с облитерирующим атеросклерозом выросло за этот период в 1,8 раз, с диабетическими ангиопатиями – в 3,6 раза. Однако существенного снижения заболеваемости диабетическими ангиопатиями в стационарах не наблюдается. Возможно, по мнению авторов, дело в том, что дневные стационары и больницы охватывают разный контингент больных – в ДС лечатся те, кто находятся на ДН, а в стационары попадают те, кто отказался от диспансеризации или не попали в диспансерные группы. Авторы считают, что «база зарегистрированных ЗПА может быть инструментом для анализа данных и дальнейшего принятия управленческих решений с целью улучшения качества медицинской помощи

пациентам в муниципальном образовании» [Анализ базы зарегистрированных заболеваний периферических артерий, 2016].

Интерес к регистрам в РФ в последнее время заметно усиливается [Эрлих А.Д., 2011, 2012, 2014; Бойцов С.А. и др., 2013].

### **Амбулаторная помощь при ЗПА**

Адекватная профилактика, диагностика и борьба с ЗПА должна стать приоритетным направлением работы МО, причем амбулаторно-поликлиническим учреждениям отводится серьезная роль. Правильно организованная работа поликлиник позволяет раньше начинать консервативную терапию, что может предотвратить тяжелое и внезапное ухудшение состояния пациентов, и, соответственно, снизить количество госпитализаций, плюс возможен контроль сопутствующих заболеваний [Кайли А.Е., 2011, 2012]. Кроме того, именно амбулаторные учреждения занимаются ДН и реабилитацией пациентов после хирургических операций.

Системная работа по раннему выявлению и диспансерному наблюдению за пациентами с ЗПА должна существенно снизить риск возникновения острых состояний, позволит предотвратить осложнения и существенно повысить качество жизни больных, даст возможность более эффективно распределять и использовать ресурсы здравоохранения. Однако раннее выявление и ДН за такими пациентами проводится бессистемно.

Согласно Приказу МЗ РФ № 404н, регламентирующему правила проведения диспансеризации населения, медикам рекомендуется обращать особое внимание на пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. «Сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы» [Приказ Министерства здравоохранения РФ

от 27.04.2021 № 404н]. Однако в этом Приказе меры по выявлению ЗПА отдельно не перечислены.

В «Национальных рекомендациях по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей» отмечается, что помощь больным с ЗПА оказывается согласно Приказу МЗ РФ от 15 ноября 2012 года № 918н «Порядок оказания медицинской помощи больным с БСК».

Медицинская помощь больным с БСК оказывается амбулаторно, в ДС и стационарно. Первоначально больной обращается к врачу-терапевту, затем, если нет показаний к госпитализации, к врачу-специалисту (кардиолог, сердечно-сосудистый хирург, врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике). Далее пациента могут направить в специализированный центр, «в МО, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия».

«Специализированная медицинская помощь больным оказывается в стационарных условиях или в условиях ДС по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в МО».

ЗПА должны диагностироваться врачом-терапевтом, кардиологом, хирургом или сосудистым хирургом на основе жалоб пациента и наличия факторов риска – это мужской пол; курение табака; артериальная гипертензия; нарушения липидного обмена; нарушения углеводного обмена; возраст старше 40 лет [Зубко А.В. и др., 2017].

До недавнего времени врачи-кардиологи не уделяли должного внимания ЗПА, их диагностировали врачи других специальностей (в основном хирурги), что не могло не сказаться на качестве диагностики и профилактики ЗПА. А между тем у большинства таких пациентов имеются поражения коронарных артерий, что ухудшает прогноз при БСК. Так, больные с перемежающейся хромотой подвержены риску инфаркта миокарда значительно чаще, чем у обычной

популяции (60% и 20% соответственно). Риск смерти от коронарных заболеваний возрастает в 6 раз [Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей, 2013]. Инфаркт миокарда обнаружен у трети пациентов, симптомы стенокардии – у половины [Амбулаторное наблюдение больных атеросклерозом сосудов нижних конечностей с позиций кардиолога, 2016].

Прием статинов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, дезагрегантов улучшает прогноз у таких пациентов. Проблема в том, что назначаются эти препараты не всегда, и частота их назначения зависит от специальности врача [REACH Registry Investigators. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes, 2014; Factors Influencing the Prescription of Cardiovascular Preventive Therapies, 2016].

Статины считаются обязательным препаратом при наличии атеросклероза любой локализации [Российские рекомендации: Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена, 2012]. По данным исследования REACH, чаще всего статины назначали пациентам с ЗПА кардиологи – 78,9%, терапевты – в 69% случаев, хирурги – в 37,3% случаев [REACH Registry Investigators. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes, 2014].

Лекарственная терапия, по данным исследований, не всегда оказывается адекватной и соответствующей современным нормам. Антиагреганты, статины и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), доказали свою эффективность в снижении риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов с ЗПА [Influence of smoking on incidence and prevalence of peripheral arterial disease, 2004; Al-Omran M. et al., 2006]. Однако врачи не слишком осведомлены о правильном назначении лекарственных препаратов этой категории больных [Al-Omran M. et al., 2006; ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 performance measures, 2010]. Такие данные получены при опросах врачей – терапевтов, хирургов, сосудистых хирургов и врачей общей практики в США, Великобритании, Саудовской Аравии и Канаде [Atherosclerotic risk factor reduction in peripheral arterial disease, 2002;

Management of secondary risk factors in patients with intermittent claudication, 2003; Al-Omran M. et al., 2006; Peripheral arterial disease: lack of awareness in Canada, 2009].

Более четверти британских сосудистых хирургов не проводят скрининг на диабет и не измеряют артериальное давление у пациентов с ЗПА, и только 34% из них лечат хромоту, если уровень холестерина превышает 5,5 ммоль/л. Только 45,5% терапевтов назначают антиагреганты пациентам с ЗПА по сравнению с 52,5% сосудистых хирургов, и только 16,8% сосудистых хирургов знают о большом влиянии снижения холестерина на риск будущих сердечно-сосудистых событий у пациентов с ЗПА [Atherosclerotic risk factor reduction in peripheral arterial disease, 2002].

М. Al-Omran проводил анкетирование врачей в больнице в Эр-Риаде. Выяснялось, знают ли доктора о целевых уровнях артериального давления, холестерина и глюкозы в крови у пациентов с ЗПА, об отношении к консультированию пациентов по поводу факторов риска, о препаратах, которые нужно назначать при ЗПА. Рекомендуемые целевые уровни холестерина ЛПНП, глюкозы в крови и артериального давления у пациентов с ЗПА были известны 37,3%, 94,1% и 35,3% врачей соответственно. Хотя 86,3% врачей рекомендуют антиагрегантную терапию при ЗПА, только 17,6% рекомендуют ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ); 62,7% рекомендовали бы статины.

В 88,9% случаев пациентам с ЗПА, проходившим лечение в российских дневных стационарах и в больницах, не назначали простагландины, статины – в 75% случаев, без показаний рекомендовали спазмолитики и препараты никотиновой кислоты в 100% случаев; назначали пентоксифиллина в неоправданно низких дозах, укороченными курсами и у пациентов с сахарным диабетом без проверки глазного дна – в 100% случаев [Анализ базы зарегистрированных заболеваний периферических артерий, 2016].

Согласно рекомендациям ВОЗ, ведением больных с ЗПА следует заниматься врачам разных специальностей [ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases, 2012], но под данным исследования REACH,



наиболее подходящее лечение назначают кардиологи и ангиологи [REACH Registry Investigators. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes, 2014; Factors Influencing the Prescription of Cardiovascular Preventive Therapies, 2016].

В отечественном здравоохранении пациенты с ЗПА на амбулаторном приеме чаще всего попадают к хирургам, что не всегда является оптимальным для лечения, а главное профилактики этих заболеваний. Сосудистые хирурги при ведении больных с ЗПА вынуждены осваивать новые навыки, что не всегда ведет к повышению качества работы.

По данным К.С. Замского и др., по большей части пациенты направлялись в консультативно-диагностический центр общими хирургами, значительно реже – кардиологами и неврологами [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи, 2016]

А ведь многие исследователи пишут, что консервативное лечение больных с ЗПА снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и в целом улучшает состояние пациентов [Creager M.A., 2001; Decousus H. et al., 2003; Jones L., et al., 2004; Sternitzky R., 2005; Al-Omran M. et al., 2006; A clinical prediction model for the presence of peripheral arterial disease, 2007].

Оптимальный вариант в этом случае – создание сердечно-сосудистых центров, в котором работают представители всех необходимых направлений медицины. Благодаря «Сосудистой программе» в стране в 2008-2013 годах был создан ряд первичных и региональных сосудистых центров [Барбараш О. Л., 2013]

Как пишут И.Н. Ступаков и А.Е. Кайли, «создание сосудистого центра обладает массой преимуществ. Во-первых, общая база пациентов отражает общий подход специалистов к их ведению. Во-вторых, это возможность для врача беспрепятственно и в краткие сроки воспользоваться консультацией другого специалиста. В-третьих, это позволяет создавать и оптимизировать общие стандарты по ведению больных с ЗПА» [Ступаков И.Н., Кайли А.Е., 2011].

Задачи таких центров – ДН пациентов, ранняя диагностика заболеваний, догоспитальное ведение больных, направление на госпитализацию, реабилитация.

К.С. Замский и др. описывают следующую схему ведения пациентов с ЗПА в КДЦ Главного военного клинического госпиталя им. академика Н.Н. Бурденко: по направлению терапевтов, хирургов или неврологов поликлиник пациент направляется на консультационный прием сосудистого хирурга Центра. После консультации часто пациентов продолжала консервативное лечение (при необходимости проводились дополнительные консультации с кардиологами, эндокринологами и другими специалистами), часть по показаниям направлялась на госпитализацию в специализированное отделение сосудистой хирургии Центра сердечно-сосудистой хирургии [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи, 2016].

Авторы отдельно подчеркивают, что для оптимизации работы консультация сосудистого хирурга на догоспитальном этапе проводилась дважды – чтобы наверняка исключить госпитализацию тех больных, которым не нужно лечение в стационаре. «Особенность заболевания атеросклерозом заключается в часто рецидивирующем и цикличном характере течения патологического процесса, распространением поражения на другие сосудистые бассейны, что диктует необходимость повторных консультаций для планирования сроков и объемов следующих этапов хирургического лечения».

Важное условие хорошей работы КДЦ – правильное распределение потока больных, что осуществимо при участии сосудистого хирурга стационара [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи, 2016].

По данным некоторых исследований, при изучении больных с ЗПА выявляется отсутствие адекватной диагностики, что является одной из основных причин повышения расходов на оказание помощи таким пациентам и ухудшения их состояния [Е.А. Кайли, 2012]. Постоянное наблюдение за больными, состоящими на учете в таких центрах, позволит уменьшить количество госпитализаций, поскольку будут проводиться курсы лечения, не требующие направления в больницу, сократить сроки пребывания в больницах, скоординировать процесс реабилитации [Ступаков И.Н., Кайли А.Е., 2011].

К сожалению, в амбулаторном звене (на уровне поликлиник) отсутствуют специалисты, которые могут качественно проводить ДН, своевременную диагностику и лечение больных с ЗПА. Лечение и обследование проводится хирургом в поликлинике. Штатных специалистов сердечно-сосудистых хирургов в большинстве поликлиник нет. Официальные рекомендации по амбулаторному ведению (ДН) данной группы пациентов отсутствуют.

Один из вариантов профилактики и терапии ЗПА – ДН за пациентами с этой патологией кардиологами, к которым при необходимости присоединяются сосудистые хирурги. Такой подход дал возможность улучшить качество оказания медицинской помощи, появилась положительная динамика в результатах лечения и профилактики атеросклероза сосудов нижних конечностей [Организационные аспекты лечения больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей на амбулаторном этапе, 2015].

Исследователи отмечают низкую эффективность лечения больных с ЗПА, в том числе потому, что после выписки из стационара (после оперативного лечения) больные остаются практически без системного наблюдения, и послеоперационная консервативная терапия малоэффективна. Возможно, причина в позднем выявлении заболеваний периферических артерий у пациентов. Например, при критической ишемии нижних конечностей в первые полгода конечность может быть сохранена только у 40%, смертность составляет 20% [Современные подходы диагностики и лечения многоуровневых поражений артерий нижних конечностей, 2011]. При своевременной диагностике и начале лечения конечность можно сохранить и, соответственно, сократить смертность [Белов Ю. В., Винокуров И. А., 2014; Комплексное лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, 2014; Carpentier P.H. et al., 2004].

Послеоперационный прогноз напрямую связан со сроками выявления и начала лечения заболевания, поэтому врачи должны быть заинтересованы в ранней диагностике ЗПА [Зубко А.В. и др., 2017].

Коммерческие медицинские организации чаще выявляют ЗПА на более ранних стадиях – в силу того, что назначают значительно больше обследований, чем государственные учреждения [Зубко А.В. и др., 2017].

При этом инструментальное диагностическое обследование таких пациентов проводится в КДЦ, зачастую связано с нарушением сроков его ожидания, а лечение этих больных (медикаментозная терапия) проводится в ДС.

Послеоперационное ведение больных включает наблюдение за функциональным состоянием зон реваскуляризации, желательно в сроки 1 месяц, 6 месяцев и через год, далее – ежегодно [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи, 2016].

Для более качественного оказания медицинской помощи желательно наличие в КДЦ кабинета функциональной ультразвуковой диагностики, что позволяет уточнить характер и распространенность патологического процесса, степень нарушения кровообращения. В зависимости от результатов разрабатывается программа консервативного или оперативного лечения [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи, 2016].

Если говорить о профилактике ЗПА, то важную роль здесь играют и знания пациентов о своем состоянии, о факторах риска и прогнозе развития ЗПА. Как выяснилось в ряде исследований, осведомленность населения о ЗПА значительно ниже, чем о других БСК.

Канадские исследователи методом случайной выборки провели телефонный опрос 501 респондента, спрашивая их, насколько они в курсе существования ЗПА. Факторы риска ЗПА были выявлены у многих: высокое кровяное давление (43%), высокий уровень холестерина в крови (37%), диабет (12%) и историю курения (18% нынешних и 49% бывших курильщиков). Только 36% респондентов сообщили, что знакомы с ЗПА. Авторы рекомендовали разработать национальные программы осведомленности о ЗПА, чтобы повысить уровень знаний о ЗПА до уровней, сопоставимых с другими БСК. [Peripheral arterial disease: lack of awareness in Canada, 2009]

## **Стационарная помощь при заболеваниях периферических артерий**

Важным условием эффективного стационарного (оперативного в т. ч.) лечения является его своевременность. По мнению врачей, ЗПА выявляются чаще всего уже на поздней стадии, и связано это как с несвоевременным обращением пациентов к докторам, так и с отсутствием настороженности медиков и невысоким уровнем знаний по диагностике ЗПА [Зубко А.В. и др., 2017].

Даже в западных странах с развитой системой здравоохранения, например, в США, осведомленность пациентов и врачей о ЗПА может быть низкой, что приводит к заниженной диагностике и позднему началу лечения [Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care, 2001].

За последние два десятилетия лечение ЗПА изменилось: процедуры открытой реваскуляризации используются реже, их сменяет эндоваскулярная реваскуляризация [Understanding trends in inpatient surgical volume, 2004; Shifting paradigms in the treatment of lower extremity vascular disease, 2007; National trends in lower extremity bypass surgery, 2009; Patterns of treatment for peripheral arterial disease in the United States, 2009; Trends, complications, and mortality in peripheral vascular surgery, 2009; Use of interventional procedures for peripheral arterial occlusive disease, 2009], и при лечении перемежающейся хромоты используется более консервативный подход [Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease, 2007].

Авторы одного из этих исследований пришли к выводу, что переход от открытой реваскуляризации к эндоваскулярной реваскуляризации в период с 1996 по 2006 год был не простым случаем замены одной процедуры на другую, поскольку вместо каждой процедуры обходного анастомоза, которая не была выполнена, проводилось три эндоваскулярных процедуры [National trends in lower extremity bypass surgery, 2009].

Сходные данные приводились и в другом североамериканском исследовании – частота реваскуляризации нижних конечностей начала снижаться в 1998 году, при этом количество эндоваскулярных вмешательств по поводу окклюзии нижних конечностей в период с 1996 по 2003 год увеличилось на 40 %

[Trends, complications, and mortality in peripheral vascular surgery, 2009; In-hospital outcomes of endovascular versus surgical revascularization, 2021].

Изменились также тенденции в отношении госпитализации пациентов с ЗПА.

Так, например, по данным S. C. Inglis et al. (2012), в Шотландии за период с 1991 по 2007 годы наблюдалось снижение доли населения, впервые поступившего в больницу по поводу ЗПА, и общей частоты вмешательства. Также наблюдались изменения в типе госпитализации: в последние годы увеличилась доля незапланированных госпитализаций по поводу ЗПА. Авторы отметили также снижение количества госпитализаций для диагностических эндоваскулярных процедур. Это может быть связано с более широким использованием неинвазивных амбулаторных диагностических процедур в сосудистых лабораториях, что могло привести к такому снижению частоты первичных госпитализаций по поводу ЗПА. [Sex-specific time trends in first admission to hospital for peripheral artery disease, 2012]. Это также может быть частично связано с переходом на неинвазивные методы визуализации, с ультразвуковой визуализацией, магнитно-резонансной ангиографией или, в некоторых случаях, компьютерной томографической ангиографией, выполняемой почти повсеместно в амбулаторных условиях.

Одна из серьезных проблем организации медицинской помощи – ее географическая доступность. Статьей по связи расстояния до специализированных центров с результатами лечения, осложнениями и смертностью от ЗПА в РФ не найдено, однако подобные исследования проводились, например, в Австралии.

Во многих странах наблюдаются географические различия в заболеваемости и результатах лечения у людей с некоторыми хроническими заболеваниями, такими как хронические болезни легких, заболевания почек, рак и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [Chondur R. et al., 2014; Factors associated with county-level variation in premature mortality, 2020].

Считается, что эти различия, включая менее активное ведение болезни и более высокую смертность, являются результатом трудностей доступа к медицинской помощи, которые связаны с увеличением расстояния до больниц [Chondur R. et al., 2014; Factors associated with county-level variation in premature mortality, 2020].

В ряде работ отмечалось, что некоторые исходы, относящиеся к людям с ЗПА, такие как частота ампутации нижних конечностей и коронарной ангиографии, заметно различаются в зависимости от региона [Variation in coronary angiography rates in Australia, 2016; Geographic variation of the incidence rate of lower limb amputation, 2017].

J. G. MChir et al. (2021) выясняли, варьируются ли результаты лечения пациентов с ЗПА в зависимости от удаленности их места жительства и физического расстояния до обслуживающей больницы. Авторы пришли к выводу, что частота сосудистых операций у пациентов с ЗПА выше у людей, проживающих дальше всего от специализированного стационара. Учитывая большую площадь Квинсленда, на территории которого проводилось исследование, доступ к специализированным стационарам бывает сложно обеспечить своевременно. Авторы предлагают новую модель организации медицинской помощи таким пациентам - ведение больных совместно с врачами общей практики или с использованием телемедицины [Cohort study examining the relationship between remoteness and requirement for surgery, 2021].

### **Обеспечение преемственности в амбулаторном и стационарном лечении и диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями периферических артерий**

Кроме того, крайне важна преемственность между этапами лечения. При направлении в стационар, после выписки из стационара врачам на всех этапах лечения очень важно обладать полной информацией о лечении и диагностике заболевания периферических сосудов у пациента на всех этапах оказания ему медицинской помощи.

Очень важной является разработка и применение протоколов внутрибольничной маршрутизации пациентов, критериев для выписки, обучения самих пациентов и их родственников [Принципы организации медицинской помощи пациентам, 2021].

Преимственность между стационаром и амбулаторными учреждениями при ведении пациентов с БСК, особенно если речь идет о больных с коморбидными заболеваниями, наблюдающихся у разных специалистов и в разных учреждениях, очень важна еще и потому, что позволяет снизить смертность и количество повторных госпитализаций [Система управления сердечно-сосудистыми рисками, 2019; Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами, 2020; The care transitions intervention, 2011].

Преимственность в лечении больных очень актуальна и после завершения стационарного лечения. При отсутствии наблюдения за пациентами после проведенного оперативного лечения ЗПА часто возникают рецидивы (ретромбозы). Для их предотвращения необходима своевременная ультразвуковая диагностика, а также регулярная лекарственная терапия.

Для улучшения организации и качества оказания медицинской помощи, для снижения смертности от БСК разработана система управления сердечно-сосудистыми рисками. Создание такой системы связано также с тем, что уже назрела необходимость перехода от оказания неотложной помощи к долгосрочному управлению сердечно-сосудистыми рисками, профилактике БСК и снижению случаев экстренной хирургии в группах с наибольшим риском неблагоприятных исходов. Необходима четкие алгоритмы выделения рисков и выработка тактики принятия решений [Система управления сердечно-сосудистыми рисками, 2019].

Система управления сердечно-сосудистыми рисками – трехуровневая модель оказания медицинской помощи кардиологическим больным. Основное внимание уделяется больным с высоким и очень высоким риском, выявленным во время диспансеризации, при обращении к врачу с соответствующими симптомами.



«Главные задачи системы управления – стратификация пациентов по уровню риска, выявление и учёт групп пациентов с высоким риском неблагоприятных событий, эффективная коррекция факторов риска со своевременным назначением оптимальной медикаментозной терапии, долгосрочное наблюдение, в том числе с активным вовлечением пациента в процесс управления заболеванием, обеспечение «обратной связи» и контроля эффективности за счёт региональных регистров, анализа медицинских баз данных, использования ресурсов региональных сегментов медицинских информационных систем» [Система управления сердечно-сосудистыми рисками, 2019]. Первый уровень сердечно-сосудистого риска – первичное звено (амбулаторно-поликлиническая помощь). Это врачи-терапевты, кардиологи, врачи общей практики др. Задачи на этом уровне – разделение пациентов по уровню риска.

Пациенты, относящиеся к группам высокого и очень высокого риска, это больные с БСК атеросклеротического генеза; пациенты с сахарным диабетом; пациенты с хронической болезнью почек 3 стадии и выше; пациенты со значительным увеличением одного из факторов риска; пациенты с 10-летним риском фатальных ССЗ по SCORE  $\geq 5\%$  [Распределение показателей липидного спектра, 2017; 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias, 2020].

Второй уровень – центр управления сердечно-сосудистыми рисками. Как сформулировано в работе Е.В. Шляхто и др. (2019) : «Центр управления сердечно-сосудистыми рисками – структура, создающаяся с выделением соответствующих ставок специалистов и среднего медицинского персонала на базе специализированных учреждений, располагающих лабораторно-диагностическими службами, инструментами автоматизации и информационными технологиями, квалифицированным персоналом, а также взаимодействующая с первичным звеном здравоохранения и обеспечивающая своевременное выявление и контроль сердечно-сосудистых факторов риска, достижение у пациентов целей первичной и вторичной профилактики,

установленных клиническими рекомендациями» [Система управления сердечно-сосудистыми рисками, 2019].

Третий уровень – федеральный. На этом уровне обеспечивается возможность обучения специалистов, координация действий по управлению сердечно-сосудистыми рисками, консультации, модификация работы системы [Система управления сердечно-сосудистыми рисками, 2019]. Внедрение системы управления сердечно-сосудистыми рисками позволило бы значительно снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых болезней.

Раннее вмешательство на периферических сосудах улучшает симптомы и предотвращает серьезные осложнения со стороны конечностей, включая острую ишемию конечностей, тромбэктомия, тромболитизис, обширную ампутацию или обширную повторную реваскуляризацию [Suggested objective performance goals and clinical trial design for evaluating catheter-based treatment of critical limb ischemia, 2009; Bozkurt A.K. et al., 2011; Stansby G. et al., 2011]. Сообщалось, что раннее вмешательство на периферических сосудах используется в качестве терапии для спасения конечностей у пациентов с критической ишемией [Lepäntalo M., Mätzke S., 1996; Major adverse limb events and 1-year outcomes after peripheral artery revascularization, 2018; Trends and causes of readmission following peripheral vascular intervention, 2021].

Раннее вмешательство на периферических сосудах, однако, сопряжено с частой повторной госпитализацией после процедуры [Trends and causes of readmission following peripheral vascular intervention, 2021].

Средняя 30-дневная частота повторной госпитализации после операции на периферических сосудах составляет 21,5%, 44% из них были вызваны сочетанными сердечно-сосудистыми осложнениями. Среди сердечно-сосудистых причин критическая ишемия конечностей является наиболее частой причиной повторной госпитализации (11,7%), инфаркт миокарда и сердечная недостаточность являются второй и третьей по частоте причиной повторной госпитализации, составляя 4,9 и 4,64% соответственно. Осложнения при установке имплантата или трансплантата также являются причинами повторной

госпитализации (7,7%). Периферическая гангрена составила 7,8% причин повторной госпитализации.

Эндокринные и метаболические расстройства были второй по частоте причиной повторной госпитализации (17%), за ними следовали осложнения при проведении операции (чаще всего инфекционные) или при оказании медицинской помощи (12,7%), желудочно-кишечные расстройства (10%) и инфекционные заболевания (7%) [Trends and causes of readmission following peripheral vascular intervention, 2021].

Риск повторной госпитализации также был выше у пациентов с анемией, аутоиммунными заболеваниями, сердечной недостаточностью, хронической болезнью легких, сахарным диабетом, психозом при заболеваниях печени, критической ишемией конечностей, солидной опухолью без метастазов, фибрилляцией предсердий, почечной недостаточностью, болезнями печени, при злоупотреблении наркотиками; также к этой категории относились пациенты, которые пробыли в стационаре 3-5 дней или более 5 дней по сравнению с теми, кто пробыл в больнице менее 1 дня [Trends and causes of readmission following peripheral vascular intervention, 2021].

Если у больных ЗПА имеется критическая ишемия конечностей, то у большого количества больных лечение заканчивается высокой ампутацией, после которой в 16-37% случаев наступает смерть [Золоев Г.К., 2004; Абышов Н.С., Закирджаев Э.Д., 2005; Анализ причин госпитальной летальности, 2011]. Среди причин госпитальной смертности при ампутациях лидируют осложнения БСК, сепсис, полиорганная недостаточность [Анализ причин госпитальной летальности, 2011].

Госпитальная смертность после ампутации конечностей у больных с ЗПА также связана с нехирургическими послеоперационными осложнениями. Возникшие в послеоперационном периоде у больных инфаркт миокарда, острая почечная недостаточность, ТЭЛА, отек легких являются независимыми предикторами госпитальной смертности. Эти патологии развивались у пациентов

с ЗПА при ампутации в 24, 8% случаев осложнениями [Макаров Д.Н., Васильченко Е.М., 2018].

По мнению врачей, одной из проблем при оказании медицинской помощи является госпитализация непрофильных и необследованных пациентов, направление на операции больных с тяжелыми формами трофических изменений. Из-за недостаточной компетентности врачей амбулаторных МО на госпитализацию направляют плановых пациентов с начальными проявлениями атеросклеротического процесса или без нарушения проходимости магистральных артерий. Такие больные требуют проведения дополнительных диагностических процедур, консультаций специалистов. Затрудняло работу стационара и нерациональное направление больных с тяжелыми сопутствующими патологиями: аневризмами аорты, критической ишемией конечностей. По мнению К.С. Замского и др., проведение ампутаций и лечение трофических изменений на отделении сосудистой хирургии требует дополнительного привлечения специалистов по гнойной хирургии, специального эпидемиологического режима при проведении перевязок, соответствующего контроля. Авторы указывают: «больные с трофическими язвами конечностей первично госпитализируются в отделение ран и хирургической инфекции, при необходимости специализированный этап хирургического лечения выполняет ангиохирург. В случае, когда несмотря на попытку сохранения конечности, происходит прогрессирование ишемии с явлениями необратимых изменений тканей и показана ампутация, к лечению привлекается специалист по лечению ран и хирургической инфекции. Пациент переводится в гнойное отделение, где выполняется операция, при дальнейшем сохранении динамического контроля сосудистого хирурга». В Центре сердечно-сосудистой хирургии было реорганизована служба рентгенэндоваскулярной хирургии – появилось отделение рентгенодиагностики и лечения магистральных сосудов [Пути повышения эффективности организации хирургической помощи пациентам с атеросклеротическим поражением, 2016].

### **Заключение**

Правильная организация медицинской помощи больным с ЗПА, своевременная диагностика и лечение, доступность медицинской помощи, реабилитация как амбулаторно, так и в стационаре имеет большое значение.

Интересен опыт создания ассоциаций больных с ЗПА, ассоциаций специалистов сердечно-сосудистых хирургов, школ пациентов с ЗПА, их информационного сопровождения по вопросам лечения и профилактики ЗПА.

ЗПА продолжают оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Учитывая демографическую тенденцию к старению и глобальный рост курения и диабета в обозримом будущем, можно ожидать еще большего числа случаев ЗПА. ЗПА не должны игнорироваться здравоохранением, необходимо активизировать усилия по совершенствованию профилактики, ранней диагностики и лечения ЗПА, равно как и осведомленность об этом заболевании среди медицинских работников и населения. Требуются дополнительные эпидемиологические исследования.

Очень важна также скоординированная работа специалистов поликлиник и больниц, от этого зависит эффективность лечения пациентов. Для этого желателен совместный междисциплинарный подход с участием сосудистых и рентгеноэндоваскулярных хирургов, кардиологов, эндокринологов, специалистов по раневой инфекции. Необходимо также улучшить подготовку врачей амбулаторно-поликлинического звена, наладить преемственность между поликлиниками и стационарами.

## ГЛАВА 2

### МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ источников отечественной и зарубежной литературы позволил сформулировать ряд гипотез, ставших основой изучения современной практики оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий, поиска механизмов совершенствования ее бесплатного оказания в РФ.

Проанализирована история развития первичной и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе периферических артерий в РФ и за её пределами. Проанализированы современные меры, предпринимаемые в РФ, по усилению борьбы с БСК, в том числе современные аспекты организации медицинской помощи больным с ЗПА.

Аналізу подвергнуты доступные источники литературы, нормативные и методические документы, принятые в здравоохранении в изученный период в целях реализации процесса оказания бесплатной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения. Всего проанализированы 460 источников, в том числе 254 – отечественной литературы, нормативных и методических документов и 206 – зарубежной литературы.

Достижение цели исследования и решение поставленных задач реализовано на основе разработанной методики, содержащей комплекс методов: историко-аналитический, статистический, социологический, экспериментальный.

В статистический анализ данных вошли: расчет показателей динамического ряда, показателей соотношения, удельного веса, частоты, оценка достоверности разности показателей по критерию Стьюдента, корреляционный анализ по методу Пирсона.

**Объектом исследования** явилась система оказания медицинской помощи при БСК, в том числе при ЗПА в РФ.

**Предметом исследования** явилась общая и первичная заболеваемость БСК, общая и первичная заболеваемость ЗПА; деятельность МО по диагностике, лечению, динамическому наблюдению больных ЗПА; объемы оказания медицинской помощи и задействованные ресурсы; преемственность в оказании медицинской помощи больным ЗПА на различных этапах оказания им медицинской помощи; приверженность граждан к профилактическим мероприятиям и их информированность о важности динамического наблюдения за своим здоровьем.

**Единицей наблюдения** явились отчеты и показатели работы МО, оказывающих первичную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РФ; пациенты, получающие медицинскую помощь при ЗПА на различных ее этапах; врачи, занятые в оказании медицинской помощи больным ЗПА.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра при проведении настоящего исследования изучены следующие группы ЗПА, представленные в Таблице 2.1.

Работа, в соответствии с разработанной комплексной методикой и специальным инструментарием проводилась в нескольких направлениях, которые представлены в Таблице 2.2.

Таблица 2.1. – Структура заболеваний группы «Болезни артерий, артериол и капилляров», изученных в рамках настоящего исследования

Группы ЗПА	Код по МКБ-10
Атеросклероз (артериолосклероз, артериосклероз, атерома, артериосклеротическая болезнь сосудов, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий (артериит, эндартериит)	I70
аневризма и расслоение аорты	I71
другие формы аневризмы и расслоения (аневризма и расслоение сонной артерии, артерии верхних конечностей, почечной артерии, подвздошной артерии, артерии нижних конечностей)	I72
другие болезни периферических сосудов (синдром Рейно, облитерирующий тромбоангиит (болезнь Бергера), другие уточненные болезни периферических сосудов (acroцианоз, акропарэстезия, эритроцианоз, эритромелалгия), болезнь периферических сосудов неуточненная (перемежающаяся хромота, спазм артерий)	I73
эмболия и тромбоз артерий (брюшной аорты, других и неуточненных отделов аорты, артерий верхних конечностей, артерий нижних конечностей)	I74
другие поражения артерий и артериол (артериовенозный свищ приобретенный, сужение артерий, разрыв артерии, мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий, синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты, некроз артерии, артериит неуточненный, другие уточненные изменения артерий и артериол (эрозия артерии, язва артерии), изменение артерий и артериол неуточненное	I77
поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках	I79



Таблица 2.2 Методика исследования

№	Задачи исследования	Инструментарий	Субъекты, период, метод и объем наблюдения
1.	Проанализировать распространенность ЗПА в субъектах РФ, их динамику, структуру и объемы оказываемой при них медицинской помощи	«Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в РФ»	85 субъектов РФ, за 2010-2019 годы, сплошной метод, <b>n = 5100</b> показателей заболеваемости ЗПА в РФ
		«Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в субъектах РФ»	23 субъекта РФ, за 2019 год, сплошной метод, <b>n = 416</b> показателей, характеризующих заболеваемость ЗПА в РФ
		«Карта изучения заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в Санкт-Петербурге по данным медицинской статистики»	60 поликлиник в Санкт-Петербурге, за 2010-2022 годы, сплошной метод, <b>n = 3600</b> показателей, характеризующих заболеваемость ЗПА в Санкт-Петербурге
		«Карта изучения заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в Санкт-Петербурге по данным об оказанной медицинской помощи»	90 МО в Санкт-Петербурге (поликлиники, стационары), за 2016-2022 годы, сплошной метод наблюдения, <b>n = 10080</b> показателей, характеризующих фактическую заболеваемость ЗПА в Санкт-Петербурге
2.	Проанализировать нормативное правовое регулирование оказания медицинской помощи при ЗПА	Проведен анализ содержания нормативных правовых и методических документов федерального уровня РФ, регулирующих оказание медицинской помощи при ЗПА, за 2015-2023 годы, изучено 7 нормативных и методических документов	
3.	Проанализировать доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗПА	«Карта изучения организации динамического наблюдения больных ЗПА в РФ по данным медицинской статистики»	16 субъектов РФ, за 2019 год, 60 поликлиник Санкт-Петербурга, за 2015–2020 годы, сплошной метод, <b>n = 456</b> показателей, характеризующих ДН больных ЗПА в РФ и Санкт-Петербурге
		«Карта изучения организации динамического наблюдения больных ЗПА в Санкт-Петербурге»	60 поликлиник, 2 КДЦ, 17 АКО стационаров в Санкт-Петербурге, за 2019 год, сплошной метод, <b>n = 395</b> показателей, характеризующих фактическую организацию ДН при ЗПА

№	Задачи исследования	Инструментарий	Субъекты, период, метод и объем наблюдения
		«Карта оценки организации медицинской помощи в ДС при ЗПА в Санкт-Петербурге»	60 поликлиник, 2 КДЦ, 8 стационаров в Санкт-Петербурге, за период 2015-2022 годы, сплошной метод, <b>n = 6160</b> показателей, характеризующих оказание стационарозамещающей медицинской помощи при ЗПА
4.	Проанализировать показатели, характеризующие предоставление при ЗПА специализированной медицинской помощи	«Карта изучения госпитализированной заболеваемости ЗПА в Санкт-Петербурге»	30 стационаров в Санкт-Петербурге, за 2016-2022 годы, сплошной метод, <b>n = 520</b> показателей, характеризующих оказание специализированной медицинской помощи при ЗПА
		«Карта изучения объемов специализированной медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге»	30 стационаров в Санкт-Петербурге, за 2016-2022 годы, сплошной метод, <b>n = 920</b> показателей, характеризующих фактические объемы и стоимость специализированной медицинской помощи при ЗПА
		«Карта случая стационарного лечения больного ЗПА»	12 стационаров в Санкт-Петербурге, за 2019 год, выборочный метод, <b>n = 740</b> больных
5.	Оценить удовлетворенность пациентов с ЗПА доступностью и качеством медицинской помощи на всех этапах ее оказания	«Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании ПМСП в РФ»	1 федеральная клиника в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 510</b> больных ЗПА, получавших ПМСП в субъектах РФ
		«Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в КДЦ»	5 КДЦ в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 450</b> больных ЗПА, получавших первичную специализированную медико-санитарную помощь
		«Анкета изучения мнения пациента с ЗПА о медицинской помощи в стационаре»	10 стационаров в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 1051</b> больной с ЗПА, получавший специализированную медицинскую помощь
		«Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в федеральной клинике»	2 федеральные клиники в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 860</b> больных ЗПА, получавших специализированную медицинскую помощь
		«Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской	15 МО в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 2955</b> больных ЗПА, получавших ПМСП и

№	Задачи исследования	Инструментарий	Субъекты, период, метод и объем наблюдения
		помощи при ЗПА»	специализированную медицинскую помощь
6.	Проанализировать мнение врачей о недостатках и возможных путях оптимизации предоставления медицинской помощи при ЗПА	«Карта оценки врачебных ресурсов при оказании медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге»	163 МО в Санкт-Петербурге, оказывающие медицинскую помощь больным ЗПА, за 2022 год, сплошной метод, <b>n = 1467</b> показателей, характеризующих кадровые ресурсы врачей
		«Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при БСК, в том числе ЗПА»	15 МО в Санкт-Петербурге, за 2022 год, выборочный метод, <b>n = 125</b> врачей
7.	Разработать систему пациенториентированных организационных мер по совершенствованию порядка предоставления, доступности, качества и преемственности медицинской помощи при ЗПА	Результаты, полученные на предыдущих этапах исследования	
		«Анкета изучения мнения врача об оказании медицинской помощи при ЗПА»	4 МО в Санкт-Петербурге, за 2023 год, сплошной метод, <b>n = 123</b> врача
		«Анкета изучения мнения больного ЗПА об оказанной медицинской помощи»	4 МО в Санкт-Петербурге, за 2023 год, сплошной метод, <b>n = 1953</b> больных
		«Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской помощи при ЗПА»	4 МО в Санкт-Петербурге, за 2023 год, сплошной метод, <b>n = 1953</b> больных

**Для решения первой задачи исследования** – проведения анализа распространенности ЗПА в субъектах РФ, их динамики, структуры и объемов оказываемой при них медицинской помощи прежде всего проведен анализ сведений федерального статистического наблюдения по форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» [200].

В целях изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в целом в РФ, а также в восьми ФО и 85 субъектах РФ за период с 2010 по 2019 годы проведен анализ ежегодных сводных данных, формируемых ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ на основе федерального статистического наблюдения по форме № 12. Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту: «Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в РФ» (Приложение А).

В динамике были проанализированы следующие основные показатели заболеваемости БСК и ЗПА в РФ:

Общая заболеваемость =  $(\text{Зарегистрировано заболеваний всего} / \text{Численность населения}) \times 100\ 000$ ;

Первичная заболеваемость =  $(\text{Зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом} / \text{Численность населения}) \times 100\ 000$ ;

Доля ЗПА из числа зарегистрированных БСК =  $(\text{Зарегистрировано ЗПА всего} \times 100 / \text{зарегистрировано БСК всего})$ ;

Доля ЗПА из числа впервые выявленных БСК =  $(\text{Зарегистрировано с впервые в жизни установленным диагнозом ЗПА всего} \times 100 / \text{зарегистрировано с впервые в жизни установленным диагнозом БСК всего})$ .

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 5100 показателей заболеваемости БСК, в том числе ЗПА, иных БСК, являющихся коморбидным фоном для развития ЗПА.

Отдельно, в 23 субъектах РФ более подробно проанализированы сводные статистические данные медицинских информационно-аналитических центров по

форме федерального статистического наблюдения № 12, в том числе изучена структура заболеваемости БСК, в том числе ЗПА за 2019 год.

Выбор субъектов РФ, на базе которых проведено исследование, осуществлен на основе равномерности половозрастной структуры их населения, наиболее всего, в среднем по выбранным субъектам РФ отвечающей половозрастной структуре населения РФ в целом (16 субъектов РФ): Кировская, Саратовская, Волгоградская, Оренбургская области, Республика Адыгея, Чувашская республика, Республика Карелия, Республика Башкортостан, Удмурдская Республика, Республика Коми, Республика Татарстан, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика, Краснодарский, Ставропольский края, Санкт-Петербург. Также в ряд выбранных субъектов РФ вошли регионы Северо-Западного ФО (7 субъектов), ближайшие к основной базе нашего исследования городу федерального значения Санкт-Петербургу: Новгородская, Псковская, Ленинградская, Калининградская, Мурманская, Вологодская области, Ненецкий автономный округ.

Выбор периода проведения углубленного исследования вопросов заболеваемости ЗПА обусловлен влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции в последующие годы. Так, предварительный анализ заболеваемости за 2020 и последующие годы показал значительное ее снижение, причем по хроническим неинфекционным заболеваниям, которые в предыдущие годы имели устойчивую тенденцию к росту. Это объясняется значительными изменениями в технологии оказания медицинской помощи в период пандемии: введением противоэпидемических ограничений в большинстве субъектов РФ, перепрофилированием многих специализированных отделений в инфекционные, приостановкой плановой ПМСП, в том числе профилактических мероприятий.

Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта изучения динамики заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в субъектах РФ» (Приложение Б). Были рассчитаны экстенсивные показатели структуры первичной и общей заболеваемости БСК в процентах, в том числе оценена доля БСК, являющихся коморбидным фоном развития ЗПА.

В выбранных субъектах РФ изучено 416 показателей, характеризующих заболеваемость ЗПА, а также иных БСК, являющихся коморбидным фоном для развития ЗПА.

Основной базой проведенного нами исследования заболеваемости БСК, в том числе ЗПА, стали МО, оказывающие ПМСП в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге. В динамике за период с 2011 по 2022 годы проанализированы данные федерального статистического наблюдения по форме № 12, которые ежегодно формируются 60 МО (городскими поликлиниками), обслуживающими прикрепленное взрослое население по территориально-участковому принципу.

Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта изучения заболеваемости БСК, в том числе ЗПА в Санкт-Петербурге по данным медицинской статистики» (Приложение В).

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 3600 показателей, характеризующих заболеваемость ЗПА в Санкт-Петербурге.

В связи с тем, что данные федерального статистического наблюдения по форме № 12 содержат ограниченные сведения о ЗПА (только суммарные данные об эндартериите (I 70.2) и облитерирующем тромбангиите (болезни Бергера) (I 71.3), в целях выявления фактического уровня заболеваемости ЗПА, на примере Санкт-Петербурга проведено изучение объемов и стоимости оказанной медицинской помощи больным по поводу заболеваний, приведенных в Таблице 2.1. В 60 городских поликлиниках и 30 стационарах в Санкт-Петербурге, обслуживающих взрослое население, являющихся основной базой настоящего исследования, проведена выкопировка сведений из первичных учетных медицинских документов: по форме № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и по форме № 066/у «Статистическая карта выбывшего из МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях ДС» за период с 2016 по 2022 годы на специально разработанные карты «Карта изучения заболеваемости БСК, в том

числе ЗПА в Санкт-Петербурге по данным об оказанной медицинской помощи» (Приложение Г).

Примененный подход позволил оценить уровень первичной и общей заболеваемости ЗПА в целом, отдельными ЗПА (Таблица 2.1.), в том числе в динамике, уточнить структуру ЗПА, а также БСК, являющихся коморбидным фоном для развития ЗПА. Кроме того, проведена оценка в динамике финансовых затрат в рамках Территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге за изученный период на оказание медицинской помощи больным ЗПА согласно перечню, представленному в Таблице 2.1.

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 10080 показателей, характеризующих фактическую заболеваемость ЗПА в Санкт-Петербурге.

Анализ нормативного правового регулирования оказания медицинской помощи при ЗПА (**вторая задача исследования**) проведен на основе изучения положений нормативных правовых и методических документов РФ федерального уровня, действовавших в период, изученный в рамках настоящего исследования. Проанализированы следующие документы:

Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с БСК»;

Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;

Приказ МЗ РФ от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

Приказ МЗ РФ от 15.05.2021 № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. – Москва, 2013;

Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. – Москва, 2019.

Для проведения анализа доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗПА (**третья задача исследования**) прежде всего, изучены вопросы организации и охвата больных ДН. Проанализированы сводные статистические данные федерального статистического наблюдения по форме № 12 медицинских информационно-аналитических центров, выбранных нами вышеописанных 16 субъектов РФ, а также Санкт-Петербурга за 2019 год. Выкопировка сведений проводилась на специально разработанную карту «Карта изучения организации динамического наблюдения больных ЗПА в РФ по данным медицинской статистики» (Приложение Д).

Определена взаимосвязь уровней охвата больных ДН при БСК и при ЗПА, как из общего их числа, так и из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом по данным 2019 года. Для изучения взаимосвязи между указанными параметрами, характеризующими общие подходы к проведению ДН при БСК применен корреляционный анализ по методу Пирсона. Коэффициент корреляции ( $r$ ), отражающий силу, тесноту и направленность связи между параметрами рассчитан по следующей формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \times d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \times \sum d_y^2}}$$

где:

$r$  – значение коэффициента корреляции,

$d$  – отклонение значение сравниваемого параметра от его среднего значения.

На примере Санкт-Петербурга охват ДН больных БСК, в том числе ЗПА проанализирован также в динамике за период с 2015 по 2020 годы с расчетом показателей динамического ряда: темпа прироста, показателя роста.

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 456 показателей, характеризующих организацию проведения ДН при БСК, в том числе при ЗПА в РФ и в Санкт-Петербурге.



С учетом выявленных на предыдущих этапах исследования несовершенств нормативного правового регулирования, недостаточного охвата больных ДН по данным медицинской статистики, в целях уточнения фактических объемов оказания ПМСП в рамках ДН больным ЗПА нами, на примере Санкт-Петербурга проведен комплексный анализ данных МО об оказанной медицинской помощи за 2019 год.

Базой для проведения данного этапа нашего исследования в Санкт-Петербурге стали МО, оказывающие ПМСП и первичную специализированную медико-санитарную помощь взрослым больным ЗПА: 60 городских поликлиник, 2 КДЦ и 17 АКО стационаров.

Выкопировка сведений из первичных учетных медицинских документов базовых МО (№ 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию») проведена на специально разработанную карту «Карта изучения организации динамического наблюдения больных ЗПА в Санкт-Петербурге» (Приложение Е). Анализ полученных данных проведен с помощью расчета экстенсивных (структура случаев оказания ПМСП пациентам с ЗПА, доля больных ЗПА в структуре посещений врачей-специалистов, структура ЗПА-поводов для ДН, структура оказания медицинской помощи больным ЗПА в АКО стационаров и КДЦ) и интенсивных показателей (частота предоставления медицинских услуг больным ЗПА в рамках ПМСП в базовых МО).

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 395 показателей, характеризующих фактическую организацию ДН при ЗПА в Санкт-Петербурге.

Вопросы организации медицинской помощи больным ЗПА в условиях ДС в рамках настоящего исследования изучены на примере ее предоставления пациентам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге за период 2015-2022 годов.

Изучение проведено по данным федерального статистического наблюдения по форме № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-

профилактического учреждения», формируемым базовыми МО, имеющими в своем составе ДС для оказания медицинской помощи при ЗПА: 60 городскими поликлиниками, 8 стационарами и 2 КДЦ. Выкопировка сведений проведена на специально разработанную карту «Карта оценки организации медицинской помощи в ДС больным ЗПА в Санкт-Петербурге» (Приложение Ж).

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 6160 показателей, характеризующих оказание стационарозамещающей медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге.

**Четвертая задача исследования** – проанализировать показатели, характеризующие предоставление при ЗПА специализированной медицинской помощи. Для решения поставленной задачи проведено комплексное исследование в следующих направлениях.

Прежде всего, сплошным методом наблюдения за период с 2016 по 2022 годы были изучены данные федерального статистического наблюдения по форме № 14 «Сведения о деятельности подразделений МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [200] 30 МО, осуществляющих оказание специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге при ЗПА. В состав указанных 30 базовых стационаров включены крупные многопрофильные городские стационары Санкт-Петербурга, в том числе СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», а также федеральные и ведомственные клиники ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». Выкопировка сведений проведена на специально разработанную карту «Карта

изучения госпитализированной заболеваемости ЗПА в Санкт-Петербурге» (Приложение З).

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 520 показателей, характеризующих оказание специализированной медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге.

Кроме того, в связи с тем, что данные федерального статистического наблюдения по форме № 14 содержат ограниченные сведения о ЗПА (только суммарные данные об эндартериите (I 70.2) и облитерирующем тромбангите (болезни Бергера) (I 71.3), на базе тех же 30 стационаров сплошным методом наблюдения за период с 2016 по 2022 годы проведено изучение объемов и стоимости медицинской помощи по данным учета оказанной медицинской помощи в рамках Территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге. Выкопировка сведений проведена на специально разработанную карту «Карта изучения объемов специализированной медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге» (Приложение И).

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 920 показателей, характеризующих оказание специализированной медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге.

В целях детализации вопросов оказания специализированной медицинской помощи больным ЗПА изучена медико-статистическая характеристика пациентов, а также оценена ее доступность. В 2019 году стационарах, расположенных на территории Санкт-Петербурга, на специально разработанную карту «Карта случая стационарного лечения больного ЗПА» (Приложение К) проведен сбор данных. Выбор базовых стационаров для проведения настоящего этапа исследования произведен с учетом необходимости представить наиболее полную характеристику больных ЗПА в РФ. В связи с этим в ряд базовых стационаров были включены 10, оказавших в 2019 году наибольший объем специализированной медицинской помощи больным ЗПА – жителям Санкт-Петербурга: СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», а также 2 крупнейшие на территории Санкт-Петербурга федеральные клиники, оказавшие в изученный период основной объем специализированной медицинской помощи больным ЗПА из различных субъектов РФ в рамках Базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

Анализ проведен с применением метода выборочного наблюдения, путем выкопировки сведений из учетной формы 003/у «Медицинская карта стационарного больного», учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию».

Объем репрезентативной выборки для проведения анализа рассчитан по общеизвестной формуле:

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2 \times N}{(N \times \Delta^2 + t^2 \times \delta^2)}$$

где:

$n$  – величина выборки;

$\delta$  – дисперсия;

$t$  – доверительный коэффициент;

$\Delta$  – предельная ошибка выборки;

$N$  – численность генеральной совокупности.

Выборка репрезентативна ( $\delta = 0,5$ ;  $t = 2$ ;  $\Delta = 0,05$ ), результаты исследования в высокой степени достоверны (95% случаев с предельной ошибкой  $\pm 5$ ).

По данным федерального статистического наблюдения по форме № 12 в РФ количество впервые выявленных больных ЗПА в 2019 году (до введения противоэпидемических мероприятий, повлиявших на структуру оказания

медицинской помощи и ее ресурсное обеспечение) составило 79 098, данное количество принято за генеральную совокупность в целях настоящего исследования.

Итого:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5^2 \times 79098}{(79098 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5^2)} = 399 \text{ пациентов}$$

Для получения достоверных данных в ходе исследования необходимо получить сведения о 399 пациентах, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарах Санкт-Петербурга.

Нами получены данные о 740 больных ЗПА, что свидетельствует об их достоверности.

**Пятая задача исследования** – оценить удовлетворенность пациентов с ЗПА доступностью и качеством медицинской помощи на всех этапах ее предоставления решена путем проведения социологических опросов больных ЗПА по вопросам их удовлетворенности различными аспектами оказания соответствующей медицинской помощи.

Программа социологического исследования была разработана с привлечением ведущих специалистов факультета социологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Программа включала в себя четыре опросника для больных ЗПА, получавших медицинскую помощь на различных этапах: ПМСП в поликлинике по месту жительства, первичной специализированной медико-санитарной помощи в КДЦ, специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре. В целях изучения особенностей оказания медицинской помощи больным ЗПА на вышеуказанных этапах и учета мнения об этом больных из различных субъектов РФ в качестве базы для проведения социологических опросов выбраны МО, осуществляющие оказание соответствующей медицинской помощи больным как в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, так и Базовой программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Опросники включали несколько основных разделов, позволяющих изучить мнение пациентов о качестве и доступности медицинской помощи на соответствующем ее этапе, оценить их удовлетворенность. Социологический опрос проведен в 2022 году с использованием выборочного метода исследования.

Число респондентов, чье мнение необходимо изучить в ходе опросов, определено по общеизвестной формуле:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta^2}$$

где:

$n$  – количество единиц наблюдения,

$t$  – доверительный коэффициент,

$p$  – значение показателя,

$q = 100 - p$ ,

$\Delta$  – предельная ошибка показателя ( $2m$ ).

По каждому опроснику было проведено пилотажное исследование на малой выборке (50 человек), по одному ключевому вопросу для каждой выборочной совокупности респондентов. Это позволило определить по вышеуказанной формуле размеры выборочной совокупности для проведения основного этапа опросов.

Вопросы оказания ПМСП в субъектах РФ изучены с использованием специально разработанного опросника «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании ПМСП в РФ» (Приложение Л). В качестве базы для проведения опроса выбрана федеральная клиника ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова». Больные, проходившие лечение в базовой федеральной клинике, имеют достаточно большой опыт взаимодействия с системой здравоохранения в своих субъектах РФ и могут объективно оценить организационные и иные аспекты оказания ПМСП в РФ.

Пилотажное исследование по ключевому вопросу показало, что 45,5% респондентов оценивают организацию ПМСП помощи при ЗПА как неэффективную.

$$n = 2^2 \times 45,5 \times 64,5 / (3 \times 2)^2 = 254$$

Таким образом, произведя подсчеты по вышеуказанной формуле, находим, что для достоверности выборки в 95 % необходимо провести опрос 275 больных ЗПА. Нами было распространено среди больных, проходивших лечение в отделении сердечно-сосудистой хирургии базовой федеральной клиники 700 анкет, в итоге, за 2022 год анкеты заполнили 540 человек, 30 анкет (5,5%) были признаны неинформативными, а 510 анкет обработаны. Таким образом полученный объем выборки репрезентативен.

Особенности оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи были изучены с использованием специально разработанного опросника «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в КДЦ» (Приложение М) на базе КДЦ на территории Санкт-Петербурга, обслуживающих как жителей Санкт-Петербурга, так и иных субъектов РФ: СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр № 1», СПб ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр № 85» Кировского района Санкт-Петербурга, консультативно-диагностический центр клиники им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и поликлиника с клиничко-диагностическим центром ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

Пилотажное исследование по ключевому вопросу показало, что 75,1% респондентов были вынуждены обращаться для консультации в КДЦ в связи с отсутствием профильного специалиста врача-сердечно-сосудистого хирурга в поликлинике по месту жительства.

$$n = 2^2 \times 75,1 \times 24,9 / (3 \times 2)^2 = 207$$

Таким образом, произведя подсчеты по вышеуказанной формуле, находим, что для достоверности выборки в 95 % необходимо провести опрос 207 больных ЗПА в КДЦ. Нами было распространено среди больных, получивших

консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга в базовых КДЦ 500 анкет, в итоге, за 2022 год анкеты заполнили 470 человек, 20 анкет (5,5%) были признаны неинформативными, а 450 анкет обработаны. Таким образом полученный объем выборки репрезентативен.

Вопросы удовлетворенности больных ЗПА специализированной медицинской помощью изучены на базе 10 стационаров в Санкт-Петербурге, оказавших в 2019 году наибольший объем специализированной медицинской помощи больным ЗПА: СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина». Опрос проведен по специально разработанной анкете «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА о медицинской помощи в стационаре» (Приложение Н).

Пилотажное исследование по ключевому вопросу показало, что 60,1% респондентов были вынуждены ожидать плановой госпитализации дольше установленных сроков.

$$n = 2^2 \times 60,1 \times 39,9 / (3 \times 2)^2 = 266$$

Таким образом, произведя подсчеты по вышеуказанной формуле, находим, что для достоверности выборки в 95 % необходимо провести опрос 266 больных ЗПА. Нами было распространено среди больных, проходивших лечение в отделениях сердечно-сосудистой хирургии базовых стационаров 1200 анкет, в итоге, за 2022 год анкеты заполнили 1090 человек, 39 анкет (3,5%) были признаны неинформативными, а 1051 анкета обработана. Таким образом полученный объем выборки репрезентативен.

Оказание специализированной медицинской помощи в федеральной клинике, как учреждении наивысшего уровня компетенций, направлено на наиболее сложные случаи ЗПА, требующие, в том числе высокотехнологичного



лечения. Вопросы удовлетворенности больных ЗПА оказанием медицинской помощи в федеральной клинике изучены на базе 2-х крупнейших на территории Санкт-Петербурга федеральных клиник, оказавших в 2019 году основной объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи больным ЗПА из различных субъектов РФ в рамках Базовой программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в РФ: ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова». Опрос проведен по специально разработанной анкете «Анкета изучения мнения пациента с ЗПА об оказании медицинской помощи в федеральной клинике» (Приложение О).

Пилотажное исследование по ключевому вопросу показало, что 63,8% респондентов были вынуждены ожидать плановой госпитализации дольше установленных сроков.

$$n = 2^2 \times 63,8 \times 36,2 / (3 \times 2)^2 = 257$$

Таким образом, произведя подсчеты по вышеуказанной формуле, находим, что для достоверности выборки в 95 % необходимо провести опрос 257 больных ЗПА. Нами было распространено среди больных, проходивших лечение в отделениях сердечно-сосудистой хирургии базовых федеральных клиник 900 анкет, в итоге, за 2022 год анкеты заполнили 875 человек, 15 анкет (1,7%) были признаны неинформативными, а 860 анкет обработаны. Таким образом полученный объем выборки репрезентативен.

Дополнительно на каждом этапе проведения социологического опроса, к каждому опроснику респондентам предлагалось заполнить дополнительный блок, включающий вопросы оценки информационной доступности медицинской помощи для больных ЗПА «Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской помощи при ЗПА» (Приложение П). Всего было распространено 3300 дополнительных опросников, заполнили их 2975 человек, 20 были признаны неинформативными (0,6%), а 2955 обработаны.

**Шестая задача исследования** – проанализировать мнение врачей о недостатках и возможных путях оптимизации предоставления медицинской помощи при ЗПА решена с использованием преимущественно социологического метода.

Прежде всего, дана характеристика в динамике за период с 2015 по 2022 год кадровых врачебных ресурсов 163 базовых МО, осуществляющих оказание медицинской помощи больным ЗПА за 2022 год, по данным федерального статистического наблюдения по форме № 30 «Сведения о деятельности МО». Выкопировка сведений проведена на специально разработанную карту «Карта оценки врачебных ресурсов при оказании медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге» (Приложение Р).

Кадровые врачебные ресурсы изучены на основе расчета следующих показателей:

Укомплектованность штатов =  $(\text{Число занятых должностей} / \text{Число штатных должностей}) \times 100\%$ ;

Укомплектованности штатов физическими лицами =  $(\text{Число физических лиц} / \text{Число штатных должностей}) \times 100\%$ ;

Коэффициент совместительства =  $(\text{Число занятых должностей} / \text{Число физических лиц})$ .

С использованием сплошного метода наблюдения изучено 1467 показателей, характеризующих кадровые врачебные ресурсы в Санкт-Петербурге.

Социологический опрос врачей проведен в 2022 году выборочным методом по специально разработанной с участием ведущих специалистов факультета социологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» программе с использованием опросника «Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при БСК, в том числе ЗПА» (Приложение С), включающей в том числе: вопросы организации работы врачей, вопросы оценки ими качества и доступности оказанной больным БСК, в том числе ЗПА медицинской помощи на различных этапах, предложения по возможным направлениям совершенствования оказания медицинской помощи при БСК, в том

числе ЗПА.

Социологический опрос проведен среди врачей-сердечно-сосудистых хирургов, работающих в различных МО в Санкт-Петербурге. Отбор респондентов проведен методом двухступенчатой гнездовой выборки. В качестве гнезд (групп респондентов) выделены типы МО: городские поликлиники для взрослых, КДЦ, АКО городских стационаров, КДЦ федеральных клиник, городские стационары, федеральные клиники. В целом в 2022 году, согласно данным федерального статистического наблюдения по форме № 30 «Сведения о деятельности МО» в МО на территории Санкт-Петербурга осуществляли свою трудовую деятельность 217 врачей-сердечно-сосудистых хирургов. На первом этапе проведено распределение врачей по группам в соответствии с типом МО.

На втором этапе, в рамках самих групп был осуществлен отбор респондентов по методу квотной выборки, репрезентативной по отношению к социально-демографической структуре работников, выбранных МО, занятых в оказании медицинской помощи больным ЗПА. Учтены следующие параметры: стаж работы врачей по специальности и стаж работы врачей в данной МО. В число респондентов, в большинстве, вошли врачи с большим стажем работы по специальности сердечно-сосудистая хирургия – 50,3 % из них имели врачебный стаж по своей специальности более 10 лет, а 37,3 % – более 15 лет. Распределение врачей по длительности их работы в МО следующее: 70% работают в МО более 7 лет, 15% - более 10 лет, 155 – более 15 лет. На основе вышеизложенных принципов сформирована квотная выборка из 125 врачей-сердечно-сосудистых хирургов, все опрошены.

**Седьмая задача исследования** – разработать систему пациентоориентированных организационных мер по совершенствованию порядка предоставления, преемственности, доступности, качества и преемственности медицинской помощи при ЗПА.

Учитывая результаты предшествующих этапов исследования (Главы 3–7), подтвержденных выводами гипотез, на примере Санкт-Петербурга разработан комплекс мер по совершенствованию порядка оказания медицинской помощи при

ЗПА, ее преемственности, доступности и качества.

В рамках разработанных мер сформулированы основные направления совершенствования медицинской помощи при ЗПА: совершенствование учета ЗПА, внедрение порядка оказания медицинской помощи при ЗПА, совершенствование организации ПМСП больным ЗПА, совершенствование организации специализированной медицинской помощи больным ЗПА.

По вышеуказанным направлениям реализовано: разработаны методические документы по совершенствованию организации медицинской помощи при ЗПА, что реализовано на практике в рамках организационного эксперимента.

С целью внедрения единообразных подходов к полноценному учету БСК, в том числе в части болезней артерий, артериол и капилляров и планированию на его основе объемов оказания медицинской помощи больным ЗПА при профилактике рецидивов и осложнений разработаны методические рекомендации «Осуществление учета ЗПА в формах федерального статистического наблюдения» (Приложение Т).

В рекомендациях представлено обоснование необходимости расширения нозологических форм БСК, отдельно учитываемых в формах федерального статистического наблюдения, отражающих сведения о числе заболеваний, выявленных при оказании ПМСП, специализированной медицинской помощи (Глава 8);

Для определения порядка оказания медицинской помощи, в том числе маршрутизации пациентов и ДН при ЗПА разработаны «Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий» (Приложение У).

В рекомендациях представлено обоснование необходимости введения порядка в практическое здравоохранение, предложены обоснования организации ДН больных профильными специалистами, их маршрутизации, в том числе в рамках оказания медицинской помощи МО субъекта РФ, а также на уровне межсубъектного взаимодействия (Глава 8).

В целях совершенствования планирования оказания специализированной медицинской помощи при ЗПА сформированы региональные нормативы планирования специализированной медицинской помощи (Приложение Ф).

На основе расчета по формуле Г.А. Попова определена потребность в койках круглосуточного стационара для лечения ЗПА:

$$K = \frac{U_z \times \Gamma \times K_d}{D_r \times 100}$$

Где:

K – необходимое количество среднегодовых коек на 1000 жителей;

U<sub>з</sub> – уровень заболеваемости на 1000 населения;

Г – процент госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи;

K<sub>д</sub> – среднее плановое число дней пребывания больного на койке;

D<sub>г</sub> – среднее плановое число дней работы койки в году.

С целью внедрения единообразных инструментов контроля полноты проведения динамического наблюдения больных ЗПА разработаны «Рекомендации по обоснованию, расчету и внедрению дополнительных показателей оценки реализации федерального проекта «Борьба с БСК» (Приложение X).

В ряд показателей включены:

1. «Доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН на конец отчетного периода, процент».

Расчет показателя проводится по формуле:

$$ЗПА_{сдн} = \frac{С}{3} \times 100$$

где:

ЗПА<sub>сдн</sub> - доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН на конец отчетного периода, процент;

С - количество граждан, состоящих под ДН по поводу заболеваний периферических артерий на конец отчетного периода;

З - количество граждан с зарегистрированными ЗПА на конец отчетного периода.

2. «Доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент».

Расчет показателя проводится по формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{пдн}} = \frac{\text{П}}{\text{С}} \times 100$$

где:

$\text{ЗПА}_{\text{пдн}}$  - доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент;

П - количество граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде;

С - количество граждан, состоящих под ДН по поводу заболевания периферических артерий на конец отчетного периода.

3. «Доля граждан с ЗПА, посетивших МО, предоставляющую первичную медико-санитарную помощь в текущем году, удовлетворенных оказанной медицинской помощью, процент».

Расчет показателя проводится по формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{удв}} = \frac{\text{У}}{\text{О}} \times 100$$

где:

$\text{ЗПА}_{\text{удв}}$  - доля граждан с ЗПА, удовлетворенных оказанной медицинской помощью в отчетном периоде, процент;

У - количество граждан с ЗПА, удовлетворенных медицинской помощью в отчетном периоде;

О - количество граждан с ЗПА, опрошенных по вопросам удовлетворенности медицинской помощью на конец отчетного периода.

В целях апробации подходов к повышению доступности медицинской помощи при ЗПА в период 1-3 кварталов 2023 года на базе одного из городских стационаров Санкт-Петербурга и 3 поликлиник, осуществляющих оказание ПМСП в районе расположения стационара, проведен организационный эксперимент, основой которого стали мероприятия по обеспечению преемственности медицинской помощи.

В рамках организационного эксперимента на уровне МО был утвержден ряд документов (Приложение Ц):

- маршрутизация больного ЗПА при осуществлении ДН;
- критерии оценки результатов взаимодействия МО по обеспечению преемственной медицинской помощи при ЗПА;
- порядок публичного и индивидуального информирования больных ЗПА о факторах риска развития и осложнениях заболевания, необходимости ведения здорового образа жизни, своевременного прохождения диспансеризации;
- состав сведений медико-статистического регистра и порядок информационного обмена между МО в целях обеспечения преемственности медицинской помощи на всех этапах ее оказания, обеспечения ее доступности и своевременности предоставления;
- мониторинг удовлетворенности больных ЗПА оказываемой им медицинской помощью.

Для обеспечения полноценной реализации организационного эксперимента на первом его этапе в 1 квартале 2023 года было организовано повышение квалификации врачей-специалистов МО – участников организационного эксперимента. Совместно с ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» была разработана и внедрена краткосрочная программа повышения квалификации «Основы диагностики и лечения заболеваний периферических артерий» (Приложение Ч). В обучении по данной программе приняли участие 123 врача, участвующих в проведении ДН больных при ЗПА в МО в рамках оказания ПМСП (врачи-терапевты, врачи общей практики (семейной медицины), врачи-хирурги). В программу обучения вошли

вопросы нормативного правового обеспечения оказания медицинской помощи при БСК, современные основы диагностики и лечения ЗПА, вопросы динамического наблюдения пациентов, профилактики развития сердечно-сосудистых событий, вопросы медицинской реабилитации больных ЗПА, вопросы обеспечения информационной доступности медицинской помощи при ЗПА на всех этапах.

Для оценки результативности обучения до и после его реализации проведен опрос его участников, применен сплошной метод наблюдения, опрошены все 123 врача. Для проведения опроса использован специально разработанный опросник «Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при ЗПА» (Приложение Ш).

Информационное сопровождение больных ЗПА в ходе организационного эксперимента проводилось в индивидуальной и публичной форме (Глава 8). В качестве дополнительного инструментария к устным разъяснительным беседам с врачами, а также публикацией информации на сайтах МО послужила специально разработанная «Записная книжка диспансерного пациента» (Приложение Щ). «Записная книжка диспансерного пациента» вручалась индивидуально каждому больному ЗПА при постановке на ДН. Кроме информации об особенностях течения ЗПА, документ включал ряд разделов для заполнения больным: уровень глюкозы крови (при наличии сахарного диабета), артериального давления, индекс массы тела, мониторинг дистанции безболевого ходьбы и признаков ишемии, а также раздел для отметок о запланированных визитах к врачу, диагностических мероприятиях. При проведении организационного эксперимента в 2023 году МО-участники с применением новых подходов к учету и ведению больных ЗПА успешно осуществили наблюдение 1965 человек.

Результативность организационного эксперимента (этапы его проведения подробно изложены в Главе 8) была оценена методом социологического опроса больных. Все 1965 человек, учтенных в регистре, в 2023 году были приглашены к участию в опросе методом формализованного интервью по телефону. Для проведения опроса применен специально разработанный опросник «Анкета



изучения мнения пациента с ЗПА» (Приложение Ц), а также «Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской помощи при ЗПА» (Приложение П). Согласились ответить на вопросы интервьюеров 1953 человека.

Таким образом, на основе разработанной комплексной методики, успешно реализованы все запланированные этапы исследования. Всего изучено 39 841 единиц наблюдения.

### ГЛАВА 3

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗПА представляют собой обширную группу в ряду патологии системы кровообращения. Группа ЗПА охватывает все артериальные заболевания экстракраниальных, висцеральных и почечных артерий, брюшной аорты и артерий конечностей. Согласно определению «Национальных рекомендаций по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей», разработанных совместно Российским обществом ангиологов и сосудистых хирургов, Ассоциацией сердечно-сосудистых хирургов РФ, Российским научным обществом рентгеноэндоваскулярных хирургов и интервенционных радиологов, Ассоциацией флебологов РФ [129], ЗПА – это синдромы, связанные с поражением экстракраниальных, висцеральных и почечных артерий, брюшной аорты и артерий конечностей. Наряду с этим, в клинической практике термин «болезнь периферических артерий» используется преимущественно при заболеваниях артерий нижних конечностей. Сосуды другой локализации, включая сонные и позвоночные артерии (их экстракраниальные сегменты), артерии верхних конечностей, брыжеечные и почечные артерии, также часто поражаются, главным образом атеросклерозом, и, таким образом, являются частью группы ЗПА.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра группа ЗПА включает:

- атеросклероз (I70), в том числе: артериолосклероз, артериосклероз, артериосклеротическая болезнь сосудов, атерома, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий (артериит, эндартериит);
- аневризма и расслоение аорты (I71);
- другие формы аневризмы и расслоения (I72), в том числе аневризма и расслоение сонной артерии, аневризма и расслоение артерии верхних

конечностей, аневризма и расслоение почечной артерии, аневризма и расслоение подвздошной артерии, аневризма и расслоение артерии нижних конечностей;

- другие болезни периферических сосудов (I73), в том числе: синдром Рейно, облитерирующий тромбоангит (болезнь Бергера), другие уточненные болезни периферических сосудов (acroцианоз, акропарэстезия, эритроцианоз, эритромелалгия), болезнь периферических сосудов неуточненная (перемежающаяся хромота, спазм артерий);

- эмболия и тромбоз артерий (I74), в том числе эмболия и тромбоз брюшной аорты, эмболия и тромбоз других и неуточненных отделов аорты, эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей, эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей;

- другие поражения артерий и артериол (I77), в том числе: артериовенозный свищ приобретенный, сужение артерий, разрыв артерии, мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий, синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты, некроз артерии, артериит неуточненный, другие уточненные изменения артерий и артериол (эрозия артерии, язва артерии), изменение артерий и артериол неуточненное;

- болезни капилляров (I78);

- поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках (I79).

Несмотря на достаточно широкий перечень заболеваний и патологических состояний сердечно-сосудистой системы, включенных в данную группу ЗПА, их объединяют основные системные этиологические и патофизиологические особенности развития и течения, лечебно-диагностические и организационные подходы к преемственности оказания медицинской помощи больным на всех этапах и уровнях ее предоставления, что позволяет комплексно рассматривать вопросы организации медицинской помощи при данных заболеваниях.

### **3.1. Распространенность ЗПА по данным федерального статистического наблюдения**

Распространенность ЗПА изучена нами как в целом в РФ, так во входящих в ее состав федеральных округах, а также в отдельных субъектах РФ, в частности в Санкт-Петербурге (Глава 2) с учетом оценки заболеваемости БСК в целом, а также места среди них заболеваний рассматриваемой группы.

Заболеваемость БСК остается в последние десятилетия одной из наиважнейших медико-социальных проблем, привлекая свое внимание на самом высоком уровне [167], что, прежде всего, обусловлено ее высоким уровнем, создающим неблагоприятный фон формирования невосполнимых человеческих потерь, а также серьезными ресурсными затратами системы здравоохранения для оказания профильной медицинской помощи.

В соответствии с указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года» [194], необходимо разработать и реализовать программу борьбы с БСК, что позволит обеспечить снижение смертности населения от БСК до 450 случаев на 100 тыс. населения [130, 151].

ЗПА напрямую являются причинами смерти в незначительном числе случаев, однако, они имеют схожие патогенетические механизмы развития с многими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, являющимися основными причинами смертности населения по этой группе заболеваний, а также обусловлены сходными с ними факторами риска развития патологических процессов.

В целом в РФ смертность от причин, обусловленных БСК, составляла по статистическим данным 2019 года 635 на 100 000 населения. В динамике с 2005 года показатель смертности населения от БСК снизился на 35%, однако в последние годы, в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 было зафиксировано повышение показателя до 643 на 100 000 населения в 2020 году, с последующей стабилизацией (570 на 100 000 населения в 2022 году).

В соответствии с данными, содержащимися в «Региональной программе Санкт-Петербурга «Борьба с БСК» на 2019 – 2024 год (распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 № 20-рп), в Санкт-Петербурге вопросы организации медицинской помощи при болезнях системы кровообращения требуют особого внимания именно ввиду негативных показателей заболеваемости и смертности от этих причин. Доля БСК в структуре смертности Санкт-Петербурга – одна из наиболее высоких среди всех субъектов РФ. В 2022 году в структуре смертности от БСК лидировала хроническая ишемическая болезнь сердца (349,0 на 100 тыс. жителей; 50,0 % всех случаев смерти от БСК), затем – прочие БСК (181,8 на 100 тыс. жителей; 26,0 % всех случаев смерти от БСК), ишемический инсульт (60,7 на 100 тыс. жителей; 9,0 % всех случаев смерти от БСК), инфаркт миокарда (38,6 на 100 тыс. жителей; 5,0 % всех случаев смерти), хронические цереброваскулярные болезни (38,2 на 100 тыс. жителей; 5,0 % всех случаев смерти), геморрагический инсульт (25,3 на 100 тыс. жителей; 4,0 % всех случаев смерти), нестабильная стенокардия (10,4 на 100 тыс. жителей; 1,0 % всех случаев смерти) [203].

По данным ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ [78, 106] БСК остаются в последние годы одной из ведущих патологий. По состоянию на конец 2019 года, общая заболеваемость ими взрослых составила 31949,8 на 100 тыс. населения. При этом, в течение последнего десятилетия, несмотря на проводимые в системе здравоохранения мероприятия, направленные на снижение заболеваемости и смертности от этих причин [53, 59], наблюдается существенный рост указанного показателя, который составил в период с 2010 по 2019 год 17,1 % (Рисунок 3.1).

Высокий уровень общей заболеваемости БСК сопровождается значительным вкладом в формирование этого показателя лиц старше трудоспособного возраста (от 55 – 60 лет и старше) – показатель их общей заболеваемости составил 63075,5 на 100 тыс. населения, что соответствует вкладу в заболеваемость в объеме 64,3%.

Помимо высокого уровня распространенности БСК, заболевания этой группы имеют ведущее место и в структуре общей заболеваемости. В 2019 году доля БСК среди иных заболеваний составила в РФ 21,2%.

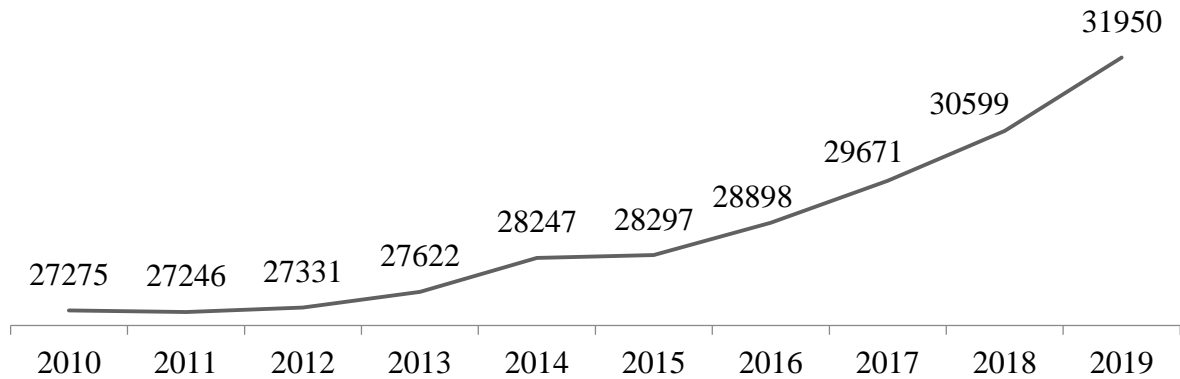


Рисунок 3.1 – Динамика общей заболеваемости БСК взрослого населения РФ, на 100 000 населения

В Санкт-Петербурге в среднем в течение последних лет доля БСК в структуре общей заболеваемости составила 17,8%. Детальная структура общей заболеваемости жителей Санкт-Петербурга проанализирована на примере 2019 года, до распространения новой коронавирусной инфекции (Рисунок 3.2).



Рисунок 3.2 – Структура общей заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга в 2019 году, в процентах

В структуре общей заболеваемости взрослых жителей Санкт-Петербурга БСК занимают лидирующую позицию – их доля в 2019 году составляла 18,5%, что превышает удельный вес таких распространенных заболеваний как болезни органов дыхания – 15,8% и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 13,0%.

Анализ, проведенный в субъектах РФ, входящих в состав Северо-Западного ФО, также показал ведущее положение БСК в структуре заболеваемости в этих субъектах РФ. Минимальное значение показателя зафиксировано в Ненецком автономном округе – 16,7%, а максимальное значение – в Новгородской области – 24,8%. Значительный удельный вес показателя отмечен также в Ленинградской области – 23,9%, Псковской области – 20,8%, а в Вологодской области – 20,1% (Рисунок 3.3).

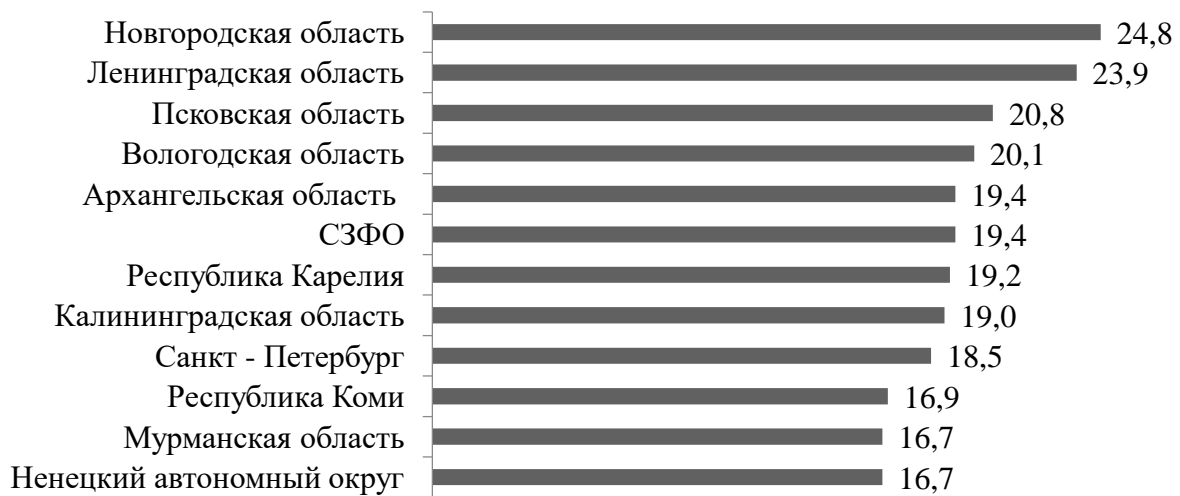


Рисунок 3.3. Доля БСК в структуре общей заболеваемости взрослого населения в субъектах РФ в составе Северо-Западного ФО, 2019 год, в процентах

Значимый удельный вес БСК в структуре общей заболеваемости характерен и для субъектов в составе иных округов РФ. Высокие значения отмечаются в ряде субъектов РФ в составе Приволжского, Южного и Северо-Кавказского ФО. Наибольшие значения показателя в 2019 году отмечены в Кировской области – 25,6%, Оренбургской области – 25,3%, Чувашской республике – 24,7%,

Краснодарском крае – 24,4%, Саратовской области – 24,3%, Волгоградской области – 23,5% (Рисунок 3.4.).

Структура заболеваемости БСК в целях определения места среди них ЗПА изучена отдельно. Следует обратить внимание, что в настоящее время официальная медицинская статистика содержит только ограниченные сведения о численности и структуре больных ЗПА [31, 33, 58]. В официальных статистических формах учитываются только суммарные данные о заболеваниях эндартериитом (I70.2) и тромбангиитом облитерирующим (I73.1). Другие заболевания, включенные в эту группу, отдельному учету не подлежат.

Вместе с тем, следует обратить внимание, что общность этиопатогенеза ЗПА и их ассоциация с иными БСК позволяет на основе уже имеющихся данных о болезнях системы кровообращения достаточно уверенно судить о масштабах их распространенности.



Рисунок 3.4. Доля БСК в структуре общей заболеваемости взрослого населения в ряде субъектов РФ в 2019 году, в процентах

В соответствии с данным ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ [78, 106], ведущее место в РФ в структуре БСК занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, показатель составил в 2019 году 14647,1 на 100 тыс. населения. При этом частота регистрации этих диагнозов в 2007-2019 годах возросла в 1,6 раз.



Общая тенденция, характерная для РФ в целом, характерна и для Санкт-Петербурга. Ведущее место в структуре заболеваемости БСК в Санкт-Петербурге также занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (38,7 %), которое, по мнению специалистов [59, 75], наряду с курением является важнейшим нелипидным фактором развития атеросклероза. По данным проведенного в 2016 году исследования, среди пациентов с гипертонической болезнью поражение периферических сосудов выявляется у 82% больных. Изолированное поражение артерий нижних конечностей выявлено у 11% больных с гипертонической болезнью. Кроме того, последствиями атеросклероза являются: ишемические болезни сердца, цереброваскулярная болезнь, которые зачастую сопровождаются распространенным поражением нескольких сосудистых бассейнов, в том числе периферических артерий, что затрудняет проведение полноценного раздельного учета данных патологий [58, 232, 239].

Сведения о структуре общей заболеваемости БСК взрослого населения в Санкт-Петербурге представлена на Рисунке 3.5.

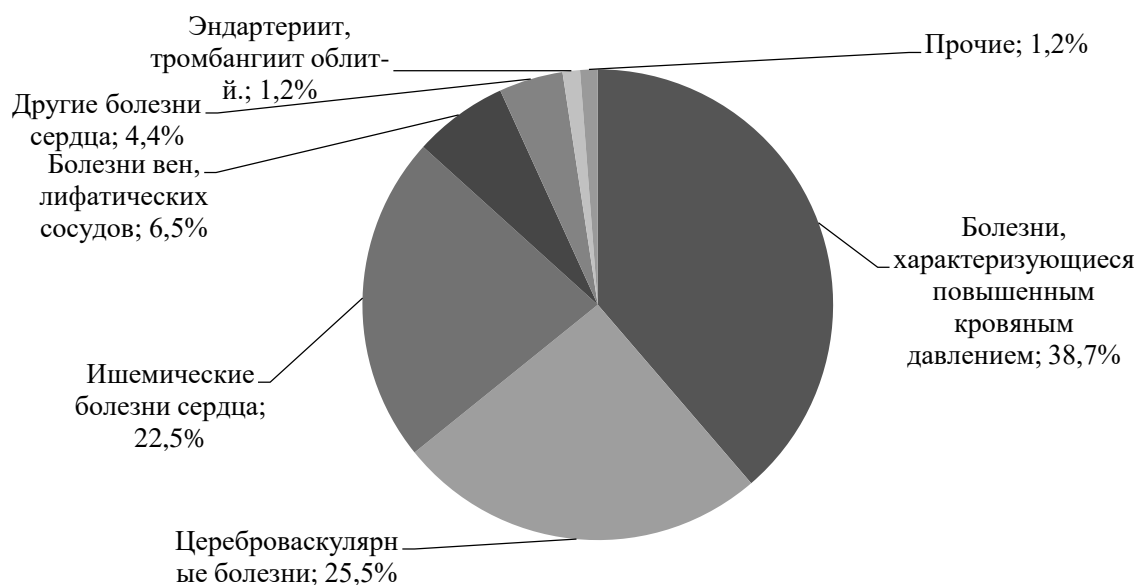


Рисунок 3.5 – Структура общей заболеваемости БСК взрослого населения Санкт-Петербурга в 2019 году, в процентах

Преобладают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (38,7%). Доля цереброваскулярных болезней и ишемической болезни сердца в структуре БСК достаточно высока, составляет 25,5% и 22,5% соответственно. Наряду с этим, на эндартериит и тромбангиит облитерирующий, как самостоятельные патологии, приходится не более 1,2%.

Анализ, проведенный среди показателей, характеризующих заболеваемость БСК в отдельных субъектах РФ, показал в целом схожее распределение по отдельным патологиям этой группы (Таблица 3.1).

Лидирующие позиции занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. При этом в отдельных субъектах, включенных в группу для анализа, они составляют почти половину.

Так, в Удмурдской Республике этот показатель составил 53,7%, в Кировской области – 53,6%, в Оренбургской области – 49,4%, Краснодарском крае – 49,3%, Чувашской Республике – 49,2%, Республике Коми – 46,2%, в Республике Карелия – 47,2%, в Республике Татарстан – 45,2%. Относительная вариативность отмечается по удельному весу пациентов, с установленными диагнозами, отнесенными к иным группам БСК.

Интересно отметить, что доля учитываемых ЗПА (эндартериит, тромбангиит облитерирующий) во всех субъектах незначительна и составляет от 0,5 до 1,4%. Среди изученных субъектов наибольшие показатели отмечены в Волгоградской и Кировской области (1,4%), Республике Карелия (1,3%). В Санкт-Петербурге, Республике Коми, Республике Татарстан, Саратовской области – по 1,2% соответственно.

Таблица 3.1 – Структура общей заболеваемости БСК взрослого населения ряда субъектов РФ, 2019 год, в процентах

Субъект РФ	Доля из числа БСК, в процентах					
	Болезни, характ. повышенным кровяным давлением	Цереброваскулярные болезни	ИБС	Болезни вен и лимфатических сосудов	Эндартериит, тромбангиит облитерирующий	Прочие
Санкт-Петербург	38,7	25,5	22,5	6,5	1,2	5,6
Республика Коми	46,2	23,3	16,0	6,1	1,2	7,1
Республика Карелия	47,2	20,0	19,4	5,7	1,3	6,3
Республика Татарстан	45,2	17,9	17,5	4,5	1,2	13,8
Волгоградская область	43,4	19,3	26,9	4,1	1,4	4,9
Кировская область	53,6	20,7	16,9	3,8	1,4	3,7
Краснодарский край	49,3	15,8	21,0	4,1	1,0	8,9
Оренбургская область	49,4	16,6	18,5	2,8	0,9	11,7
Республика Башкортостан	44,7	25,8	18,5	4,0	1,0	6,0
Саратовская область	47,4	16,7	25,5	3,6	1,2	5,5
Ставропольский край	46,5	18,7	24,6	4,8	0,9	4,5
Чеченская Республика	28,9	16,4	27,1	2,5	0,5	24,5
Чувашская Республика	49,2	24,6	14,3	5,0	1,0	5,9
Республика Адыгея	33,8	27,5	26,3	6,4	0,5	5,4
Карачаево-Черкесская Респ.	30,5	20,7	20,3	3,5	0,6	24,3
Удмурдская Республика	53,7	13,4	20,3	3,6	0,9	8,1

Тенденции в структуре БСК, демонстрирующие относительно невысокую долю среди них ЗПА (эндартериит, тромбангиит облитерирующий), сопровождаются, тем не менее, достаточно серьезным уровнем заболеваемости по этой группе (Таблица 3.2).

В целом по РФ, распространенность группы ЗПА (эндартериит, тромбангиит облитерирующий) составляет 406,4 на 100 тыс. взрослого населения. Анализ их распространенности в изученных нами субъектах показал, что их частота составляет от 51 до 410 на 100 тыс. населения. Наибольшее значение показателя отмечается в Чувашской Республике – 410 на 100 тыс. населения, Санкт-Петербурге – 395 на 100 тыс. населения, Кировской области – 446 на 100 тыс. населения, Республике Карелия – 397 на 100 тыс. населения. При этом следует отметить, что частота общей заболеваемости ЗПА во всех изученных нами субъектах коррелирует с частотой заболеваемости БСК в целом (сильная прямая корреляционная связь,  $\rho = 0,74$ ;  $p < 0,01$ ).

В этой связи можно с уверенностью утверждать, что высокий уровень распространенности БСК в целом является крайне неблагоприятным фоном формирования ЗПА [14].

Отдельного внимания также заслуживает и зафиксированный высокий уровень распространенности заболеваний, являющихся фактором риска развития ЗПА. В изученных нами субъектах наибольшее значение показателей распространенности БСК, являющихся коморбидным фоном развития ЗПА, получено в Чувашской Республике – 35964 на 100 тыс. населения, Санкт-Петербурге – 29531 на 100 тыс. населения, Кировской области и Республике Карелия – 28753 и 27246 на 100 тыс. населения соответственно. При этом в целом также установлена сильная корреляционная связь между уровнем распространенности в субъектах заболеваний, являющихся факторами риска, и общей заболеваемостью населения ЗПА  $\rho = 0,78$ ;  $p < 0,01$ .

Таблица 3.2 – Распространенность БСК среди взрослого населения ряда субъектов РФ, 2019 год, на 100 000 населения

Субъект РФ	Распространенность БСК (I00 – I99)	Распространенность БСК, являющихся коморбидными при развитии болезней периф. артерий (I10 – I13, I20 – I25, I60 – I69)	Эндартериит, тромбангиит облит. (I70.2, I73.1)
Чувашская Республика	40827	35964	410
Санкт-Петербург	34040	29531	395
Кировская область	31551	28753	446
Республика Карелия	31432	27246	397
Республика Башкортостан	29238	26007	284
Саратовская область	28776	25798	338
Оренбургская область	30023	25378	261
Удмурдская Республика	27479	24016	234
Волгоградская область	25755	23093	352
Краснодарский край	26389	22701	257
Республика Коми	25709	21991	312
Ставропольский край	21476	19273	188
Республика Татарстан	23546	18955	271
Карачаево-Черкесская Республика	24290	17389	136
Республика Адыгея	16913	14820	88
Чеченская Республика	10965	7942	51

Проведенный анализ показал, что БСК «накапливаются» в популяции постепенно. Так, показатель первичной заболеваемости в РФ составлял в 2019 году 4205,1 на 100 тыс. взрослого населения, что достоверно ниже, чем зафиксированный в этот период показатель общей заболеваемости – 31949,8 на 100 тыс. взрослого населения ( $t = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ). При этом, также, как и в показатель общей заболеваемости, в показатель первичной заболеваемости вносит существенный вклад регистрация этих заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста, которая составляет 51,8% (6685,6 на 100 тыс. взрослого населения).

В части первичной заболеваемости взрослого населения ЗПА отмечаются схожие тенденции «накопления» в популяции. В целом по РФ уровень первичной заболеваемости по этой группе составляет 67,8 на 100 тыс. взрослого населения, тогда как показатель общей заболеваемости – 406,4 на 100 тыс. населения ( $t = 5,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Анализ первичной заболеваемости БСК, проведенный в отдельных субъектах РФ, подтвердил полученные тенденции. Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости БСК зафиксирован среди изученных субъектов в Краснодарском крае – 7150 на 100 тыс. населения, Карачаево-Черкесской Республике – 5631 на 100 тыс. населения, Оренбургской области – 5161 на 100 тыс. населения. В Санкт-Петербурге уровень первичной заболеваемости БСК составил 2376 на 100 тыс. населения.

Интересно отметить, что анализ первичной заболеваемости ЗПА, проведенный по отдельным субъектам РФ, показал, что в отличии от показателей общей заболеваемости, среди которых прослеживается взаимосвязь между уровнем распространенности БСК в целом и уровнем распространенности ЗПА, в части первичной заболеваемости такой взаимосвязи установлено не было ( $p < 2$ ). Это обстоятельство еще раз подтверждает «накопительный» эффект поражения популяции ЗПА, которые, зачастую, проявляются в более поздний период на фоне течения иных БСК (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Первичная заболеваемость БСК среди взрослого населения ряда субъектов РФ, 2019 год, на 100 000 населения

Субъект РФ	Первичная заболеваемость БСК	
	все БСК (I00 – I99)	эндартериит, тромбангиит облитерирующий (I70.2, I73.1)
Санкт-Петербург	2376	36
Республика Коми	2246	25
Республика Карелия	2560	60
Республика Татарстан	4627	34
Волгоградская область	2582	50
Кировская область	3413	46
Краснодарский край	7150	92
Оренбургская область	5161	68
Республика Башкортостан	3742	47
Саратовская область	5025	35
Ставропольский край	3217	24
Чеченская Республика	3743	5
Чувашская Республика	3608	82
Республика Адыгея	4358	24
Карачаево-Черкесская Респ.	5631	55
Удмурдская Республика	4354	48

Среди изученных нами субъектов РФ наиболее высокий уровень первичной заболеваемости периферических артерий (эндартериит, тромбангиит облитерирующий) отмечается в Краснодарском крае – 92 на 100 тыс. населения, Чувашской Республике – 82 на 100 тыс. населения, Оренбургской области – 68 на 100 тыс. населения, Республике Карелия – 60 на 100 тыс. населения. В Санкт-Петербурге уровень первичной заболеваемости по этой группе составил 36 на 100 тыс. населения.

Отсутствие взаимосвязи уровней первичной заболеваемости ЗПА и БСК в целом, а также существенные различия зафиксированных показателей первичной заболеваемости ЗПА в различных субъектах РФ, на фоне отображения в официальных статических формах только ограниченного числа заболеваний, включенных в эту группу, наряду с прочими причинами может свидетельствовать и о дефектах их статистического учета, что в свою очередь, является предпосылкой формирования в дальнейшем системных недостатков планирования ресурсов здравоохранения для оказания медицинской помощи данной категории больных [31, 33, 58].

Отсутствие единообразия при регистрации в субъектах РФ первичной заболеваемости ЗПА, подтверждается также различием удельного веса этих заболеваний в общей структуре первичной заболеваемости БСК (Таблица 3.4).

В изученных нами субъектах значение этого показателя составляло от 8,1% до 40,8%. Наибольшие значения показателя получены по Карачаево-Черкесской республике, в которой доля ЗПА составила 40,8% в структуре первичной заболеваемости БСК, по Краснодарскому краю – 35,8%, Республике Адыгея – 26,6%, Оренбургской области – 26,0%. Наименьшие значения показателя зафиксированы в Республике Коми – 8,1%, Санкт-Петербурге – 9,2%, Чеченской Республике – 9,9%.

Для Санкт-Петербурга, как города федерального значения, имеющего внушительную численность населения, несмотря на относительно небольшой удельный вес ЗПА в структуре всех БСК, численность пациентов, страдающих этой патологией, требует серьезных медико-социальных ресурсов.



Таблица 3.4 - Доля БСК, выявленных впервые в субъектах РФ, из числа всех зарегистрированных, 2019 год, в процентах

Субъект РФ	Доля заболеваний, выявленных впервые, из числа всех зарегистрированных заболеваний, в %	
	все БСК	эндартериит и тромбангиит облитерирующий
Чувашская Республика	8,8	19,9
Санкт-Петербург	7,0	9,2
Кировская область	10,8	10,4
Республика Карелия	8,1	15,2
Республика Башкортостан	12,8	16,4
Саратовская область	17,5	10,2
Оренбургская область	17,2	26,0
Удмурдская Республика	15,8	20,6
Волгоградская область	10,0	14,1
Краснодарский край	27,1	35,8
Республика Коми	8,7	8,1
Ставропольский край	15,0	12,9
Республика Татарстан	19,7	12,5
Карачаево-Черкесская республика	23,2	40,8
Республика Адыгея	25,8	26,6
Чеченская Республика	34,1	9,9

Ежегодно, только по учитываемым заболеваниям – эндартерииту и тромбангииту облитерирующему за медицинской помощью обращаются 15-20 тыс. человек. Данным заболеваниям подвержены в подавляющем большинстве взрослые, среди детского населения в возрасте 15-17 лет в разные годы регистрируются единичные случаи данных заболеваний, однако на конец соответствующего отчетного года эти пациенты были сняты с учета. Сведения о динамике численности пациентов – жителей Санкт-Петербурга, страдающих ЗПА, представлена в Таблице 3.5.

В Санкт-Петербурге, в течение последних 10-ти лет, в период с 2011 по 2022 год, численность больных с зарегистрированными ЗПА оставалась относительно стабильной. Темп прироста показателя в указанный период составил только 1,3% и сопровождался незначительными колебаниями показателя наглядности. Показатель распространенности в указанный период составил 25,6 – 39,0 на 10 тыс. населения, причем достоверных данных о существенном отличии показателей в 2011 и 2020 году не получено – уровень распространенности ЗПА составил 28,4 и 25,6 на 10 тыс. населения соответственно ( $t < 2$ ).

Таблица 3.5 – Динамика общей численности больных эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим в Санкт-Петербурге

Период	Зарегистрировано больных эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим всего			
	Абс.	Темп прироста (убыли), в %	Показатель наглядности к 2011 году, в %	Показатель распространенности, на 10 000 населения
2011	13 890	-	100,0	28,4
2012	14 448	4,0	104,0	29,2
2013	15 302	5,9	110,2	30,1
2014	16 984	11,0	110,9	33,8
2015	20 066	18,1	144,5	38,7
2016	20 372	1,5	146,7	39,0
2017	16 333	-19,8	117,6	30,9
2018	16 567	1,4	119,3	31,0
2019	16 590	0,1	119,4	30,8
2020	13 806	-16,8	99,4	25,6
2021	17 922	30,2	129,0	33,2
2022	18 166	1,3	141,2	33,7

Указанные тенденции подтверждаются и при оценке первичной заболеваемости жителей Санкт-Петербурга ЗПА (Таблица 3.6).

В период с 2011 по 2022 год, показатель первичной заболеваемости подвергался значительным колебаниям в течение 2015 – 2016 годов, когда его значение достигало 4,2 на 10 тыс. населения, что является максимальным уровнем в изученный период. Значения же показателей в 2011 и в 2022 годах достоверно не отличались (2,7 и 2,2 на 10 тыс. населения соответственно;  $t < 2$ ).

Таблица 3.6 – Динамика численности впервые выявленных больных эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим в Санкт-Петербурге

Период	Впервые зарегистрировано больных эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим всего			
	Абс.	Темп прироста (убыли), в %	Показатель наглядности к 2010 году, в %	Показатель первичной заболеваемости, на 10 000 населения
2011	1334	-31,7	100,0	2,7
2012	1031	-22,7	77,2	2,1
2013	1145	11,1	85,8	2,3
2014	1280	11,8	95,9	2,5
2015	2174	69,8	162,9	4,2
2016	2208	1,6	165,5	4,2
2017	1511	-31,6	113,2	2,9
2018	1177	-22,1	88,2	2,2
2019	1464	24,4	109,7	2,7
2020	1192	-18,6	89,9	2,2
2021	1813	52,1	35,9	3,4
2022	1964	8,3	47,2	3,6

Интересно отметить, что, несмотря на установленную тенденцию к «накопительному» эффекту в популяции, доля впервые выявленных ЗПА превышает таковую по всем болезням системы кровообращения (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Динамика доли БСК, выявленных впервые в Санкт-Петербурге, из числа всех зарегистрированных, в процентах

Год	Доля заболеваний, выявленных впервые, из числа всех зарегистрированных заболеваний, в %	
	все БСК	эндартериит и тромбангиит облитерирующий
2010	5,9	9,9
2011	6,7	11,4
2012	5,2	7,8
2013	6,3	8,1
2014	5,3	9,0
2015	8,3	10,8
2016	8,2	10,8
2017	7,6	10,2
2018	6,6	7,8
2019	7,0	9,2
2020	8,6	9,3
2021	10,3	10,1
2022	8,7	10,8

В 2022 году в Санкт-Петербурге доля впервые выявленных БСК составила 8,7%, тогда как доля впервые выявленных ЗПА (эндартериит, тромбангиит облитерирующий) – 9,3 % ( $t = 4,6$ ,  $p < 0,05$ ). Такая тенденция сохранялась в течение последнего периода, с 2011 по 2022 год.

### 3.2. Динамика объемов оказания медицинской помощи при ЗПА в Санкт-Петербурге

В связи с отсутствием полной информации о ЗПА в федеральной статистической отчетности возможность формирования полноценного представления о распространенности этих заболеваний в настоящее время весьма ограничена. В этой связи на примере Санкт-Петербурга сведения о них были дополнены информацией, полученной на основе учета предоставленной пациентам медицинской помощи в сфере ОМС при болезнях системы кровообращения в целом, в том числе при ее оказании при ЗПА, включая случаи по всем заболеваниям указанной группы (Глава 2).

Оказалось, что уровень получения медицинской помощи пациентами при болезнях системы кровообращения оставался стабильным (Таблица 3.8).

В Санкт-Петербурге в период последних 5-и лет он был подвержен незначительным колебаниям, и показатели, полученные по итогам 2016 и 2020 годов, достоверно не отличались (8493,3 и 8324,0 на 10 тыс. населения соответственно;  $t < 2$ ), что также подтверждается показателем наглядности, который составил в 2022 году только 113,3% к уровню 2016 года.

Таблица 3.8 – Динамика частоты оказания медицинской помощи пациентам с БСК в Санкт-Петербурге

Период	Обращаемость за медицинской помощью, на 10 000 населения	Темп прироста (убыли), в %	Показатель наглядности к 2016 году, в %
2016	8493,3	-	-
2017	8699,1	3,5	102,4
2018	9380,0	9,3	110,4
2019	10244,2	9,9	120,6
2020	8324,0	-18,7	98,0
2021	8125,3	-2,3	95,7
2022	9625,8	18,5	113,3

В 2016 году (Таблица 3.9) обращаемость за медицинской помощью по поводу ЗПА составила в Санкт-Петербурге 163,9 на 10 тыс. населения, то уже в 2022 году значение показателя составило 134,8 на 10 тыс. населения ( $t = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ). Это также подтверждается показателем наглядности, который составил только 82,3% в 2022 году к уровню 2016 года. Однако, следует принимать во внимание, что это период активного распространения коронавирусной инфекции, повлекший за собой проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе ограничение предоставления медицинской помощи в плановой форме, что не могло не отразиться на посещениях МО пациентами, страдающими ЗПА.

Таблица 3.9 – Динамика частоты оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА в Санкт-Петербурге

Период	Показатель обращаемости за медицинской помощью, на 10 000 населения	Темп прироста (убыли), в %	Показатель наглядности к 2016 году, в %
2016	163,9	-	-
2017	164,5	1,4	101,4
2018	176,9	9,0	110,5
2019	171,0	-2,8	107,4
2020	139,7	-18,2	87,9
2021	125,3	-10,3	76,5
2022	134,8	7,6	82,3

Принимая во внимание это обстоятельство, следует указать на относительно стабильный уровень обращений за медицинской помощью в связи с ЗПА в период с 2016 по 2019 годы – достоверных различий между показателями в указанные периоды не получено (163,9 и 171,0 на 10 тыс. населения соответственно,  $t < 2$ ).

С учетом особенностей в организации оказания плановой медицинской помощи в Санкт-Петербурге в 2020 году, ввиду противоэпидемических нарушений, изучена динамика случаев оказания медицинской помощи при болезнях, ассоциированных с ЗПА (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Динамика частоты случаев оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения – факторах риска развития ЗПА, на 10 000 населения

Период	Болезни, сопровождающиеся повышенным кровяным давлением	Цереброваскулярные болезни	ИБС
2016	2981	2010	2111
2017	3115	2098	2035
2018	3501	2286	2017
2019	4173	2353	2100
Показатель наглядности к 2016 году	<b>139,9%</b>	<b>117,1%</b>	<b>99,4%</b>
2020	3552	1939	1572
2021	3865	2014	1659
2022	3999	2225	1995

По основным анализируемым группам заболеваний в период с 2016 по 2019 год наблюдался рост частоты случаев обращения за медицинской помощью: среди пациентов с болезнями, сопровождающимися повышенным кровяным давлением, отмечен рост с 2981 до 4173 случаев на 10 тыс. населения, показатель наглядности – 139,9%; среди пациентов с цереброваскулярными болезнями – с 2010 до 2353 на 10 тыс. населения, показатель наглядности – 117,1%. По ишемической болезни сердца существенного роста показателя не отмечено: рост составил с 2111 в 2016 году до 2100 на 10 тыс. населения с 2016 по 2019 годы,  $t < 2$ .

С учетом активного прироста обращений за медицинской помощью по заболеваниям, являющимся факторами риска развития ЗПА, отмеченного в последние годы, можно предполагать рост объема предоставления медицинских

услуг при этих заболеваниях в ближайшее время, поскольку, как указывалось выше, заболевания этой группы имеют «накопительный» эффект в популяции, что нельзя не учитывать при планировании оказания при них медицинской помощи.

Анализ случаев предоставления медицинской помощи при ЗПА в сфере ОМС, основанный на оценке фактической структуры заболеваний, отнесенных к этой группе, позволяет получить о ней более полные представления (Рисунки 3.6 и 3.7).



Рисунок 3.6 – Структура случаев оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге в 2022 году, в процентах

При амбулаторном лечении пациентов с ЗПА (Рисунок 3.6) наибольший удельный вес в топографической структуре случаев оказания медицинской помощи приходится на поражения артерий конечностей: атеросклероз артерий конечностей (79,7%), эмболию и тромбоз артерий нижних конечностей (9,9%), а также на генерализованный атеросклероз (6,6%).

При стационарном лечении пациентов с ЗПА (Рисунок 3.7) прослеживается аналогичная топографическая структура случаев оказания медицинской помощи:



подавляющее большинство приходится на случаи лечения атеросклероза артерий конечностей (73,0%), эмболии и тромбозов артерий нижних конечностей (9,9%), генерализованный атеросклероз (6,6%).

Относительно стабильные показатели обращаемости за медицинской помощью пациентов с ЗПА, тем не менее, не могут свидетельствовать в настоящее время об урегулированных должным образом процессах организации предоставления медицинской помощи при изученной патологии.



Рисунок 3.7 – Структура случаев оказания медицинской помощи при ЗПА в стационарных условиях в Санкт-Петербурге в 2022 году, в процентах

За последние семь лет в период с 2016 по 2022 годы общие расходы на оказание медицинской помощи выросли на 68,1% (Рисунок 3.8).

При этом расходы на оказание медицинской помощи при болезнях системы кровообращения увеличились на сопоставимую величину – 86,9%, а расходы на лечение больных с ЗПА выросли более значительно – на 148,3%.

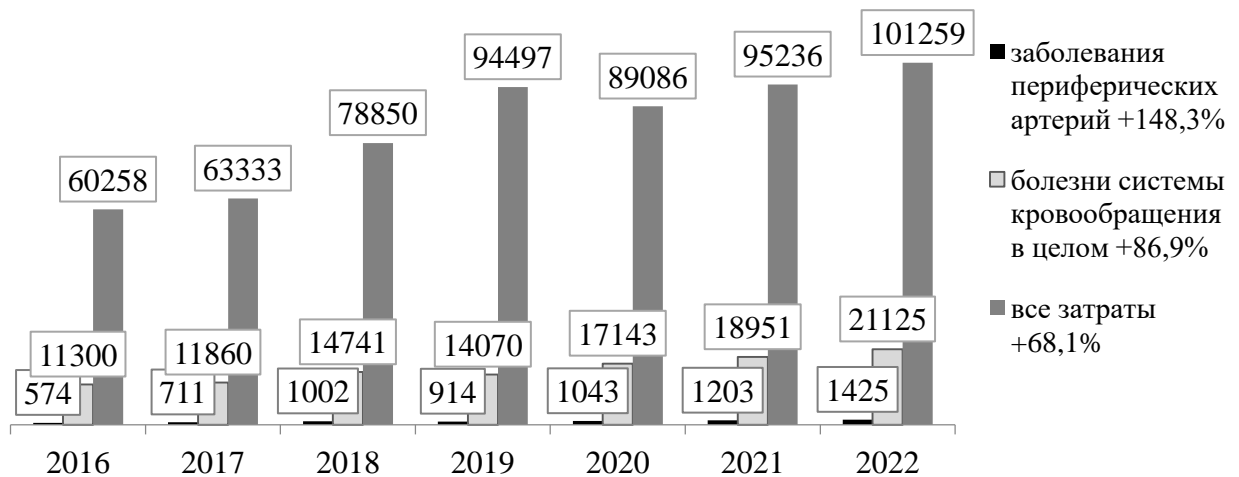


Рисунок 3.8 – Динамика финансовых затрат в сфере здравоохранения на оказание медицинской помощи пациентам в Санкт-Петербурге, млн. руб.

В общей структуре расходов в сфере здравоохранения доля медицинской помощи при БСК стабильна (Рисунок 3.9).

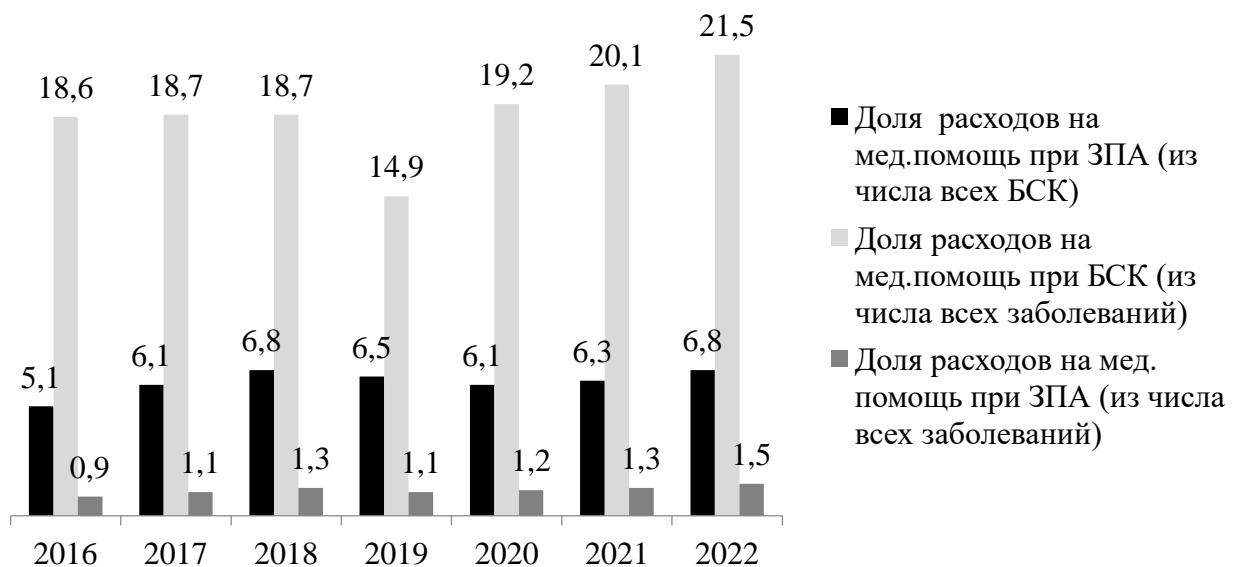


Рисунок 3.9. – Динамика доли финансовых расходов в сфере здравоохранения на оказание медицинской помощи при БСК в Санкт-Петербурге, в процентах

Это свидетельствует о стабильном планомерном росте стоимости медицинской помощи при всех видах патологий, однако не умаляет необходимости разработки оптимальных подходов к использованию ресурсов здравоохранения при её оказании больным с ЗПА.

Таким образом, проведенный анализ показал, что в настоящее время на уровне РФ ввиду отсутствия федеральной статистической формы, позволяющей в полном объеме регистрировать ЗПА, оценка их распространенности затруднена [58]. При этом косвенные признаки, в том числе распространенность заболеваний, ассоциированных с ЗПА, свидетельствует о возможном высоком уровне заболеваемости. Однако, следует принимать во внимание «накопительный» эффект распространенности ЗПА, который выражается в более высоких значениях показателей общей заболеваемости по отношению к первичной.

Указанные обстоятельства должны быть, безусловно, приняты во внимание при проведении корректного планирования оказания медицинской помощи при ЗПА, в том числе планирования использования финансовых, кадровых, материально-технических и иных ресурсов здравоохранения. Системным решением выявленных проблем в дальнейшем может стать формирование полноценного систематического учета ЗПА, в том числе путем корректировки форм ведомственной статистической отчетности, создания комплексного регистра пациентов.

## ГЛАВА 4

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

В соответствии с установленными в РФ принципами охраны здоровья граждан, статьей 37 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [190], организация оказания медицинской помощи осуществляется согласно соответствующим порядкам, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

Статьей 33 указанного Федерального закона установлено, что в амбулаторных условиях, оказывается ПМСП. ПМСП является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя, в том числе, мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь. То есть в контексте указанной нормы закона врачи-специалисты, осуществляющие консультативные приемы в АКО стационаров также являются участниками оказания первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи.

Вопросы организации ПМСП урегулированы Положением об организации ее оказания, утвержденным приказом МЗ и социального развития РФ от 15.05.2021 № 543н [196]. ПМСП оказывается в плановой и неотложной формах. Определено, что ПМСП предоставляется в МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (то есть, как правило, в поликлинике), или ее подразделении, по месту жительства (пребывания) пациента – при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника

или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение).

ПМСП включает следующие виды:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь (оказывается в том числе врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);
- первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений МО, в том числе оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь предоставляется по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в МО.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения. Иными словами, организация предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи должна адекватно отвечать потребностям населения, страдающего тем или иным заболеванием.

Отдельного порядка предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА в настоящее время нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения не установлено [57, 122]. В целом же приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 918н утвержден «Порядок оказания медицинской помощи больным с БСК» [191]. Согласно Порядку ПМСП предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению БСК и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Порядком уточнен ряд положений организации ПМСП при БСК. В частности, установлено, что лечение БСК не во всех случаях требует привлечения врачей-специалистов и может предоставляться только в рамках первичной врачебной медико-санитарной помощи (врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) по территориально-участковому принципу.

Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) может направлять больного в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Согласно Порядка, первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с БСК оказывается врачами-кардиологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению [191].

Врачи-кардиологи предоставляют первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов, а также при самостоятельном обращении больного и при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий. В случае отсутствия в МО кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь может предоставляться в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации по специальности «кардиология».

Порядком установлено, что при невозможности оказания медицинской помощи в рамках ПМСП и наличии медицинских показаний больной направляется в МО, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия». В случае же отсутствия показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, больной направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта

участкового цехового врачебного участка в амбулаторных условиях или в условиях ДС в соответствии с рекомендациями по лечению.

Таким образом, с учетом обозначенных положений Порядка, оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе, то есть предоставление первичной и первичной специализированной медико-санитарной помощи, пациентам с ЗПА, с учетом того, что эти заболевания отнесены к группе БСК, должно осуществляться силами врачей-терапевтов (врачей общей практики) и врачей-кардиологов в кардиологическом кабинете.

Вместе с тем, дальнейший анализ нормативных правовых документов показывает, что как для врачей-терапевтов, так и врачей-кардиологов, конкретизированные полномочия по курации пациентов с ЗПА, в том числе их динамическому наблюдению, не установлены. Основные функции кардиологического кабинета – оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с БСК, в том числе их ДН. При этом интересно отметить, что ЗПА не включены в группу заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-кардиолога [191].

Патологии, обусловленные ЗПА, нередко сопряжены с состояниями, требующими вмешательства врача-хирурга. То есть, с учетом характера течения этих заболеваний, а также риска развития хирургических осложнений, можно было бы предположить, что полномочия по наблюдению этих пациентов вверены врачу-хирургу. Однако, Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденный приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 922н [192], на этапе предоставления первичной медико-санитарной специализированной хирургической помощи также не включает пациентов с ЗПА в группу ДН врача этой специальности.

Наряду с этим пациенты, страдающие ЗПА, не указаны и в качестве включенных в диспансерную группу врача-терапевта, согласно порядку проведения ДН за взрослыми, утвержденного приказом МЗ РФ от 15.03.2022 № 168н [193].

Таким образом, проведенный анализ нормативных правовых документов в сфере здравоохранения не позволил получить однозначного представления об установленном порядке оказания первичной медико-санитарной, в том числе специализированной, помощи пациентам с ЗПА, вопрос остается в настоящее время не урегулированным.

Наличие у пациента планомерно развивающегося хронического ЗПА, угроза осложнений, обязательно требует организации динамического ДН. В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ДН – это проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц [190].

С учетом указанных позиций определение места и субъекта проведения динамического наблюдения пациентов с ЗПА видится чрезвычайно важным. Согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей» [128, 129], своевременная диагностика и лечение этих заболеваний способствуют увеличению продолжительности и качеству жизни конкретных лиц, улучшению показателей общественного здоровья (снижение инвалидности, показателей смертности, тяжелых осложнений болезни), в связи с чем, организация ДН пациентов этой группы очевидна.

Интересно отметить, что Национальными рекомендациями [128, 129] определено, что амбулаторное ведение больных с бессимптомным течением заболеваний нижних конечностей и пациентов с перемежающейся хромотой должно осуществляться врачом-кардиологом (или терапевтом, прошедшим специальную подготовку по ангиологии), который должен разрабатывать программы коррекции факторов риска, лечение ЗПА, а также перемежающейся хромоты, контролировать динамику состояния системы кровообращения, взаимодействовать с сосудистым хирургом.



При этом Национальными рекомендациями [128, 129] отмечается, что курация таких пациентов на амбулаторном этапе чаще всего осуществляется общими хирургами, однако, эта традиционно сложившаяся практика уже не может отвечать современным требованиям к организации оказания медицинской помощи, учитывая системный характер атеросклеротического процесса, а также нередкое сочетание ЗПА с патологией других артериальных бассейнов, высокую частоту сопутствующей патологии. Курация данной категории больных должна предполагать участие в ней врачей разных специальностей наряду с крайне важной ролью единого координатора, которую чаще всего выполняют общие хирурги [122].

Ведение больных ЗПА на амбулаторном этапе обычно не предполагает значительных хирургических мероприятий, напротив, оно требует глубокого знания теоретических основ патологии сосудов, необходимых для построения индивидуальных программ коррекции факторов риска, мониторинга сосудистых нарушений, адекватного, патогенетически обоснованного лечения. Согласно Национальным рекомендациям [128, 129] на эту роль на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи наиболее подходит врач-кардиолог, который вполне подготовлен для принятия рациональных решений по ведению таких пациентов и взаимодействию с сосудистым хирургом.

Таким образом, проведенный анализ нормативных и методических положений свидетельствует о необходимости организации ДН (курации) пациентов с ЗПА, а также о необходимости наличие специальных углубленных знаний у специалистов, осуществляющих такую курацию на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, в целях оказания пациентам квалифицированной медицинской помощи, в том числе своевременного их направления на последующие этапы лечения, в том числе для интенсивного лечения в рамках специализированной медицинской помощи [15, 57].

Проведенный анализ показал, что, несмотря на значимость ДН при хронических патологиях, вопреки установленного порядка оказания медицинской помощи [191], не во всех случаях наличие у пациента сердечно-сосудистого

заболевания является поводом ДН. В отдельных регионах значение этого показателя различается, однако в полном объеме охват ДН не отмечен ни в одном из изученных субъектов РФ (Рисунок 4.1).

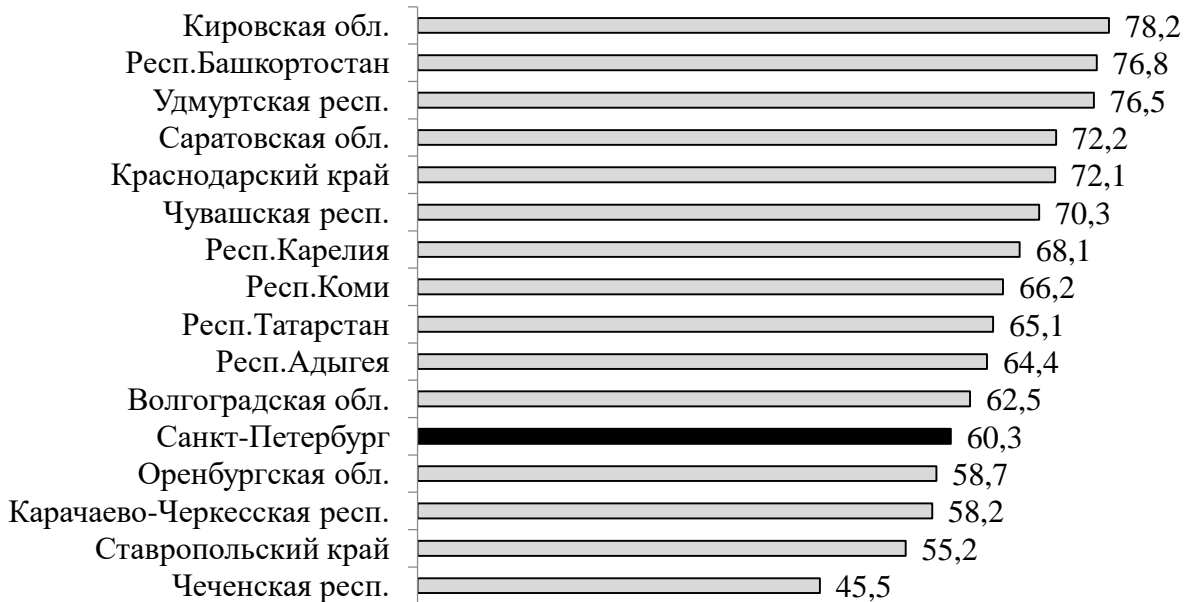


Рисунок 4.1 – Доля пациентов с БСК, состоящих под ДН в отдельных субъектах РФ в 2019 году, в процентах

Среди показателей результативности оказания медицинской помощи в изученных нами регионах наиболее высокие значения охвата ДН пациентов с БСК отмечено в Кировской области – 78,2%, Республике Башкортостан – 76,8%, Удмурдской республике – 76,5%. Наиболее низкие значения показателя зафиксированы в Чеченской республике – 45,5%, Ставропольском крае – 55,2%, Карачаево-Черкесской республике – 58,2%. В Санкт-Петербурге значение показателя составило 60,3%, что является явно недостаточным для многомиллионного города с развитой системой здравоохранения [24].

Активность ДН пациентов с БСК в течение первого года в целом сравнима с таковой при длительном наблюдении,  $t < 2$  (Рисунок 4.2).

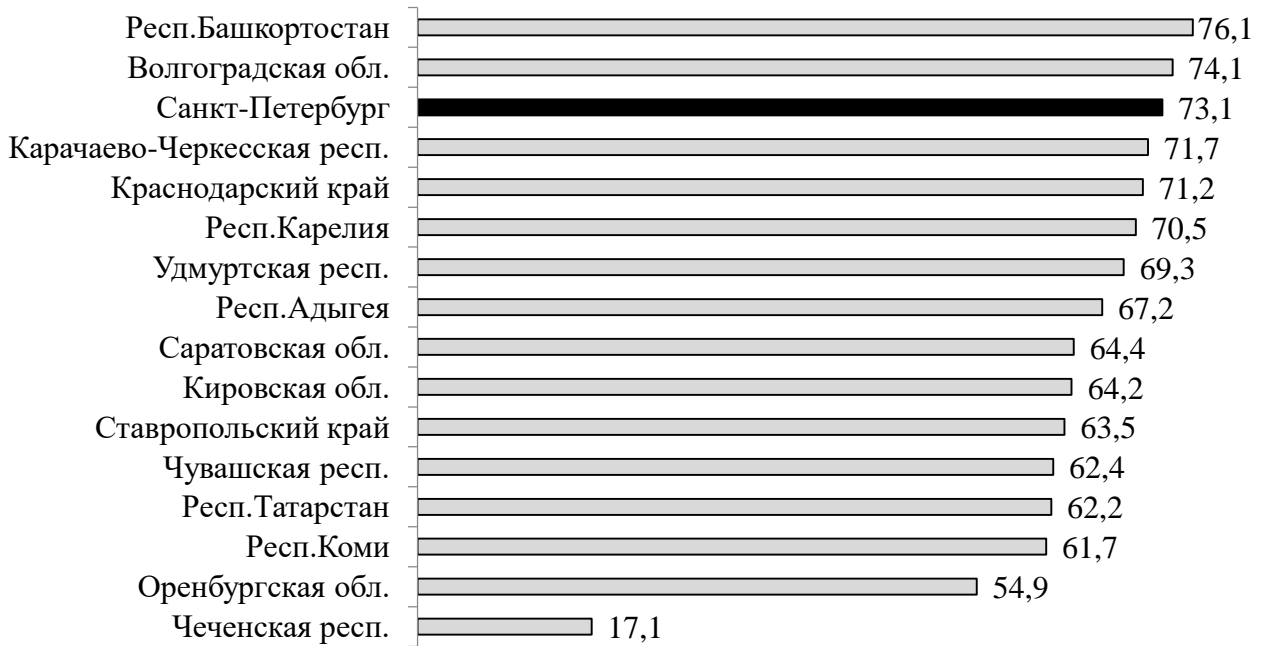


Рисунок 4.2 – Доля пациентов с БСК, выявленных впервые, взятых под ДН в различных субъектах РФ в 2019 году, в процентах

Поскольку, как уже указывалось в Главе 3, официальные статистические учетные формы из всех патологических состояний, включенных в группу ЗПА, содержат сведения только об эндартериите и тромбангиите облитерирующем, оценка охвата ДН пациентов с ЗПА проведена на примере именно этих патологий.

Сведения об охвате пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим ДН в отдельных регионах РФ представлены на Рисунке 4.3. В целом охват ДН пациентов с ЗПА несколько ниже, чем уровень охвата ДН пациентов с БСК в целом, однако, уровень взаимосвязи между этими показателями низкий ( $\rho = + 0,2$ ;  $p < 0,05$ ). Это, вероятно, обусловлено тем, что ДН пациентов с ЗПА проводят не врачи-терапевты и врачи-кардиологи, как указывалось выше, а врачи иных специальностей [57]. Наибольшие показатели охвата ДН пациентов этой группы отмечены в Кировской области – 76,3%, Волгоградской области – 62,5%, Республике Татарстан – 57,3%, Краснодарском крае – 53,9%. Наиболее низкий уровень охвата пациентов с ЗПА ДН отмечен в

Карачаево-Черкесской республике – 34,3%, Республике Карелия – 38,6%, Республике Адыгея – 39,1% [24].

В Санкт-Петербурге доля лиц, состоящих на ДН с ЗПА, составила только 39,1%, что существенно ниже этого показателя, касающегося пациентов с БСК в целом – 60,3% ( $t = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ) [24].

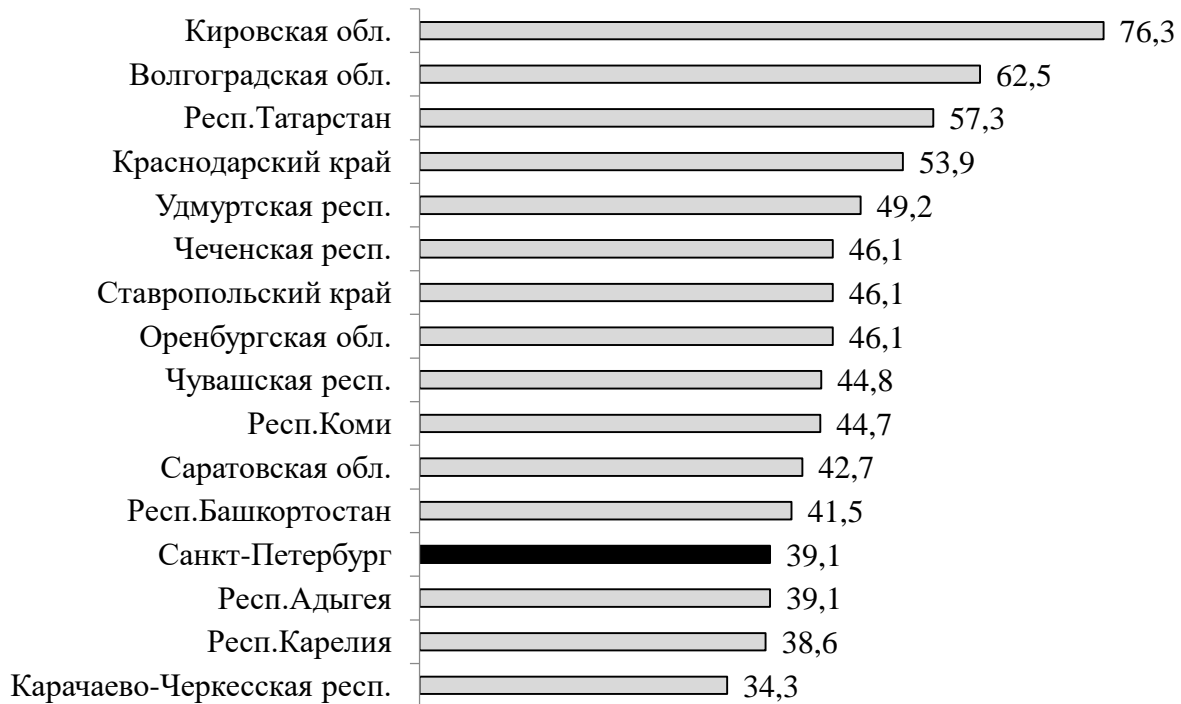


Рисунок 4.3 – Доля пациентов с энтериитом и тромбангиитом облитерирующим, состоящих под ДН в различных субъектах РФ в 2019 году, в процентах

Аналогичное распределение показателей получено в части охвата ДН пациентов с ЗПА, взятых под ДН впервые в различных субъектах РФ (Рисунок 4.4).

Наиболее высокий уровень показателя охвата ДН пациентов с энтериитом и тромбангиитом облитерирующим, среди впервые выявленных, установлен в Саратовской области – 68,3%, Республике Адыгея – 59,8%, Ставропольском крае – 56,1% [24]. Анализ показал, что уровень взаимосвязи между охватом ДН впервые выявленных пациентов с БСК в целом и охватом пациентов с впервые выявленными ЗПА, незначительный ( $\rho = + 0,2$ ;  $p < 0,05$ ). При этом в целом охват

пациентов с впервые выявленным эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим ДН существенно ниже, чем пациентов с БСК в целом. По Санкт-Петербургу эти показатели составили 52,9% и 73,1% соответственно ( $t = 4,0$ ;  $p < 0,05$ ).

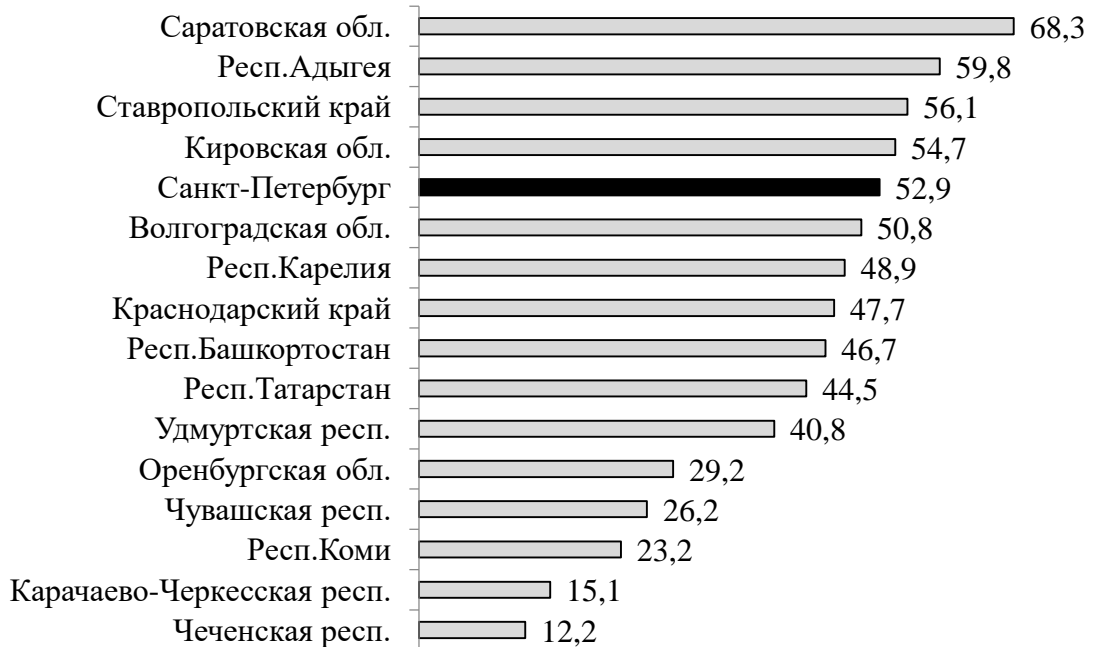


Рисунок 4.4 – Доля пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим выявленных впервые, взятых под ДН в различных субъектах РФ в 2019 году, в процентах

Проведенный анализ охвата ДН пациентов с БСК показал рост в течение последних нескольких лет (Рисунок 4.5).

Это обусловлено повышенным вниманием к проблеме оказания медицинской помощи пациентам этой группы ввиду реализации положений национального проекта в сфере здравоохранения и региональных программ «Борьба с БСК» в период 2019 – 2024 годов [130].

Только в период с 2015 по 2020 год в Санкт-Петербурге показатель роста по доле состоящих на ДН пациентов с БСК составил 33,8%, в том числе по впервые выявленным заболеваниям – 78,3%, что свидетельствует об активном наблюдении вновь выявляемых пациентов с этой патологией.

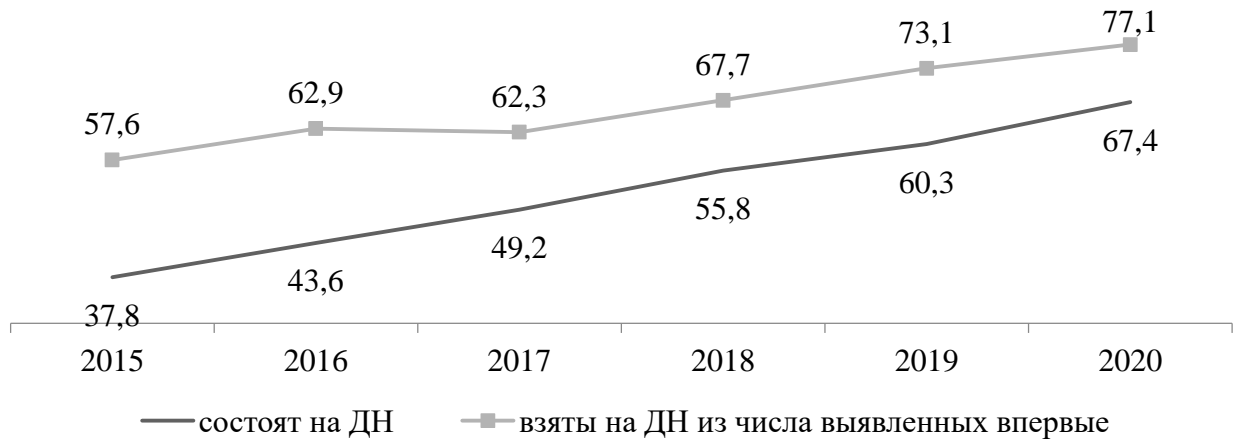


Рисунок 4.5 – Динамика доли пациентов с БСК, состоящих и впервые взятых под ДН в Санкт-Петербурге, в процентах

Еще больший рост показателя отмечен по ЗПА (Рисунок 4.6). За последние 6 лет охват ДН пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим возрос с 26,4% до 43,8% (показатель роста 60,3%), а из числа впервые выявленных заболеваний с 29,2% до 56,1% (показатель роста 92,1%).



Рисунок 4.6 – Динамика доли пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим, состоящих и впервые взятых под ДН в Санкт-Петербурге, в процентах

Таким образом, как и в целом при БСК, так и при ЗПА, не все пациенты взяты на ДН. Несмотря на отсутствие нормативных регламентов, устанавливающих проведение подобных профилактических мероприятий у этой группы пациентов, это следует считать серьезным дефектом в организации им медицинской помощи, который не позволяет в полном объеме проводить динамическое наблюдение, направленное на предотвращение осложнений заболеваний, а также развитие неблагоприятных исходов [57].

В соответствии с Национальными рекомендациями [129], при «естественном течении» ЗПА, то есть без динамического наблюдения, у пациентов в возрасте 50 лет и старше даже при асимптомном течении, которое развивается в 30-50% случаев, вследствие прогрессивного ухудшения ситуации, в течение 5-и лет развиваются осложнения в виде стабильной перемежающейся хромоты (70-80% случаев), усугубления перемежающейся хромоты (10-20%), критической ишемии (1-2%), приводящей к ампутации конечности. Кроме того, развиваются инфаркт миокарда, инсульт – 20%. Летальные случаи вследствие кардиоваскулярных осложнений наступают по оценкам специалистов в 10-15% случаев при бессимптомном течении ЗПА в течение 5 лет, в том числе от сердечно-сосудистых причин (75% случаев), а также от иных причин (25% случаев).

Сведения о результатах анализа обращений больных ЗПА в МО, предоставляющие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, представлены на Рисунке 4.7.

Наибольшая доля всех обращений пациентов с ЗПА в поликлиниках «по месту жительства» выполняется к врачам-хирургам – 82,5% из всех случаев оказания им медицинской помощи. Достаточно внушительная часть посещений МО пациентами с интересующим нас диагнозом выполняется к врачам-терапевтам (врачам общей практики) – 13,1% случаев. Иные посещения МО выполняются:

- в целях прохождения диспансеризации взрослого населения – 1,2%;
- в целях выполнения УЗИ сердца и сосудов – 0,7% случаев;
- к врачам-сердечно-сосудистым хирургам – 0,3% случаев;

- к врачам иных специальностей – 1,6% случаев;
- для выполнения других диагностических исследований – 0,6% случаев.

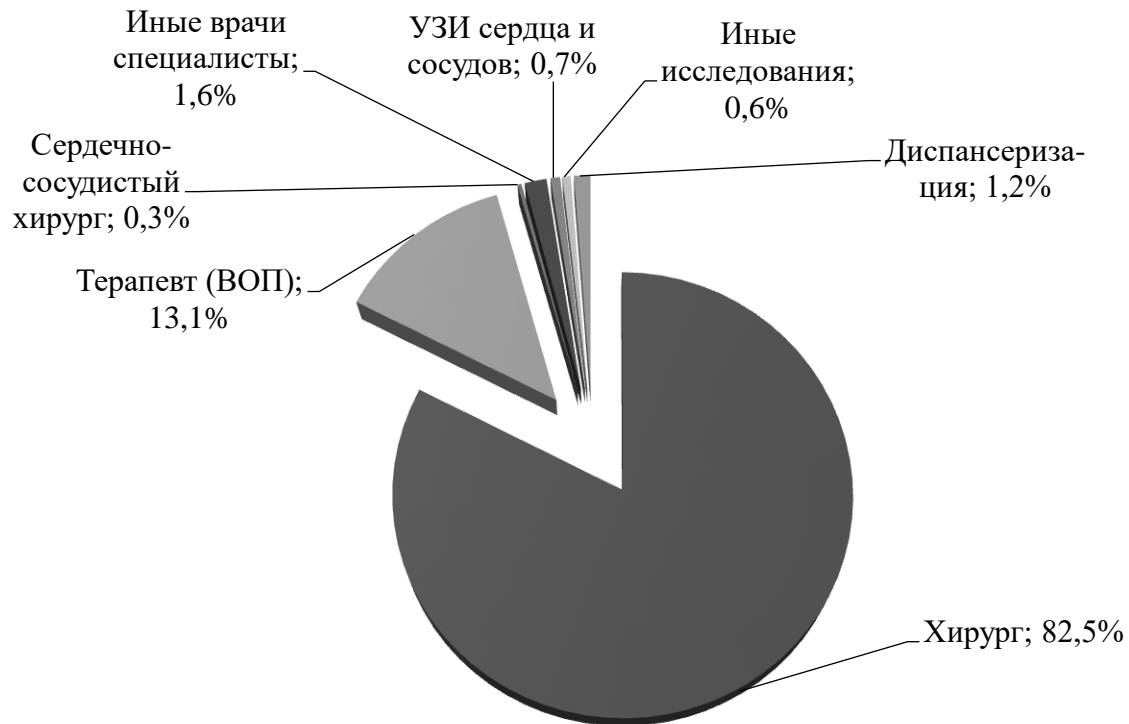


Рисунок 4.7 – Структура случаев обращений пациентов с ЗПА в медицинские организации «первичного звена» в 2019 году, в процентах

Следует отметить, что из всех посещений врача-хирурга только 45,3% выполнено пациентами с ЗПА в целях прохождения ДН. При этом частота посещения врача-хирурга из числа состоящих на ДН, составила только 1,4 на 1 пациента в год, что не следует считать удовлетворительным показателем.

Среди посещений врача-терапевта только 24,4% пациентов выполнили его в целях прохождения очередного осмотра в рамках ДН. Кратность посещения врача-терапевта (врача общей практики) пациентами, наблюдающимися по поводу ЗПА при ДН, составила только 1,1 посещение на 1 пациента в год, что, безусловно, также не может быть расценено в качестве удовлетворительного показателя для пациентов этой группы.

Также, несмотря на значимость системного подхода к динамическому наблюдению таких пациентов, особенно с учетом вероятности развития



осложнений и поражения иных сосудистых бассейнов при генерализованном атеросклерозе, обращает на себя внимание крайне незначительная доля пациентов, которым выполняется ультразвуковое исследование сердца и сосудов на этом этапе оказания медицинской помощи.

Наиболее часто пациентам интересующей нас группы (Таблица 4.1) при получении первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, проводится консультация врача-хирурга, с частотой 2969 на 1000 пациентов.

Таблица 4.1 – Частота предоставления амбулаторных медицинских услуг при ЗПА в Санкт-Петербурге, 2019 год, на 1000 больных

Наименование медицинской услуги	Частота проведения манипуляции, на 1000 больных
Консультация врача-хирурга	2969
Консультация сердечно-сосудистого хирурга	305
Консультация терапевта (ВОП)	219
Инструментальные исследования	149
Консультации иных врачей специалистов	75
Ультразвуковое исследование сердца и сосудов	9

Ведущим специалистом при ведении пациентов с ЗПА на этапе ПМСП, является врач-хирург. Пациенты с ЗПА составляют незначительную часть среди всех больных, наблюдение которых осуществляет специалист этого профиля (Рисунок 4.8).

Проведенный анализ показал, что в целом только в 12,7% случаях поводом обращений пациентов к врачу-хирургу МО, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, являются БСК, в том числе, только в 2,6% случаев – ЗПА.



Рисунок 4.8 – Структура заболеваний – поводов для посещения врача-хирурга при оказании пациентам ПМСП, 2019 год, в процентах

Топографическая структура ЗПА, с которыми пациенты состоят под ДН у врачей всех специальностей в амбулаторных МО, представлена в Таблице 4.2.

Наибольшую долю среди пациентов, состоящих под ДН по поводу ЗПА, составляют пациенты с атеросклерозом артерий конечностей – 67,3%. Значительная часть пациентов, состояние которых определило необходимость их динамического наблюдения, – это пациенты с атеросклерозом других артерий – 9,2%, с сужением артерий – 6,9%, а также с генерализованным и неуточненным атеросклерозом – 6,2%. Пациенты, имеющие другие диагнозы, составляют значительно меньшее количество.

В соответствии с Положением об организации оказания ПМСП взрослому населению, утвержденным приказом МЗ и социального развития РФ, утвержденным приказом МЗ и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н [196], первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля, может предоставляться, в

том числе в поликлинических подразделениях МО, оказывающих, в том числе специализированную медицинскую помощь. В соответствии с этим положением, для получения консультаций врачей-специалистов более высокого уровня, в целях создания условий преемственности оказания медицинской помощи, пациенты с ЗПА направляются в КДЦ и в амбулаторно-поликлинические отделения стационаров.

Таблица 4.2 – Структура ЗПА, являющихся поводами для ДН пациентов, Санкт-Петербург, 2020 год

Диагноз	Код диагноза по МКБ 10	Доля, в %
атеросклероз артерий конечностей	I70.2	67,3
атеросклероз других артерий	I70.8	9,2
сужение артерий	I77.1	6,9
генерализованный и не уточненный атеросклероз	I70.9	6,2
аневризма брюшной аорты	I71.4	2,9
эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей	I74.3	2,6
атеросклероз почечной артерии	I70.1	1,0
синдром Рейно	I73.0	2,0
аневризма и расслоение сонной артерии	I72.0	1,0
аневризма и расслоение артерий нижних конечностей	I72.4	0,3
другие болезни периферических сосудов	I73.8	0,3
болезнь периферических сосудов не уточненная	I73.9	0,3

Согласно полученным данным, 24,4% среди пациентов с ЗПА, состоящих под ДН, направляются в течение года для получения консультации в КДЦ или в АКО стационаров. Сведения о структуре таких посещений врача пациентами с ЗПА представлены на Рисунке 4.9.

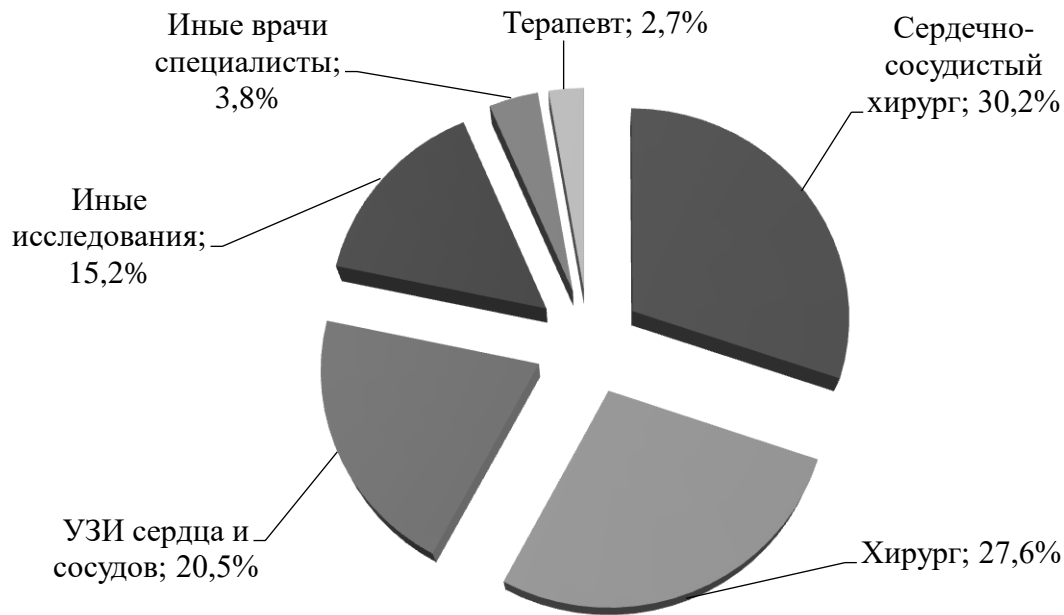


Рисунок 4.9 – Структура случаев обращений пациентов с ЗПА в АКО стационаров и КДЦ в Санкт-Петербурге в 2019 году, в процентах

В условиях предоставления ПМСП, как уже было показано, наибольшая доля случаев ДН приходится на оказание медицинской помощи врачом-хирургом. Однако, для получения консультации более высокого уровня, в том числе в целях решения вопроса целесообразности дальнейшего получения специализированной медицинской помощи (и необходимости оперативных вмешательств), пациенты с ЗПА также направляются в КДЦ и в АКО стационаров к врачам хирургических специальностей.

В 27,6% случаев пациенты с ЗПА, несмотря на наличие врачей-хирургов в поликлиниках, для получения медицинской помощи более высокого уровня в консультативно-диагностических центрах и в амбулаторно-консультативных отделениях стационаров направляются также к врачу-хирургу.

В условиях отсутствия отдельного порядка оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА, не обеспечивается должное ресурсное обеспечение поликлинических МО, прежде всего кадровое. В 2020 году всего во всех амбулаторно-поликлинических медицинских организациях Санкт-Петербурга

осуществляли деятельность 19 врачей по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», при этом укомплектованность штатов врачей по этой специальности составила только 84,1%, а физических лиц – 71,0% при коэффициенте совместительства 1,18. Указанные показатели свидетельствуют о явном дефиците специалистов в этой области в медицинских организациях первичного звена, что формирует ограничения доступности соответствующей медицинской помощи на этом уровне ее оказания.

В этой связи, в 30,2% случаях целью направления врачами поликлиник для больных на следующий, более высокий уровень, является получение консультации врача по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

Наряду с этим, отсутствие установленных порядков оказания медицинской помощи по лечению ЗПА приводит и к недостаточному материально-техническому обеспечению МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что вынуждает пациентов обращаться для проведения инструментальных исследований в КДЦ и амбулаторно-поликлинические отделения стационаров. В 20,5% случаев повод для таких обращений является выполнение УЗИ сердца и сосудов.

Для получения консультаций иных специалистов пациенты направляются в 3,8% случаев, для получения консультаций врача-терапевта – в 2,7%, для выполнения иных отдельных исследований – в 15,2% случаев.

Полученные данные о структуре случаев обращений пациентов в КДЦ и АКО стационаров свидетельствуют, таким образом, о значимости этого этапа медицинской помощи для пациентов изучаемой нами группы, поскольку альтернативная возможность получения соответствующих медицинских услуг на предыдущих этапах лечения отсутствует.

В соответствии со статьей 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская помощь может оказываться, в том числе, в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения – в условиях ДС. При этом, в соответствии

со статьями 33 и 34 указанного Федерального закона [190], в условиях ДС может оказываться как ПМСП, так и специализированная медицинская помощь.

Вопросы организации предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА в условиях ДС в рамках настоящего исследования изучены на примере ее предоставления пациентам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге (Глава 2). Поскольку в соответствии с Генеральным тарифным соглашением в сфере ОМС в Санкт-Петербурге случаи оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА в условиях ДС отнесены к ПМСП, результаты проведенного анализа представлены в рамках настоящей главы, посвященной организации медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях.

Оказалось, что в целом стационарозамещающие технологии недостаточно активно используются при оказании медицинской помощи пациентам [20].

При оказании бесплатной медицинской помощи по программе государственных гарантий в Санкт-Петербурге доля случаев лечения в дневных стационарах при всех заболеваниях составила в 2020 году менее одного процента – 0,9% [20]. В структуре всех случаев лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы доля случаев применения такой формы лечения составила в 2020 году только 1,4%. При этом при лечении ЗПА такая форма лечения применяется более активно, чем при БСК в целом ( $t = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ), в структуре всех случаев она составила 7,3% (Таблица 4.3).

Следует отметить, что указанная тенденция распределения случаев оказания медицинской помощи по условиям ее предоставления сохранялось в течение последнего 5-ти летнего периода [20]. Достоверных различий по указанным показателям в 2016 и 2020 году не получено ( $t < 2$ ).

Таблица 4.3 – Структура случаев медицинской помощи, оказанной пациентам в различных условиях в Санкт-Петербурге в 2016 – 2020 годах, в процентах

Условия и период оказания медицинской помощи	Структура случаев оказания медицинской помощи					
	Все болезни		При БСК		При ЗПА	
	2016 г.	2020 г.	2016 г.	2020 г.	2016 г.	2020 г.
Амбулаторно	94,3	94,5	86,5	86,7	71,8	70,6
В стационаре	3,2	3,0	6,3	5,9	19,1	20,7
В ДС	0,9	0,9	1,6	1,4	8,0	7,3
Скорая помощь	1,6	1,7	5,5	5,9	1,1	1,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Более активное использование ДС для оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА по сравнению с пациентами, страдающими БСК в целом, подтверждает и анализ частоты случаев такого лечения, проведенный в динамике. Частота применения стационарозамещающих технологий в целом при БСК представлена на Рисунке 4.10.

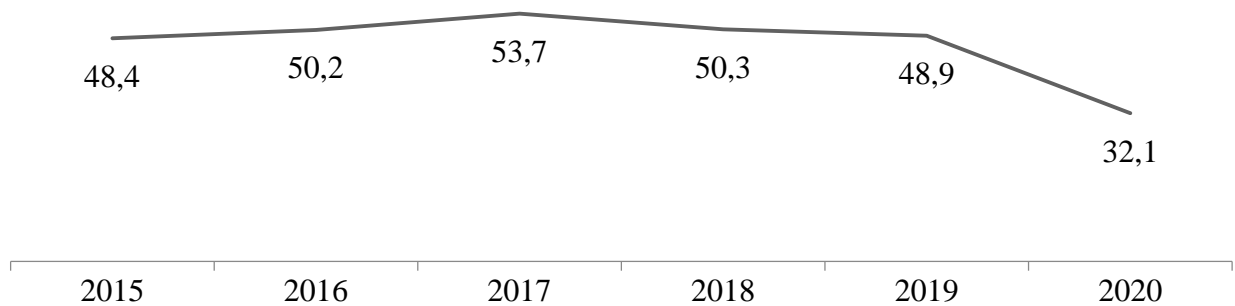


Рисунок 4.10 – Динамика частоты лечения пациентов с БСК в условиях ДС, на 1000 больных

При оценке не учитывалось значение показателя, зафиксированное в 2020 году, поскольку этот период в целом отмечен значительным снижением объемов

предоставления медицинской помощи в плановой форме, обусловленный введением противоэпидемических ограничений ввиду распространения новой коронавирусной инфекции [18, 19, 25].

На фоне установленной невысокой частоты использования стационаророзмещающих технологий при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы в целом, их применение при лечении ЗПА можно считать достаточно активным (Рисунок 4.11).

В среднем в изучаемый период, с 2015 по 2020 год, частота случаев оказания медицинской помощи в ДС составила  $332,9 \pm 18,0$  на 1000 пациентов в год. Наименьшее значение показателя отмечено в 2015 году – 304,4 на 1000 больных в год. В дальнейшем, показатель возрос в 2016 году до 367,5 на 1000 больных в год ( $t = 3,7, p < 0,05$  к уровню 2015 года), и оставался достаточно стабильным в период с 2016 по 2019 год ( $t < 2$ ). Резкое снижение частоты случаев лечения в условиях ДС в 2020 году до 267,9 на 1000 пациентов в год обусловлено также ограничением предоставления плановой медицинской помощи ввиду противоэпидемических мер [20, 163].

Таким образом, в целом, в течение изучаемого нами периода, частота случаев лечения в условиях ДС пациентов с ЗПА в среднем в 7 раз выше, чем при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы в целом, что свидетельствует о высокой потребности пациентов в этой форме оказания медицинской помощи.

Согласно данным, представленным в «Национальных рекомендациях» [129], в настоящее время лечение большей части пациентов с ЗПА проводится на койках хирургического профиля, однако, эта сложившаяся практика уже не может отвечать современным требованиям в организации оказания медицинской помощи пациентам этой группы.

Таким образом, на этапе интенсивного терапевтического лечения, проводимого пациентам с ЗПА, чрезвычайно высока профессиональная роль врача-сердечно-сосудистого хирурга. Помимо этого, пациенты этой группы нуждаются в профессиональной курации специалиста этого профиля и после получения специализированной медицинской помощи, в том числе



хирургических вмешательств. Согласно «Национальным рекомендациям» даже пациенты, имеющие клиническую ишемию конечности в анамнезе или после ее успешного лечения, должны обследоваться у сосудистого хирурга дважды в год, учитывая высокий риск рецидива [129].

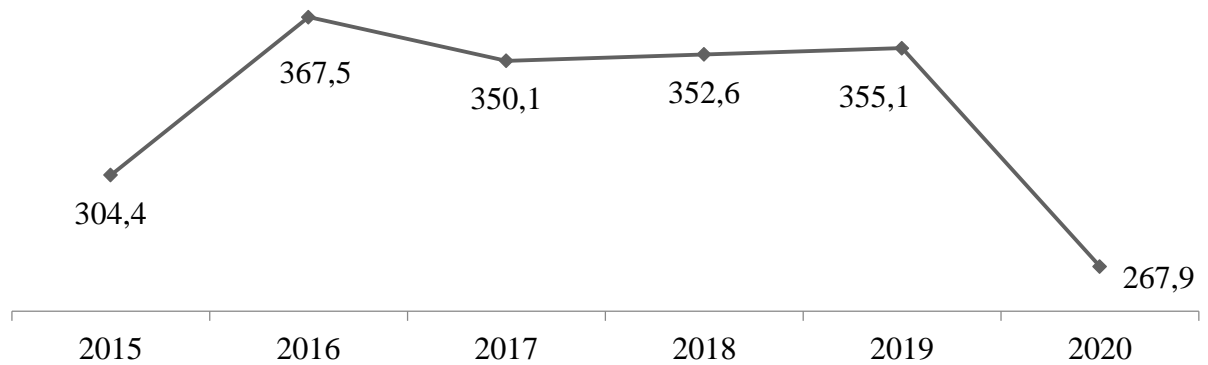


Рисунок 4.11 – Динамика частоты лечения пациентов с ЗПА в условиях ДС, на примере больных эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим, на 1000 больных.

В настоящее время самостоятельная специальность «сосудистая хирургия» в номенклатуре врачебных специальностей отсутствует [197]. Вместе с тем, в МО, оказывающих в том числе медицинскую помощь в условиях ДС, сохраняются койки по профилю «сосудистая хирургия». Принимая во внимания вышеуказанные положения «Национальных рекомендаций» по оптимальному ведению пациентов с ЗПА [129], при анализе использования коечного фонда ДС проводилась оценка эффективности использования коек по профилю «сосудистая хирургия». Оценка организации работы коек по профилю «сосудистая хирургия» показала нестабильность их работы (Таблица 4.4).

На фоне стабильного значения показателя средней длительности лечения в этот период ( $t < 2$ ), которой составил в среднем 8,8 дней, неравномерность использования коечного фонда дневных стационаров МО, оказывающих специализированную медицинскую помощь, свидетельствует об отсутствии должной координации в направлении для соответствующего лечения пациентов,

некорректной их маршрутизации для получения медицинской помощи в соответствии с принципами ее преемственности.

Еще более нестабильно использование коек по профилю «сосудистая хирургия», расположенных в МО, оказывающих ПМСП. При минимальной длительности лечения пациентов, которая в течение практически всего периода не превышала в среднем 1,0 дня, оборот койки составил от 10 до 43 пациентов в год, что свидетельствует о необоснованном длительном простое коек для оказания медицинской помощи этого профиля в течение года.

Таблица 4.4 – Динамика деятельности дневных стационаров в Санкт-Петербурге по профилю «сосудистая хирургия»

Показатели / период		2015	2016	2017	2018	2019	2020
В стационарах	Среднегодовое число коек	6	12	20	24	24	13
	Оборот койки	112	63	64	38	54	39
	Средняя длительность лечения	8,9	8,9	8,4	9,5	8,9	8,2
В амбулаторных МО	Среднегодовое число коек	1	4	4	-	2	2
	Оборот койки	115	10	17	-	43	16
	Средняя длительность лечения	13,2	1,0	1,0	-	1,0	1,0

С учетом полученных данных можно утверждать о нерациональном использовании коечного фонда ДС по интересующему нас профилю, резерв которого при внедрении оптимальных схем маршрутизации может быть использован, в том числе, для организации лечения пациентов с ЗПА.

Таким образом, проведенный анализ на фоне отсутствия установленного нормативно-правовыми документами порядка оказания медицинской помощи

пациентам с ЗПА в МО, предоставляющих ПМСП, выявил ряд дефектов в ее организации пациентам этой группы, в части обеспечения доступности медицинских услуг и обеспечения их качества.

При несомненной необходимости ДН пациентов этой группы установлен недостаточный охват их этими профилактическими мероприятиями, а также отсутствие возможности их проведения специалистами, имеющими специальные знания в области лечения заболеваний этой группы ввиду отсутствия должного обеспечения МО кадровыми и материально-техническими ресурсами. Это формирует активное обращение пациентов в АКО стационаров и КДЦ, что не соответствует в полной мере принципам организации ПМСП в современных условиях. Кроме того, выявлено недостаточное использование ресурсов ДС для оказания медицинской помощи пациентам интересующей группы.

Полученные данные, основанные на комплексном анализе оказания медицинской помощи, могут быть использованы для обоснования подходов к оптимизации организации ее предоставления.

## ГЛАВА 5

### ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с БСК, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 918н [191], специализированная медицинская помощь этой категории пациентов предоставляется в стационарах в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Специализированная медицинская помощь включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В соответствии с рассматриваемым Порядком [191], специализированная медицинская помощь больным может оказываться в МО всех форм собственности, имеющих соответствующие лицензии и располагающих штатной численностью врачей-специалистов по специальностям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия». Кроме того, специализированная медицинская помощь также оказывается в федеральных МО в случаях необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствия эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовки у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных МО.

Отбор пациентов для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется на этапе ПМСП или специализированной медицинской помощи.

В части организации специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА необходимо отметить, что Порядком [191] однозначно не определен профиль МО или отделения МО, в рамках деятельности которых должны получать медицинскую помощь пациенты.

Правилами организации деятельности кардиологического отделения с палатой интенсивной терапии, утвержденными вышеуказанным Порядком оказания медицинской помощи [191], предусматривается лечение в этом подразделении стационара из числа пациентов, включенных в указанную группу заболеваний, только пациентов с расслаивающейся аневризмой аорты.

Наряду с этим, медицинская помощь при ЗПА может оказываться в отделениях рентгенохирургических методов диагностики и лечения, однако, конкретизированного перечня нозологических состояний, подлежащих лечению в условиях этого подразделения МО, Порядком оказания медицинской помощи № 918н [191] не установлено. Также выполнение операций на сердце и сосудах в соответствии с указанным Порядком проводятся и на кардиохирургических отделениях стационара.

Оценка фактического состояния оказания медицинской помощи при ЗПА свидетельствует, что в условиях стационара они, в основном, получают медицинскую помощь на отделениях общего хирургического профиля и сосудистой хирургии (Глава 2).

### **5.1. Объемы оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам с ЗПА**

Объемы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА в условиях стационара были изучены на примере ее предоставления пациентам в МО, расположенных на территории Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь соответствующего профиля (24 стационара городского и районного подчинения, 11 федеральных и 4 ведомственные клиники) в соответствии с разработанной методикой, в динамике за последние 5 лет (Глава 2).

В последние годы общее количество случаев оказания такой медицинской помощи несколько снизилось: количество случаев стационарного лечения составило в 2021 году только 66,5% к уровню 2016 года – 6281 и 9451 случай соответственно, что, в первую очередь, связано с введением противоэпидемических ограничений, обусловленных распространением новой коронавирусной инфекции в последние годы наблюдения [163]. Указанное снижение отмечалось по большинству основных диагнозов, включенных в группу ЗПА (Таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Динамика случаев госпитализации пациентов с ЗПА в медицинские организации Санкт-Петербурга, 2016 – 2021 годы

Код диагноза по МКБ-10	Группа диагнозов по МКБ-10	Количество случаев		Показатель роста (убыли), %
		2016	2021	
I70	Атеросклероз	7526	4825	64,1
I70.2	в т.ч. атеросклероз артерий конечностей	5654	4246	75,1
I70.9	в т.ч. генерализованный атеросклероз	1013	277	27,3
I71	Аневризма и расслоение аорты	440	346	78,6
I72	Другие формы аневризмы и расслоения	79	126	159,5
I73	Другие болезни периферических сосудов	140	53	37,8
I73.1	в т.ч. облитерирующий тромбангиит	14	7	50,0
I74	Эмболия и тромбоз артерий	1097	845	77,0
I77	Другие поражения артерий и артериол	149	48	32,2
I78	Болезни капилляров	19	35	184,2
I79	Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках	1	3	300,0
Общий итог		9451	6 281	66,5

Так, по случаям оказания медицинской помощи, обусловленным атеросклерозом, показатель убыли составил 64,1%, в том числе по случаям, вызванным атеросклерозом артерий конечностей – 75,1%. Такая же тенденция отмечена в части других болезней периферических сосудов – показатель 2021 года по отношению к уровню показателя 2016 года составил только 37,8%, в том числе по облитерирующему тромбангииту – 50,0%. По случаям лечения, обусловленным эмболией и тромбозом артерий, показатель убыли составил 77,0%. Наряду с этим, отмечено существенное увеличение случаев лечения в стационарах пациентов с болезнями капилляров – показатель роста за указанный период составил 184,2% [18, 19].

Условия, сформированные негативными последствиями организации медицинской помощи в период проведения противоэпидемических мероприятий, в том числе приостановление в определенные периоды оказания медицинской помощи в плановой форме, не позволяющее врачам своевременно отреагировать на формирующиеся жалобы пациентов и объективные данные их осмотров, оказали влияние на рост числа случаев лечения, обусловленных urgentными ситуациями [29]. Так, показатель роста по случаям лечения пациентов с диагнозами «другие формы аневризмы и расслоения» составил 159,5%.

Вместе с тем, следует отметить, что среди всех пациентов с ЗПА только 3,9% для получения специализированной медицинской помощи поступили в стационар в экстренном порядке, а остальные 96,1% – это «плановые» пациенты, в большинстве своем предварительно получавшие первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

С учетом проанализированных показателей распространенности ЗПА, полученное снижение числа случаев оказания по этим поводам специализированной медицинской помощи ввиду действия ограничительных противоэпидемических мер, не следует считать объективным свидетельством снижения потребности в этом виде помощи для пациентов рассматриваемой группы. Это подтверждается результатами анализа структуры госпитализаций (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Структура случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам с ЗПА в 2016 – 2021 годах, в процентах

Код диагноза по МКБ-10	Группа диагнозов по МКБ-10	Структура случаев госпитализации, %	
		2016	2021
I70	Атеросклероз	79,6	76,8
I71	Аневризма и расслоение аорты	4,7	5,5
I72	Другие формы аневризмы и расслоения	0,8	2,0
I73	Другие болезни периферических сосудов	1,5	0,8
I74	Эмболия и тромбоз артерий	11,6	13,5
I77	Другие поражения артерий и артериол	1,6	0,8
I78	Болезни капилляров	0,2	0,6
I79	Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках	0,0	0,0
Общий итог		100,0	100,0

Существенных различий по показателям структуры случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара в указанные периоды не получено ( $t < 2$ ). Наибольшую долю из числа госпитализированных пациентов с ЗПА составляют пациенты, основным диагнозом которых является атеросклероз. Доля пациентов с диагнозом «эмболия и тромбоз артерий» в том числе, госпитализированных в экстренном порядке, составила в 2021 году 13,5%. Наряду с этим можно выделить госпитализации по поводу аневризмы и других расслоений аорты – 5,5% случаев, других форм аневризмы – 2,0%. Иные патологические состояния служили основанием для получения специализированной медицинской помощи в условиях стационара в значительно меньших долях случаев.



Следует также отметить, что наличие ЗПА нередко сопровождается сопутствующими заболеваниями, в основном, сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь – 72,1% случаев, ишемическая болезнь сердца – 12,3%, прочие болезни системы кровообращения – 12,3% случаев, сахарный диабет – 13,2%.

Детальный анализ динамики случаев госпитализации пациентов с ЗПА показал, что сокращение численности госпитализаций пациентов сопровождалось и сокращением продолжительности случаев лечения по большинству групп пациентов, имеющих соответствующие диагнозы (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Средняя длительность госпитализации пациентов с ЗПА, 2016 – 2021 годы

Код диагноза, МКБ-10	Группа диагнозов по МКБ-10	Ср. длительность госпитализации, дней		
		2016	2021	t, p< 0,05
I70	Атеросклероз	11,9	9,5	4,4
I71	Аневризма и расслоение аорты	13,7	10,1	3,8
I72	Другие формы аневризмы и расслоения	12,9	10,3	4,0
I73	Другие болезни периферических сосудов	7,8	8,2	1,1
I74	Эмболия и тромбоз артерий	9,1	8,9	1,6
I77	Другие поражения артерий и артериол	12,1	8,1	3,7
I78	Болезни капилляров	5,2	6,9	1,8
I79	Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классиф. в других рубриках	1,0	7,0	5,5
Общий итог		11,8	9,9	3,6

В целом, по случаям ЗПА в период 2016 – 2021 года наблюдалось снижение средней длительности госпитализации – с 11,8 дней до 9,9 дней ( $t = 3,6$ ,  $p < 0,05$ ), что обусловлено, главным образом, увеличением интенсификации использования коечного фонда при периодическом введении ограничений его использования в

период распространения коронавирусной инфекции. Значимое снижение отмечается по длительности пребывания на койке пациентов с атеросклерозом – с 11,9 дней до 9,5 дней ( $t = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ), с аневризмой и расслоением аорты – с 13,7 дней до 10,1 дня ( $t = 3,8$ ,  $p < 0,05$ ), с другими формами аневризмы и расслоения – с 12,9 дней до 10,3 дней ( $t = 4,0$ ,  $p < 0,05$ ), с поражениями артерий и артериол – с 12,1 дня до 8,1 дней ( $t = 3,7$ ,  $p < 0,05$ ). Наряду с этим, не отмечено изменений в сроках госпитализации по таким группам диагнозов как «другие болезни периферических сосудов», а также «эмболия и тромбоз артерий» ( $t < 2$ ).

Снижение объемов и длительности госпитализаций пациентов с ЗПА в изучаемые периоды потребовало и меньших затрат системы здравоохранения на оказание медицинской помощи пациентам этой группы. Так, в Санкт-Петербурге общие затраты на оказание специализированной медицинской помощи по указанным пациентам составили 956,6 млн. рублей в 2016 году, тогда как в 2021 году только 714,6 млн. рублей, что составляет 74,4% от уровня 2016 года. Указанное снижение пропорционально по всем группам, отнесенным к заболеваниям периферических артерий [25]. При этом структура финансовых затрат на оказание медицинской помощи оставалась в период 2016-2021 годов неизменной ( $t < 2$ ). Сведения о структуре финансовых затрат системы здравоохранения на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА в 2021 году представлены на Рисунке 5.1.

Наибольшая доля всех финансовых средств системы здравоохранения на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА приходится на стационарное лечение пациентов с атеросклерозом – 70,5%. Значительными финансовыми средствами компенсируются расходы МО на оказание пациентам медицинской помощи в экстренных и неотложных случаях: в объеме 17,6% – на оказание медицинской помощи пациентам с аневризмой и прочими расслоениями аорты, в объеме 9,3% – на лечение состояний, вызванных эмболией и тромбозом артерий. Лечение в условиях стационара прочих патологических состояний поглощает 2,6% предназначенных на эти цели финансовых ресурсов.

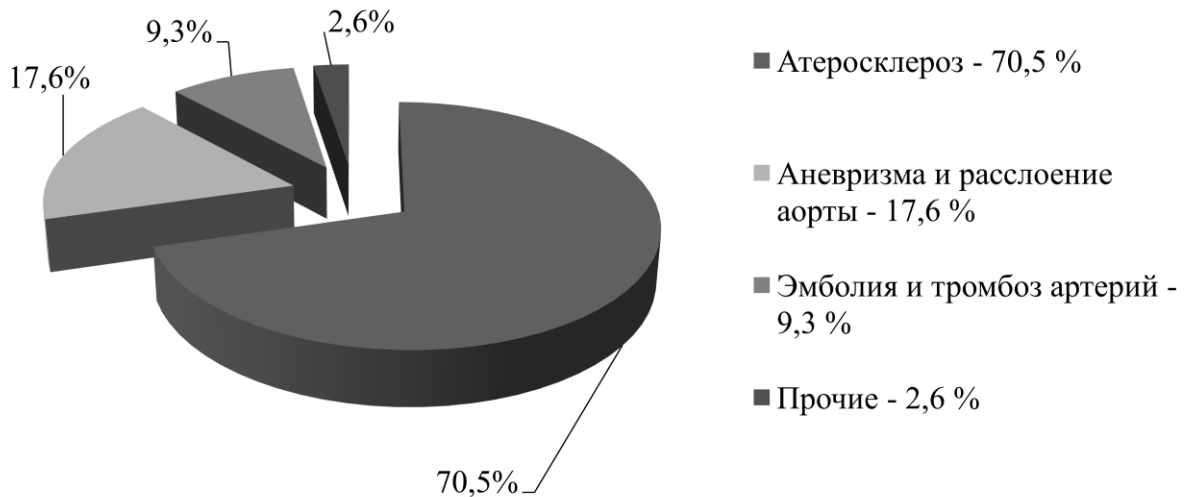


Рисунок 5.1 – Структура финансовых затрат на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА, 2021 год, в процентах

Основным поводом госпитализации пациентов с ЗПА является необходимость проведения оперативных вмешательств. Согласно Национальным рекомендациям [129] при ЗПА в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, пола, результатов предыдущих попыток реваскуляризации сосудистого русла (если таковое проводилось), а также наличия и характера течения сопутствующих заболеваний и ожидаемого от предстоящего оперативного вмешательства результата, в том числе по увеличению дистанции безболевого ходьбы, сохранению конечности и других условий, могут быть выбраны эндоваскулярные или открытые хирургические методики оперативного лечения. При этом хирургическое лечение может быть использовано, в том числе, как резервный метод при неудачной попытке разрешения клинической ситуации с использованием эндоваскулярного метода. Эндоваскулярные методы лечения хронических и острых окклюзионно-стенотических поражений периферических артерий включают следующие методики: баллонная ангиопластика, в том числе с лекарственным покрытием, эндопротезирование, ротационная, лазерная, направленная атерэктомия, использование режущих баллонов,

низкотемпературная ангиопластика, тромболитический (фибринолизис) и иные методики и их сочетания [28].

В период с 2016 по 2021 год на фоне снижения числа случаев госпитализаций и сокращения средней длительности пребывания пациентов с ЗПА на койке, оперативная активность, то есть число оперативных пособий, выполненных пациентам из числа получающих специализированную медицинскую помощь, возросла. Если в 2016 году она составила 82,3 на 100 госпитализированных, то в 2021 году уже 97,2 на 100 госпитализированных ( $t = 4,4, p < 0,05$ ).

Сведения о структуре патологических состояний, при которых выполняются в условиях стационара различные оперативные вмешательства, представлены на Рисунке 5.2.

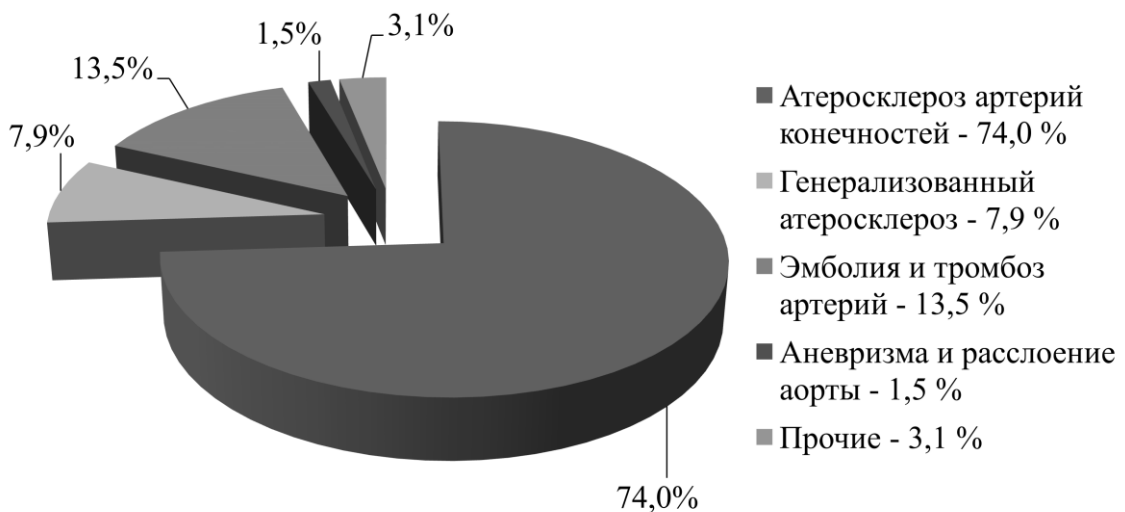


Рисунок 5.2 – Структура патологических состояний, при которых проводится оперативное лечение в условиях стационара, 2021 год, в процентах

Наибольшая доля всех оперативных вмешательств выполняется пациентам с атеросклеротическими поражениями: артерий конечностей (74,0%), а также с генерализованным атеросклерозом (7,9%). На пациентов с эмболией и тромбозом

артерий приходится 13,5% всех выполненных оперативных пособий, и еще 3,1% – на пациентов с иными диагнозами [28, 131, 133].

Структура оперативных вмешательств, проводимых пациентам с ЗПА, включает в себя как операции, имеющие лечебно-диагностический характер, так и реконструктивные оперативные процедуры и, к сожалению, оперативные вмешательства по ампутации конечностей [28, 171]. При этом следует отметить, что существенных различий в структуре проводимых пациентам оперативных вмешательств в изучаемый период нами не отмечено ( $t < 2$ ). Сведения о структуре операций, проведенных в 2021 году, представлены в Таблице 5.4.

Достаточно весомую долю занимают оперативные вмешательства диагностического характера, направленные на установление проходимости, направленности и объема кровотока, в том числе коронарного: ангиография артерий нижних конечностей – 15,0% среди всех оперативных вмешательств, катетеризация артерий и вен под рентгеновским контролем – 7,0%, коронарография – 3,6%.

Пластические оперативные реконструктивные вмешательства на сосудах также составляют существенную долю оперативных вмешательств, выполняемых пациентам с ЗПА. Это транслюминальная баллонная ангиопластика – 12,5%, реконструкция бедренно-подколенного артериального сегмента нижней конечности – 7,6%. Эти операции призваны восстановить пораженные сосуды, нормальную васкуляризацию сосудистого бассейна, что является крайне важным для реабилитации пациентов этой группы. Следует отметить, что указанные оперативные вмешательства среди иных поглощают наибольшую часть финансовых средств системы здравоохранения. Так, на долю только транслюминальной баллонной ангиопластики приходится 62,5% всех финансовых средств, и еще 13,3% – на проведение реконструктивных оперативных вмешательств бедренно-подколенного артериального сегмента нижней конечности.

Осложнения ЗПА могут приводить к необратимым последствиям, в том числе требующим серьезных оперативных вмешательств, в том числе

проводимых в экстренном порядке, которые позволяют не допустить дальнейшего патологического процесса, но, к сожалению, могут приводить к серьезным последствиям для пациента, в том числе к инвалидизации [133]. В структуре всех оперативных вмешательств 1,2% занимает эндартерэктомия, 2,6% – эмболэктомия, 4,5% – тромбэктомия. Серьезная часть оперативных вмешательств проводится в целях некрэктомии – 7,9%, а также в целях ампутации конечностей – 13,7%.

Таблица 5.4 – Структура оперативных вмешательств при ЗПА, а также финансовых затрат на их проведение, 2021 год, в процентах

Группа оперативных вмешательств	Удельный вес в структуре, %	Удельный вес финансовых затрат, %
Ангиография артерий нижней конечности	15,0	6,7
Ампутация	13,7	3,7
Транслюминальная баллонная ангиопластика	12,5	62,5
Некрэктомия	7,9	2,2
Реконструкция бедренно-подколенного артериального сегмента нижней конечности	7,6	13,3
Катетеризация артерий и вен под R-контролем	7,0	1,1
Тромбэктомия	4,5	0,7
Коронарография	3,6	2,2
Шунтирование	3,3	1,6
Эмболэктомия	2,6	0,3
Эндартерэктомия	1,2	0,3
Пластические операции на ранах, в том числе после ампутации	0,7	0,5
Иные	20,4	4,9
Всего	100,0	100,0

Таким образом, проведенный в динамике анализ объемов случаев оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА показал относительную стабильность потребностей пациентов в этом виде медицинской помощи, что подтверждается неизменной структурой госпитализаций и оперативных вмешательств в течение изучаемого периода. Некоторое снижение активности оказания медицинской помощи в период с 2016 по 2021 год обусловлено введением в последнем отрезке изучаемого периода ограничений, обусловленных противоэпидемическими мероприятиями, а не снижением потребностей пациентов в этом виде медицинской помощи, что подтверждается интенсификацией использования в этот период коечного фонда, выражающейся в сокращении среднего времени пребывания больного на койке и повышением оперативной активности.

## **5.2. Медико-статистическая характеристика пациентов с ЗПА, получивших специализированную медицинскую помощь**

В целях детализации вопросов оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА, отдельно была изучена медико-статистическая характеристика таких больных, получивших медицинскую помощь в МО Санкт-Петербурга, среди которых 61,5% – это жители Санкт-Петербурга и 38,5% – жители иных субъектов Российской Федерации (Глава 2).

Для большинства пациентов, включенных в исследование, госпитализация по поводу ЗПА в текущем году была первичная – 94,2% случаев, и только в 5,8% пациенты были госпитализированы в связи с этим заболеванием повторно в течение текущего года [22].

Как и следовало ожидать, среди пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь, преобладают мужчины старших возрастных групп. Сведения о половозрастной структуре пациентов представлены в Таблице 5.5.

Средний возраст пациентов составил  $66,3 \pm 4,8$  лет, в том числе мужчин  $65,7 \pm 3,3$  лет, женщин  $67,6 \pm 4,2$  лет ( $t < 2$ ). Наибольшая доля пациентов – это

лица мужского пола, которые составили 69,2% всех нуждающихся в таком лечении. Наиболее многочисленной оказалась группа мужчин в возрасте от 61 до 70 лет – 32,7% и от 51 до 60 лет – 22,1%.

Таблица 5.5 – Половозрастная характеристика пациентов с ЗПА, получивших специализированную медицинскую помощь, в процентах

Пол/возраст	50 и младше	51 – 60	61 – 70	71 и старше	Всего
Женщины	-	9,6	11,5	9,6	30,8
Мужчины	1,0	22,1	32,7	13,5	69,2
Всего	1,0	31,7	44,2	23,1	100,0

Оценка социального статуса указанных лиц показала, что, несмотря на преобладание в структуре пациентов старших возрастных групп, каждый четвертый из них (25,0%) работает. Еще 11,5% являются неработающими лицами, не достигшими пенсионного возраста, а 63,5% – пенсионеры. Наряду с этим у 14,5% пациентов, включенных в исследование, на момент госпитализации уже имелась установленная группа инвалидности, в том числе первая – 1,0%, вторая – 10,6%, третья – 2,9%.

Достоверно судить о различиях половозрастной и социальной структуры статусе пациентов из Санкт-Петербурга и иногородних пациентов, не представляется возможным ( $t < 2$ ). Сведения о порядке поступления в стационар пациентов с ЗПА представлены на Рисунке 5.3.

Проведенное выборочное исследование подтвердило результаты, полученные при анализе случаев госпитализации пациентов с ЗПА, выполненном сплошным методом (Раздел 5.1). Только 4,8% больных были направлены в стационар в экстренном порядке (по данным сплошного наблюдения – 3,9%,  $t < 2$ ), остальные получали помощь в плановой форме, в том числе 53,8% из них обратились в стационар по направлению МО, наблюдавшей их на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем, 41,4% пациентами такого направления получено не было, предварительное их наблюдение в амбулаторных условиях не осуществлялось, и они обратились в стационар самостоятельно для



консультации и последующей госпитализации. Это обстоятельство еще раз подтверждает тот факт, что в отдельных случаях пациенты с ЗПА не наблюдаются на постоянной основе МО, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

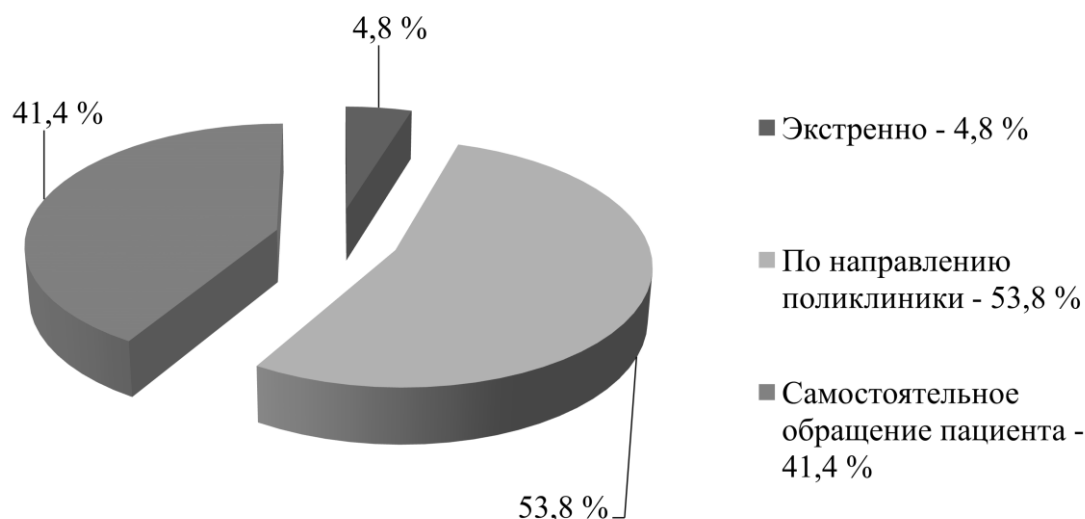


Рисунок 5.3 – Структура маршрутизации на госпитализацию пациентов с ЗПА, в процентах

В 67,4% иногородних больных обратились в стационар за медицинской помощью самостоятельно, тогда как среди жителей Санкт-Петербурга таких оказалось только 26,6% ( $t = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ).

Недостаточная активность догоспитального обследования и наблюдения пациентов на этапе предоставления первичной медико-санитарной помощи, подтверждающиеся тем, что пациенты поступают в стационар во многих случаях не по направлению лечащего врача, а при самостоятельном обращении, приводит к необходимости уточнения состояния больного в процессе оказания медицинской помощи в стационаре. Совпадение клинического диагноза, выставленного по итогам лечения в стационаре и диагноза, полученного пациентом при направлении, составляет только 77,8% [22, 26].

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [198], срок ожидания

специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в плановой форме, не должен превышать 14 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

В целом, средний срок ожидания плановой госпитализации пациентами, включенными в наше исследование, соответствует нормативным требованиям и составляет  $7,8 \pm 2,2$  дня. При этом выявлено, что срок ожидания госпитализации для пациентов из Санкт-Петербурга менее продолжительный, чем региональных пациентов:  $6,2 \pm 1,8$  и  $9,3 \pm 2,0$  соответственно ( $t = 3,3$ ,  $p < 0,05$ ). Вместе с тем, в отдельных случаях выявлены нарушения нормативных требований (Рисунок 5.4).

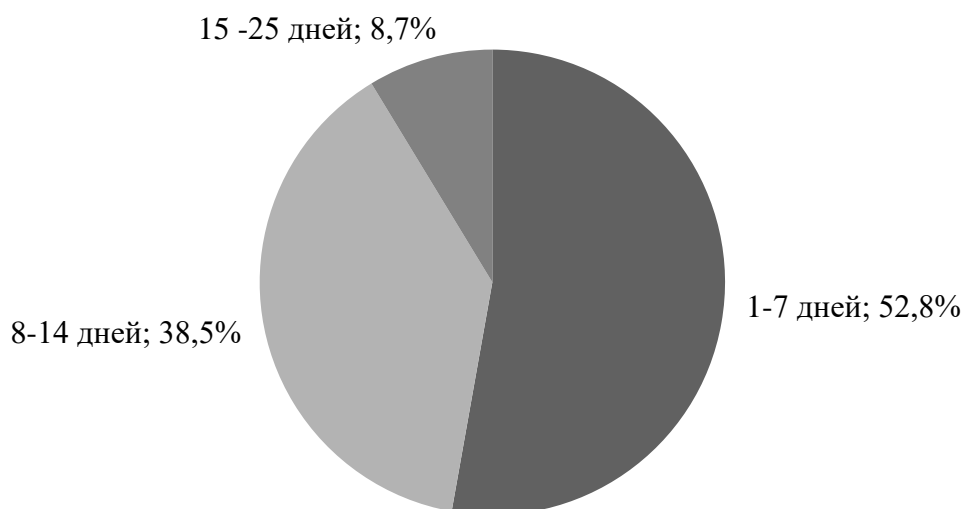


Рисунок 5.4 – Структура фактических сроков ожидания плановой госпитализации пациентами с ЗПА, в процентах

Соблюдение установленных сроков плановой госпитализации подтверждено в 91,3% случаев, в том числе в 52,8% случаях срок ожидания составил 1-7 дней и в 38,5% случаев 8-14 дней. Превышение нормативных сроков ожидания зафиксировано только в 8,7 % случаев.

Как рассматривалось ранее, основным поводом госпитализации больных ЗПА следует считать необходимость проведения оперативного вмешательства (Раздел 5.1 настоящей главы). В этой связи существенной с точки зрения вопросов организации специализированной медицинской помощи, а также

преимущества амбулаторного и стационарного этапов ее предоставления, в части подготовки пациента к предстоящему оперативному вмешательству, является оценка сроков ожидания больным операции при госпитализации в стационар (Рисунок 5.5).

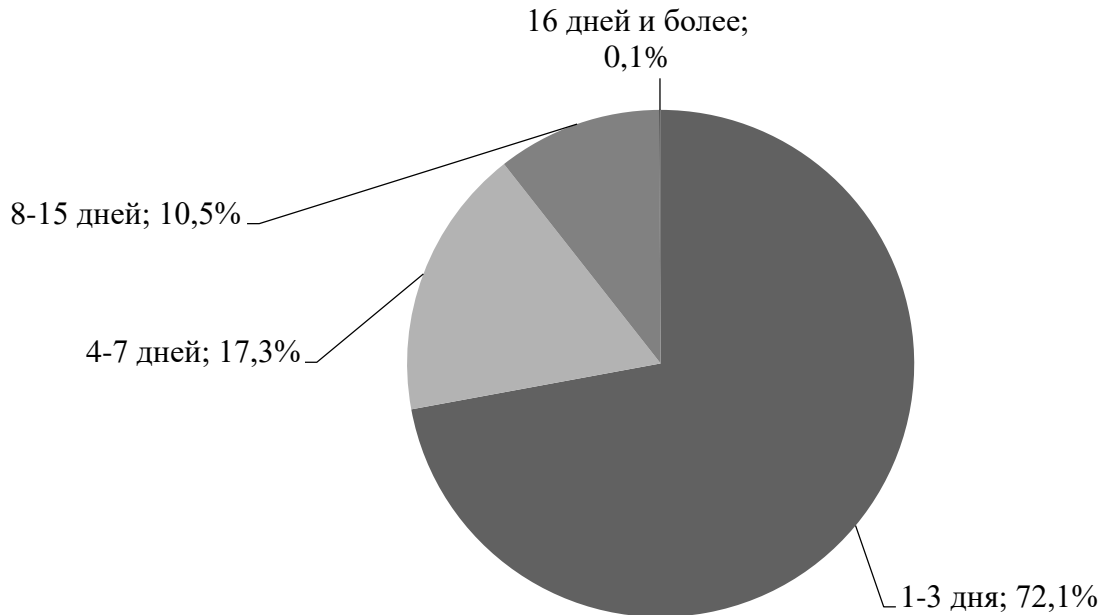


Рисунок 5.5 – Структура случаев госпитализации по времени ожидания проведения оперативного вмешательства, в процентах

Оказалось, что в большинстве случаев плановой госпитализации пациенты весьма непродолжительно ожидают оперативного вмешательства. В 72,1% случаев этот срок не превышает 3-х дней. Еще 17,3% ожидают на стационарной койке операции в пределах одной недели. Вместе с тем, в каждом десятом случае пациент вынужден предварительно проходить дополнительные диагностические и лечебные процедуры, что увеличивает сроки ожидания оперативного лечения до двух недель и более (10,5% случаев) [28].

В рамках обследования в стационаре пациентам выполняется УЗИ сосудов различных бассейнов – в 77,6% случаях, в том числе с применением доплерографии – в 38,8% случаев, УЗИ мягких тканей – в 26,0% случаев. ЭКГ выполняется в 12,5% случаях, а компьютерная томография в 13,8%. Кроме того, пациенты консультируются профильными врачами-специалистами – в 72,2%

случаях, в том числе консультацию врача-кардиолога получают 20,2% из них. Иные исследования, необходимые для уточнения состояния пациента перед оперативным вмешательством, выполняются в 31,0% случаях. Так же следует отметить, что отдельные лечебно-диагностические процедуры пациентам в ряде случаев приходится проходить несколько раз, в том числе по причине неоднократного оперативного вмешательства в рамках одной госпитализации. В соответствии с полученными данными в 17,3% случаев пациенты были при госпитализации оперированы дважды по поводу ЗПА.

Поводом для повторной операции являлись, в том числе, возникшие в результате первичного вмешательства осложнения – 9,0% случаев. В целом же осложнения по результатам оперативного лечения системного характера потребовали дополнительных лечебных мероприятий у 6,2% пациентов, что увеличило запланированные сроки их пребывания в стационаре ( $t = 3,3$ ,  $p < 0,5$ ). Оперативное лечение в 93,3% случаев было дополнено консервативным, в том числе применением лекарственных и физиотерапевтических средств [22].

По результатам оценки врачом стационара исхода госпитализации выздоровели 42,3% пациентов, 57,7% пациентов были выписаны с улучшением.

После выписки из стационара в 3,4% случаев пациентам было показано последующее получение специализированной медицинской помощи в условиях стационара, еще в 1,4% – в условиях ДС МО. При этом только в 59,6% случаев пациентам было рекомендовано после выписки из стационара продолжить лечение в амбулаторных условиях. Таким образом, 35,6% пациентов дальнейших рекомендаций по продолжению лечения пациенты не получили.

В 54,0% случаях после выписки из стационара пациентам была рекомендована консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга в этой же МО.

Наряду с этим, следует отметить, что только 26,7% пациентов получили рекомендацию о необходимости диспансерного наблюдения по поводу своего заболевания в МО, предоставляющей им на постоянной основе первичную медико-санитарную помощь. Из числа получивших такую рекомендацию, 25,4% для этого были направлены к врачу-кардиологу или врачу-терапевту, 44,3% – к

врачу-хирургу, а в 30,3% случаях специальность врача для дальнейшего наблюдения не была указана [22]. Низкая активность по рекомендации диспансерного наблюдения после стационарного лечения не позволяет сформировать достаточную информированность пациентов о дальнейшей тактике лечения.

Ввиду особой значимости медико-социальных последствий ампутации конечностей, отдельный интерес в рамках настоящего исследования представляют основные социально-гигиенические характеристики пациентов этой группы. Эта инвалидизирующая процедура наносит непоправимый ущерб здоровью пациента, требует последующей медико-социальной реабилитации инвалидов, связана с организацией и предоставлением им такой ресурсоемкой помощи, в том числе медицинской, как протезирование. Анализ особенностей данной группы пациентов позволит повысить эффективность выработки комплекса мероприятий по профилактике инвалидности и их медико-социальной реабилитации [28].

Болезни системы кровообращения занимают как в РФ, так и в Санкт-Петербурге ведущее место среди медицинских причин первичной инвалидности [202, 203], после злокачественных новообразований, а в структуре повторной инвалидности данные заболевания находятся на первом месте. В структуре первичной инвалидности удельный вес впервые признанных инвалидов вследствие заболеваний сосудов нижних конечностей составил в 2020 году в Санкт-Петербурге 36,0%.

Среди изученных нами случаев стационарного лечения пациентов, перенесших ампутацию, основными заболеваниями, которые привели к этому стали атеросклероз сосудов нижних конечностей 96,2%, а также осложнения сахарного диабета – 2,8%.

Заболевание оказывает влияние на особенности ампутации (одна или обе конечности) и соответственно на установление инвалидности и планирование медико-социальной реабилитации инвалидности. Так, в изученной группе пациентов с односторонней ампутацией её причиной явились атеросклероз

сосудов нижних конечностей (82,8%) и последствия сахарного диабета (17,2%); а среди пациентов с двусторонней ампутацией нижних конечностей причиной всех случаев ампутации послужили системные заболевания сосудов (генерализованный атеросклероз).

Средний возраст пациентов, перенесших ампутацию, составил  $63,3 \pm 16,3$  лет ( $t=4,2$ ,  $p<0,06$ ), для мужчин –  $60,2 \pm 14,5$  лет, для женщин – достоверно больший  $74,6 \pm 18,0$  лет. Интересно, что распределение таких пациентов по полу, в целом повторяет общее распределение пациентов по этому признаку, выявленное в ходе настоящего исследования (Таблица 5.5.).

Изучение социального статуса пациентов, перенесших ампутацию показало преобладание пенсионеров (76,0%), но практически четверть пациентов этой группы оказались работающими гражданами (24,0%). У рабочих основные причины ампутации нижней конечности следующие: атеросклероз сосудов конечностей (79,5%) и осложнения сахарного диабета (19,2%), а в группе служащих атеросклеротические заболевания сосудов конечностей составили 71,4%, а осложнения сахарного диабета 14,3%. Уровень ампутации также необходимо учитывать при планировании профилактических и реабилитационных мероприятий (Рисунок 5.6.).

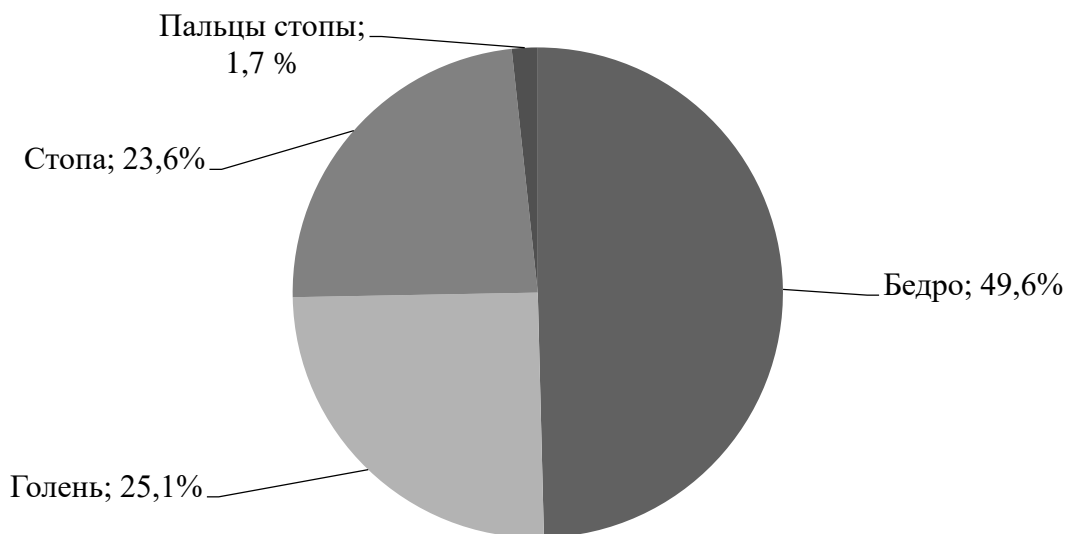


Рисунок 5.6. – Структура проведенных ампутаций нижних конечностей по уровню ампутации, в процентах.

Важно отметить, что по результатам стационарного лечения, включающего операцию по ампутации конечности, доля пациентов которым было рекомендовано дальнейшее ДН, составила только 30,4%, что достоверно не отличалось от аналогичного показателя в общей группе пациентов с ЗПА, пролеченных в стационаре (26,7%,  $t < 2$ ) [28].

Проведенный анализ показал, что на фоне интенсивного оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА, в том числе активного применения оперативного лечения, отмечаются некоторые дефекты в ее организации – не соблюдение в отдельных случаях сроков ожидания госпитализации, длительное обследование в стационаре ввиду неполного его проведения на догоспитальном этапе. Кроме того, очевидным является несоблюдение принципов преемственности амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА, подтверждающееся самостоятельным, без направления лечащего врача, обращением пациентов в стационар, а также отсутствием в большинстве случаев конкретизированных рекомендаций ДН пациентов после выписки у профильных специалистов.

## ГЛАВА 6

### ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ С ЗПА ОРГАНИЗАЦИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с парадигмами, принятыми в сфере общественного здоровья и здравоохранения, в том числе на уровне экспертов ВОЗ [93], удовлетворенность пациентов медицинской помощью является одним из основополагающих компонентов, характеризующих ее качество. В этой связи в рамках нашего исследования, в соответствии с разработанной методикой (Глава 2) была проведена оценка удовлетворенности пациентов с ЗПА оказанной им медицинской помощью.

#### 6.1. Анализ удовлетворенности пациентов организацией ПМСП

Анализ удовлетворенности пациентов с ЗПА организацией ПМСП в соответствии с разработанной методикой исследования (Глава 2) проведен среди пациентов, проходящих стационарное лечение федеральной клинике. Одним из обуславливающих факторов такого построения анализа явилась практическая реализация «Порядка направления застрахованных лиц в федеральные медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования», утвержденного приказом МЗ РФ от 23.12.2020 № 1363н [199], в соответствии с которым получить лечение в федеральной клинике может пациент, проживающий в любом субъекте РФ при условии наличия направления на получение медицинской помощи от лечащего врача по месту жительства и отбора на госпитализацию врачебной комиссией федеральной МО [27]. Это позволило проанализировать лечение пациентов, получавших ПМСП в различных субъектах РФ.

Среди пациентов, включенных в фокус-группу для проведения анализа: жители Санкт-Петербурга – 33,3%, жители иных субъектов Северо-Западного ФО



(Псковская, Ленинградская, Новгородская, Мурманская области, Республика Коми) – 33,3%, жители иных субъектов РФ – 33,4%.

Сбалансированные половозрастные характеристики сформированной фокус-группы в каждом из региональных блоков ( $t < 2$ ) позволили объективно и всесторонне изучить мнение пациентов, находящихся на лечении в федеральной клинике, об организации им ПМСП.

Удельный вес лиц мужского пола составил 67,2%, тогда как женщин только 32,8%. Среди возрастных групп в качестве преобладающей следует выделить группу от 51 до 70 лет, доля таких пациентов составила 62,1%. Наряду с этим значительную долю составили и лица от 71 года и старше – 29,3%. Наиболее многочисленной половозрастной когортой является группа мужчин от 51 до 70 лет, которая составила 44,8% среди всех пациентов, принявших участие в опросе.

Сведения о структуре заболеваний пациентов, включенных в исследование, представлены на Рисунке 6.1.

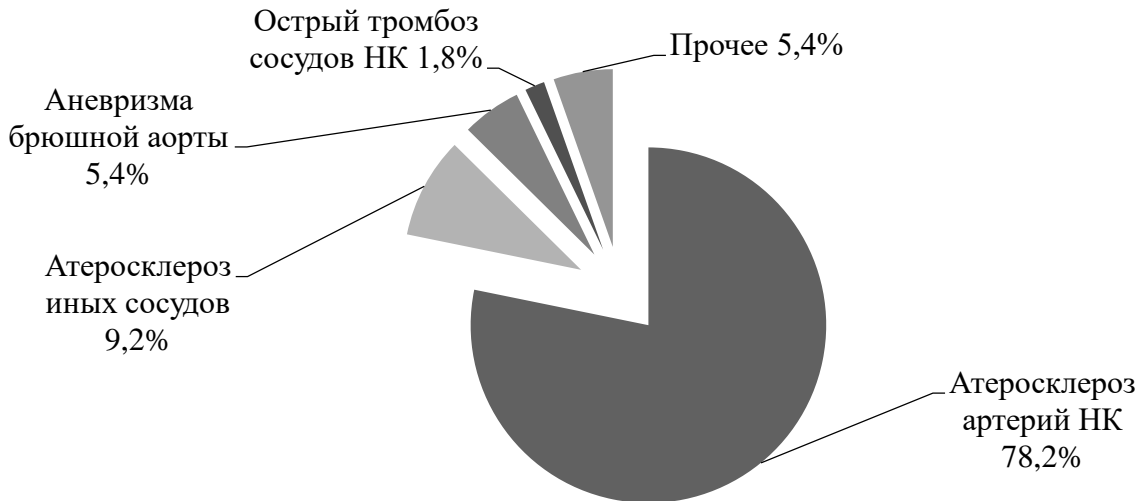


Рисунок 6.1 – Распределение пациентов с различными диагнозами (ЗПА), получавших первичную медико-санитарную, в процентах

Наибольшую долю всех пациентов с ЗПА (основной диагноз) составили пациенты с атеросклерозом артерий нижних конечностей – 78,2%. Значительная часть представлена пациентами с атеросклерозом иных периферических сосудов –

9,2% случаев. Аневризма брюшной аорты стала поводом для оказания медицинской помощи в 5,4% случаев, а острый тромбоз нижних конечностей – в 1,8% случаях. Наряду с этим в 5,4% случаях поводом для лечения стали прочие патологические состояния, относящиеся к группе заболеваний периферических артерий.

В целом среди всех пациентов, включенных в исследование, 16,4% на момент изучения имели установленную группу инвалидности. Это почти каждый десятый пациент с атеросклерозом артерий конечностей (9,3% среди всех пациентов с этим диагнозом) и каждый пятый пациент с атеросклерозом иных сосудов (20,0% среди всех пациентов с этим диагнозом).

Среди всех пациентов наибольшую долю с установленной инвалидностью составили больные, постоянным местом жительства которых является Санкт-Петербург, 23,7% пациентов – жителей Санкт-Петербурга имеют инвалидность, тогда как среди жителей субъектов Северо-Западного ФО их оказалось только 11,4%, а среди иных субъектов – 14,4% ( $t = 9,4$ ;  $p < 0,05$ ). Значительное число пациентов – жителей Санкт-Петербурга, имеющих установленную группу инвалидности, по сравнению с иными регионами, обусловлено, вероятно, беспрепятственным получением пациентами необходимых медицинских документов в крупном федеральном центре [27].

Среди пациентов, включенных в группу для исследования, 64,2% ранее не проходили по своему заболеванию лечение в условиях стационара, тогда как 35,8% ранее были госпитализированы в стационар по этому поводу на территории своего субъекта РФ, в том числе, более чем каждый десятый пациент (11,3%) получал лечение в условиях стационара неоднократно. Также следует обратить внимание, что у большинства принявших участие в исследовании пациентов ЗПА протекает достаточно в тяжелой форме – 73,2% из них получали по этому поводу хирургическое лечение, а еще у 8,9% оно было запланировано на момент проведения исследования, в рамках госпитализации в федеральную клинику [26].

Исследование подтвердило, что ЗПА – это длительно развивающееся патологическое состояние (Рисунок 6.2).

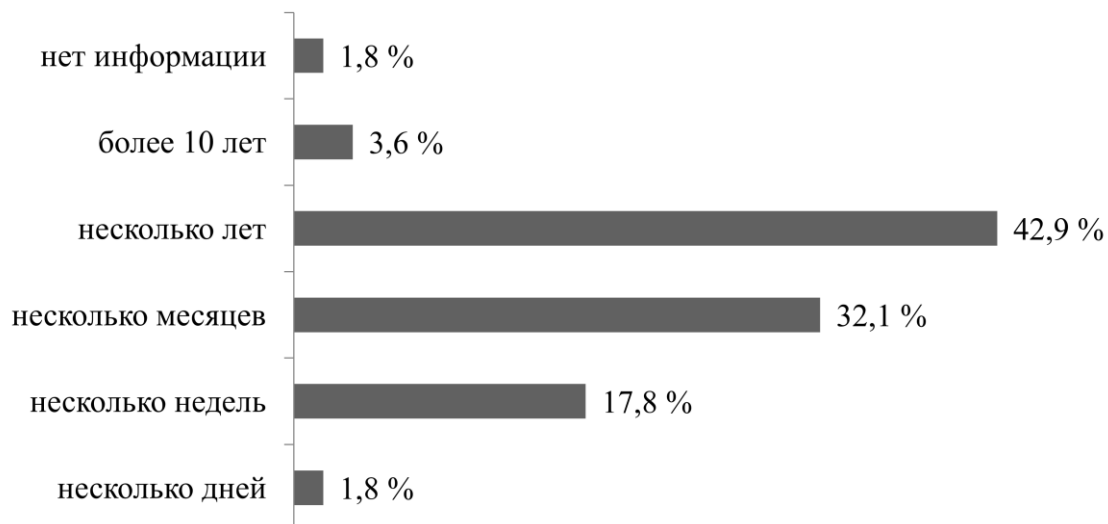


Рисунок 6.2 – Распределение пациентов, госпитализированных в федеральную клинику с ЗПА, по давности заболевания, в процентах

Большая часть пациентов, 42,9%, наблюдаются по поводу этого заболевания несколько лет, еще 3,6% – более 10-ти лет. Наряду с этим, каждый третий (32,1%) страдает указанным заболеванием только несколько месяцев и еще 17,8% – всего несколько недель. Вместе с тем 1,8% указали, что давность их заболевания составляет только несколько дней, что свидетельствует о достаточно остром развитии клинической картины у этой группы пациентов, потребовавшей госпитализации, в том числе, по причине того, что ранее пациент своевременно не обращался за медицинской помощью.

При уточнении условий установления диагноза пациентам было установлено, что они различаются в субъектах РФ ( $t = 4,7, p < 0,05$ ).

Пациенты, местом жительства которых является Санкт-Петербург, в большинстве случаев обращаются с жалобами к врачу и дальнейшее обследование приводит к установлению диагноза ЗПА. Такое развитие ситуации наблюдалось в 72,0% случаев, в том числе 70,2% пациентов обращались в поликлинику по месту жительства, а еще 1,8% пациентов – в коммерческие МО.

В каждом пятом случае (21,0%) у пациентов-жителей Санкт-Петербурга ЗПА стало случайной находкой при оказании медицинской помощи, в том числе –

при госпитализации в стационар по поводу иного заболевания – в 8,7% случаев, а в 12,3% случаев – при профилактическом осмотре, в том числе, проводимом в рамках диспансеризации.

Наряду с этим, в 7,0% у пациентов-жителей Санкт-Петербурга заболевание развивалось остро и впервые выявленное патологическое состояние послужило основанием для экстренной госпитализации (острый тромбоз сосудов конечностей, осложнения развития аневризмы брюшной аорты), при этом расположение федеральной клиники непосредственно на территории Санкт-Петербурга позволило незамедлительно организовать адресную госпитализацию пациентов этой группы.

Среди пациентов-жителей иных субъектов РФ при обращении к врачу поликлиники по месту жительства с жалобами заболевание было выявлено в 93,0% случаев и только в 7,0% диагноз был установлен при обращении за медицинской помощью по иному поводу (в 5,2% – при госпитализации по другому профилю, 1,8% – при профилактическом осмотре).

Ситуаций экстренных госпитализаций пациентов в федеральную клинику среди пациентов из субъектов РФ выявлено не было.

В настоящее время однозначные нормативные требования к порядку ДН пациентов с ЗПА не установлены. В этой связи в рамках опроса проведена оценка охвата динамическим наблюдением пациентов этой группы в МО, предоставляющих им первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (Рисунок 6.3).

По результатам опроса пациентов, проходящих лечение в федеральной клинике, только 11,4% из них состоят на ДН в связи с ЗПА в МО по месту жительства. При этом охват ДН различался в рассматриваемых группах пациентов ( $t = 4,0$ ,  $p < 0,05$ ). Среди пациентов-жителей Санкт-Петербурга он составил 12,9%, а среди пациентов-жителей Северо-Западного ФО только 12,0%, тогда как среди пациентов-жителей иных субъектов РФ – 9,4%.

Следует обратить внимание, что только в единичных случаях пациенты в динамике наблюдаются у профильного врача-сердечно-сосудистого хирурга. В

большинстве случаев такое наблюдение осуществляет по месту жительства врач-хирург: 7,7% среди пациентов-жителей Санкт-Петербурга, 8,5% пациентов-жителей Северо-Западного ФО и 5,7% пациентов-жителей иных субъектов РФ. Наряду с этим в небольшой доле случаев наблюдение проводится врачом-кардиологом.

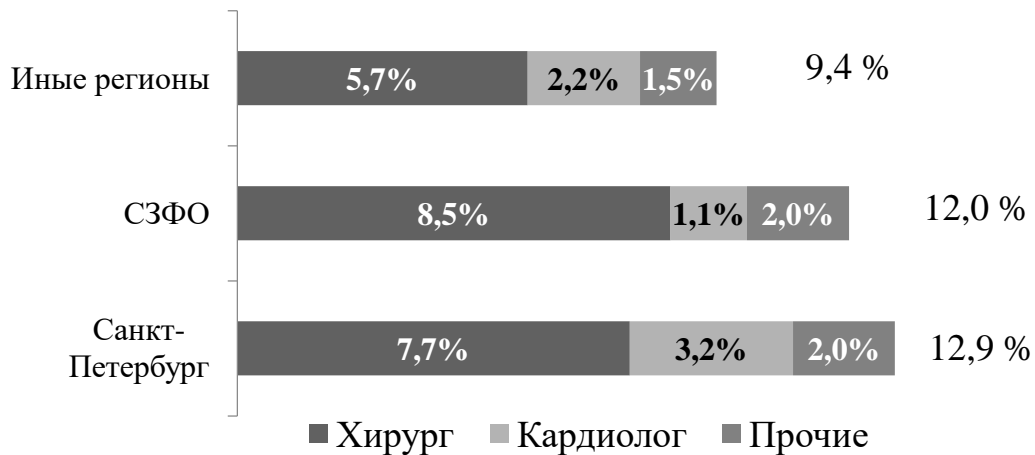


Рисунок 6.3 – Охват ДН пациентов с ЗПА в субъектах РФ, в процентах

Низкий охват пациентов с хроническими ЗПА ДН следует считать негативной характеристикой деятельности МО в части реализации профилактических мероприятий. При этом следует подчеркнуть, что среди пациентов, не взятых под ДН, 40,0% страдают ЗПА в течение нескольких последних лет [30].

На фоне низких показателей охвата пациентов ДН установлено, что позиция МО по привлечению пациентов с ЗПА к прохождению профилактических осмотров недостаточно активна. При этом достоверных различий в этой части деятельности МО в рассматриваемых субъектах РФ нами получено не было ( $t < 2$ ). В 57,1% пациенты указали, что их никогда не приглашали в поликлинику для прохождения профилактических мероприятий. Еще 7,1% отметили, что такие приглашения бывают, но они крайне редкие. И только 7,1% пациентов отметили, что регулярно приглашаются для осмотра врачом. Остальные 28,7% затруднились с ответом.

Интересно отметить, что регулярность осмотра пациента не зависит от специальности врача, консультирующего больного. Отметим, что никогда не получали приглашение на профилактический осмотр 60,0% пациентов, наблюдающихся у врача-кардиолога, 48,8% – из числа регулярно осматриваемых врачом-хирургом и 66,6% из числа посещающих врачей иных специальностей.

На фоне неудовлетворительной активности МО по привлечению пациентов к динамическому наблюдению выявлена и низкая приверженность больных к прохождению профилактических осмотров по поводу своего заболевания. Только 41,1% из них подтвердили, что регулярно посещают врача. При этом «регулярность» посещения МО оценивается пациентами по-разному. Из числа пациентов, указавших, что «посещают врача регулярно», 8,2% выполняют такие посещения 1 раз в полгода и еще 15,0% – ежегодно. В иных случаях пациенты «регулярно» посещают врача с частотой 1 раз в несколько лет – 52,6% случаев. Еще 24,2% затруднились ответить на этот вопрос. Достоверных различий в ответах пациентов, проживающих в различных субъектах РФ, о приверженности к прохождению профилактических осмотров в рамках ДН установлено в ходе исследования не было ( $t < 2$ ).

Результаты опроса пациентов, проходящих лечение в федеральной клинике, позволили установить, что наиболее востребованным для них является врач сердечно-сосудистый хирург – 50,0% пациентов считают целесообразным обращаться именно к этому специалисту за медицинской помощью по поводу своего заболевания, однако, как ранее нами было указано (Глава 5), МО первичного звена врачами этих специальностей не обеспечены в должном объеме [26].

К врачу-хирургу по поводу своего заболевания считают целесообразным обращаться 20,4% пациентов, к врачу-терапевту – 11,0%, к врачу-кардиологу – 9,3% пациентов, к врачам иных специальностей – 9,3%.

На фоне отсутствия должного внимания со стороны МО, предоставляющих ПМСП, пациенты не очень высоко оценивают их работу. При этом отметки, выставленные пациентами, проживающими в различных субъектах РФ,

различаются: пациенты-жители Санкт-Петербурга в среднем оценили работу поликлиник по месту жительства по пятибалльной системе на  $3,7 \pm 0,4$  балла, пациенты-жители Северо-Западного ФО – на  $3,3 \pm 0,6$  баллов, а пациенты-жители иных субъектов РФ – на  $3,0 \pm 0,3$  балла ( $t = 3,6$ ,  $p < 0,05$ ).

В рамках исследования нами был рассчитан «коэффициент значимости» (Глава 2) и сформирован рейтинг причин неудовлетворенности пациентов работой этих МО (Рисунок 6.4).



Рисунок 6.4 – Рейтинг причины неудовлетворенности пациентов с ЗПА работой поликлиники, по коэффициенту значимости

Ограничения доступности медицинской помощи, обусловленные препятствием в своевременном получении профильной медицинской помощи, ставятся пациентами на первое место среди причин неудовлетворенности работой МО, предоставляющей ПМСП. Причина «трудно попасть на прием к врачу» указывается опрошенными пациентами с коэффициентом значимости 27,7 на 100 опрошенных.

С коэффициентом значимости 25,5 на 100 опрошенных пациенты посетовали, что в поликлиниках отсутствует врач-сердечно-сосудистый хирург, а

получить направление на консультацию в другую МО крайне сложно. При этом затруднительно попасть на прием к такому врачу даже при наличии направления. Пациенты с коэффициентом значимости 16,0 на опрошенных указали на длительные сроки ожидания консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга в других МО (КДЦ, АКО стационаров) по направлению поликлиники.

Среди иных причин неудовлетворенности работой поликлиники пациенты отметили: препятствия в выполнении диагностических и лабораторных исследований (коэффициент значимости 14,4 и 13,6 на 100 опрошенных соответственно), плохое оснащение поликлиники – 9,7 на 100 опрошенных, низкая квалификация врачей-специалистов – 6,0 на 100 опрошенных. Прочие причины указывались пациентами с коэффициентом значимости 12,4 на 100 опрошенных.

Наряду с указанными ограничениями доступности медицинской помощи организационного характера, пациентами с ЗПА отмечаются также ограничения экономической доступности медицинской помощи на этапе ее получения в амбулаторных условиях по месту жительства.

Так, на постоянной основе 68,4% пациентов вынуждены принимать лекарственные средства для терапии и профилактики осложнений своего заболевания. Однако, отсутствие нормативов по регулярному динамическому наблюдению и, соответственно, своевременному контролю выполнения назначенных схем лечения, в настоящее время не позволяет систематизировать подходы к лекарственному обеспечению таких больных, в том числе ввиду отсутствия полного учета объема оказанных им медицинских услуг. Это не позволяет систематизировать вопросы лекарственного обеспечения пациентов этой группы для решения вопроса льготного обеспечения их лекарствами, что вынуждает пациентов тратить значительные личные денежные средства для лечения своего заболевания.

Только 7,3% пациентов с ЗПА получают требуемые им лекарственные средства бесплатно. Остальные 92,7% вынуждены тратить ежемесячно личные денежные средства на их приобретение, в том числе, 32,7% из них тратят



ежемесячно до 1 тыс. рублей, 38,2% – от 1 до 10 тыс. рублей, и 21,8% – свыше 10 тыс. рублей (достоверных различий по этой группе вопросов среди пациентов-жителей различных субъектов РФ получено не было,  $t < 2$ ) [26].

Таким образом, проведенное исследование выявило неудовлетворенность пациентов с ЗПА организацией им ПМСП во всех группах субъектов РФ, включенных в исследование. Основой неудовлетворенности пациентов являются ограничения доступности получения ими медицинской помощи.

## **6.2. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в федеральной клинике**

Поскольку анализ удовлетворенности пациентов организацией им ПМСП в МО по месту жительства проводился путем опроса пациентов, находящихся на лечении в федеральной клинике (Глава 2), в рамках исследования также были получены данные об оценке пациентами с ЗПА организации медицинской помощи на этом этапе ее предоставления.

Пациенты, принявшие участие в опросе, крайне высоко оценивают оказание им профильной медицинской помощи в федеральной клинике. Средняя оценка по пятибалльной системе составила  $4,7 \pm 0,6$ . При этом достоверных различий в оценках, выставленных пациентами-жителями различных субъектов, получено не было ( $t < 2$ ).

Вступление в силу «Порядка направления застрахованных лиц в федеральные медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования», утвержденного приказом МЗ РФ от 23.12.2020 № 1363н [199], изменившего условия госпитализации пациента в федеральную клинику и предусматривающего теперь эту возможность только после получения согласования врачебной комиссией этой МО, ориентировано на наиболее адресное оказание специализированной медицинской помощи нуждающимся больным. Однако, как оказалось, в отдельных случаях новый порядок создает

ограничения доступности медицинской помощи для ее своевременного получения пациентами.

Выявленные в отдельных случаях негативные оценки не связаны непосредственно с получением медицинской помощи в федеральной клинике, а обусловлены неудовлетворительной оценкой пациентами доступности медицинской помощи на догоспитальном этапе (Таблица 6.1). При этом в связи с региональными особенностями организации медицинской помощи выявлены различия в частоте ответов по этим вопросам пациентов-жителей субъектов РФ ( $t = 4,6$ ,  $p < 0,05$ ).

Таблица 6.1 – Причины ограничения доступности медицинской помощи для пациентов с ЗПА при госпитализации в федеральную клинику, на 100 опрошенных

Причина	Частота ответов, на 100 опрошенных		
	Санкт-Петербург	СЗФО	Иные регионы РФ
Трудно добираться до федеральной клиники	8,0	30,0	31,9
Препятствия при прохождении обследования по месту жительства	16,7	21,2	31,9
Длительные сроки ожидания госпитализации	25,5	24,7	25,5
Нет возможности получить стационарное лечение по месту жительства	6,7	10,4	17,0
Препятствия в получении направления на госпитализацию	6,7	12,8	12,8
Вынужденная оплата медицинских услуг перед госпитализацией	6,7	12,8	16,4
Иные причины	9,3	9,8	12,3

Ограничения транспортной доступности медицинской помощи при ее получении в федеральной клинике с наибольшей частотой были отмечены пациентами-жителями Северо-Западного ФО и иных субъектов РФ (30,0 и 31,9 на 100 опрошенных соответственно). Наряду с этим пациенты-жители Санкт-Петербурга также в отдельных случаях указали, что им было трудно добираться до стационара – 8,0 на 100 опрошенных.

Достаточно значимой является для пациентов с ЗПА проблема прохождения обследования перед госпитализацией в федеральную клинику.

Серьезной причиной ограничения доступности медицинской помощи в федеральной клинике являются длительные сроки ожидания такой госпитализации. Частота ответов на этот вопрос составила среди пациентов-жителей Санкт-Петербурга 25,5 на 100 опрошенных, пациентов-жителей Северо-Западного ФО – 24,7 на 100 опрошенных, пациентов-жителей иных субъектов РФ – 25,5 на 100 опрошенных.

В соответствии с новым Порядком [27, 199] получения медицинской помощи в федеральной клинике, основаниями для такой госпитализации являются: нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения, необходимость применения методов лечения, не выполняемых в региональных МО, высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания и другие показания. Наиболее высокая частота ответов о госпитализации в федеральную клинику по причине отсутствия возможности получения медицинской помощи в регионе проживания получена среди пациентов-жителей субъектов Северо-Западного ФО и иных субъектов РФ – 10,4 и 17,0 на 100 опрошенных соответственно. Однако, даже среди пациентов-жителей Санкт-Петербурга, на территории которого расположена федеральная клиника, послужившая базой для проведения опроса, частота таких ответов составила 6,7 на 100 опрошенных.

Больные отметили, что столкнулись с проблемой при получении направления на госпитализацию в федеральную клинику. Частота таких ответов составила среди пациентов-жителей Северо-Западного ФО и иных субъектов РФ

по 12,8 на 100 опрошенных соответственно, а среди пациентов-жителей Санкт-Петербурга – 6,7 на 100 опрошенных.

Ограничения экономической доступности медицинской помощи также являются одной из причин неудовлетворенности пациентов на догоспитальном этапе получения медицинской помощи в федеральной клинике. Указали, что были вынуждены оплачивать медицинские услуги перед госпитализацией пациенты-жители Северо-Западного ФО с частотой 12,8 на 100 опрошенных, пациенты-жители иных субъектов РФ с частотой 16,4 на 100 опрошенных, а пациенты-жители Санкт-Петербурга с частотой 6,7 на 100 опрошенных [26].

Отсутствие в большинстве случаев динамического наблюдения пациентов с ЗПА не позволяет своевременно корректировать их лечение, что может приводить неуправляемому развитию заболевания, его осложнению. При этом, как выше указывалось, в ряде случаев доступность медицинской помощи может быть ограничена. В этой связи в рамках исследования пациентам было предложено оценить эффективность проведения диагностических и лечебных мероприятий при их заболевании (Рисунок 6.5). Интересно отметить, что в этой части опроса достоверных различий в результатах, полученных среди пациентов-жителей различных субъектов РФ, получено не было ( $t < 2$ ).

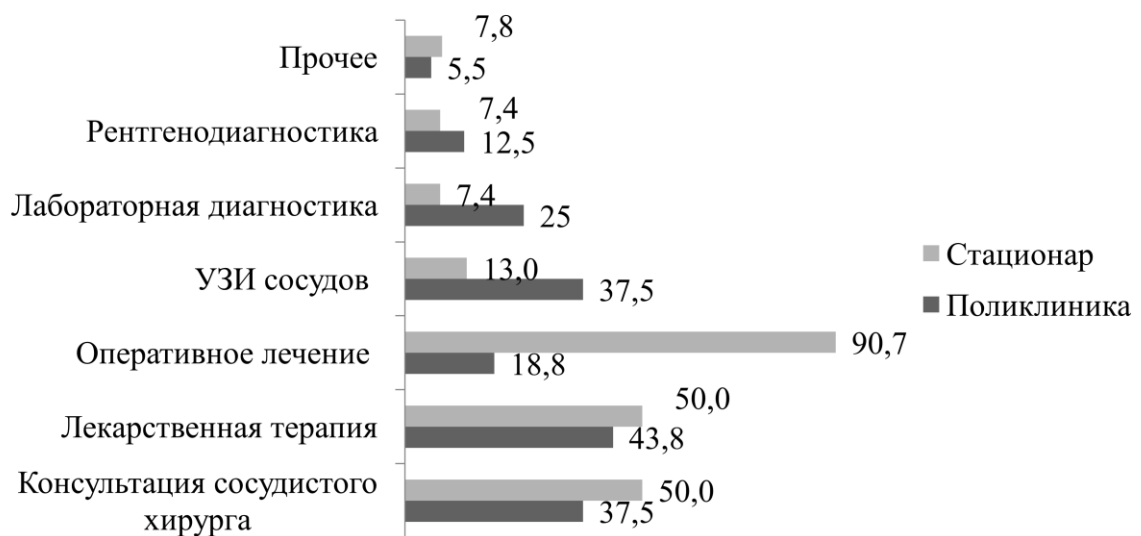


Рисунок 6.5 – Оценка пациентами, госпитализированными в федеральную клинику эффективности диагностики и лечения заболеваний периферических артерий, на 100 опрошенных

На первом месте в качестве наиболее эффективной меры пациентами при амбулаторном и стационарном лечении была указана «консультация сосудистого хирурга», рекомендации этого специалиста пациенты считают наиболее значимыми. Пациенты указали на значимость таких консультаций при получении лечения в амбулаторных условиях с частотой 37,5 на 100 опрошенных, а при лечении в условиях стационара – с частотой 50,0 на 100 опрошенных.

Корректное назначение лекарственных препаратов пациентами указано среди эффективных способов лечения в условиях поликлиники с частотой 43,9 на 100 опрошенных, а при лечении в стационаре с частотой 50,0 на 100 опрошенных. Результативность оперативного лечения, проведенного в условиях стационара, пациенты оценили с частотой 90,7 на 100 опрошенных, а эффективность оперативных вмешательств в амбулаторных условиях – только с частотой 18,8 на 100 опрошенных.

Среди диагностических исследований наиболее высокую оценку получило УЗИ сосудов. Частота ответов пациентов, давших высокую оценку этому методу диагностики при применении в амбулаторно-поликлинических условиях, составила 37,5 на 100 опрошенных, а при лечении в условиях стационара – 13,0 на 100 опрошенных.

Пациенты указали на высокую значимость при прохождении наблюдения в поликлинике лабораторной диагностики – частота таких ответов составила 25,0 на 100 опрошенных, тогда как эффективность использования этих методик в стационаре отмечена с частотой только 7,4 на 100 опрошенных. Это подтверждает важность проведения обследования пациентов на догоспитальном этапе предоставления медицинской помощи [26].

Таким образом, при высокой оценке оказания медицинской помощи в федеральной клинике, больные ЗПА отметили неудовлетворительную доступность медицинской помощи на догоспитальном этапе.

### **6.3. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в КДЦ**

Ввиду ограничений у пациентов в получении специализированной медицинской помощи врача-сердечно-сосудистого хирурга, для соответствующих консультаций такие пациенты могут быть направлены в КДЦ или АКО стационара. В этих случаях больные получают возможность находиться в постоянном фокусе внимания специалистов. Кроме того, рекомендации наблюдаться в этом формате пациенты могут получить и после проведенной госпитализации по поводу своего заболевания.

В этой связи анализ удовлетворенности пациентов с ЗПА на этапе получения медицинской помощи в КДЦ был проведен в рамках настоящего исследования отдельно.

В среднем возраст пациентов с ЗПА, проходящих лечение в КДЦ составляет  $68,2 \pm 4,3$  лет, при этом 39,1% из них – это женщины и 60,9% – это лица мужского пола. Ввиду возрастных характеристик 78,3 % принявших участие в опросе пациентов не работают, а ввиду состояния здоровья, обусловленного заболеванием, 17,9% пациентов имеют установленную группу инвалидности (из них: 3,2% – I группу, 58,1 % – II группу, 38,7% – III группу).

Большинство пациентов, 93,5%, получивших консультацию у профильного специалиста (сердечно-сосудистый хирург) КДЦ – это пациенты с облитерирующим атеросклерозом. Другие диагнозы являются поводом для такого наблюдения в меньших долях случаев: аневризма аорты – 3,8% случаев, сахарный диабет (диабетическая ангиопатия) – 2,1%, болезнь Рейно – 1,6%, облитерирующий эндартериит – 1,3%, облитерирующий тромбангит – 0,8%.

Пациенты, проходящие наблюдение в КДЦ, как правило, имеют длительный анамнез заболевания. «Несколько лет» считают себя больными 69,0% из них, а

еще 4,9% – более 10 лет. Только 17,9% указали, что болеют несколько месяцев, а 8,2% указали меньшие сроки или затруднились ответить на этот вопрос.

Как уже было указано, наблюдение в КДЦ пациентов с ЗПА осуществляется ввиду отсутствия в большинстве случаев возможности организации наблюдения профильным специалистом в поликлинике. Однако, следует обратить внимание, что амбулаторно-поликлинические МО по месту жительства пациентов, не достаточно активно направляют их для получения медицинской помощи такого уровня. Только 15,2% пациентов консультативно-диагностических центров были направлены для получения этой медицинской помощи врачом поликлиники (Рисунок 6.6).

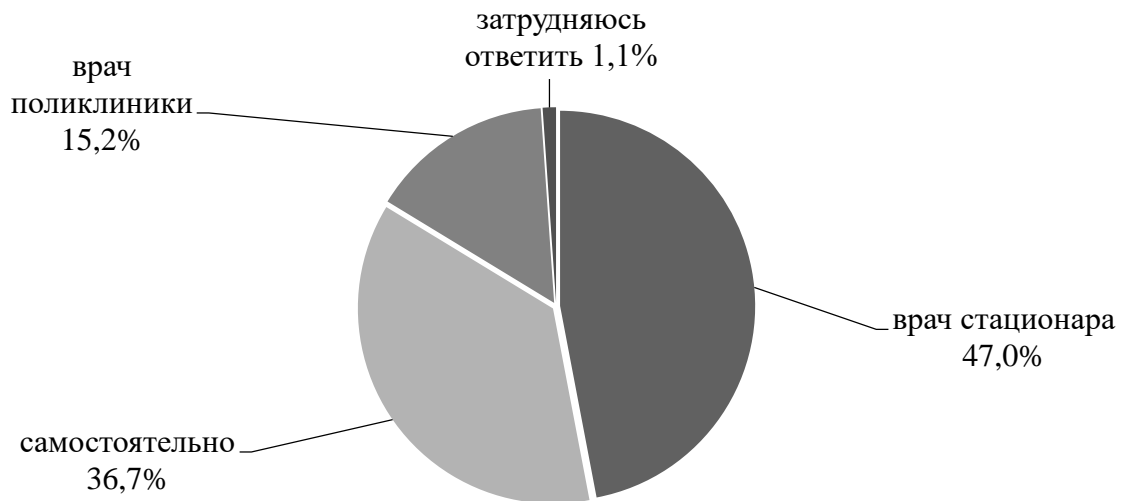


Рисунок 6.6 – Распределение ответов пациентов об условиях направления в КДЦ, в процентах

В 36,7% случаях пациенты обратились в КДЦ самостоятельно, без предварительного направления или рекомендации. Однако, наиболее значительная часть больных, 47,0% стали пациентами этой МО по рекомендации лечащего врача стационара, где они проходили лечение.

Почти половина (48,9%) принявших участие в опросе пациентов ранее проходили лечение в стационаре, при этом 17,9% из них перенесли по поводу своего заболевания хирургическое вмешательство, а у 31,0% госпитализация оперативным лечением не сопровождалась. Наряду с этим, 3,8% опрошенных

отметили, что стационарное лечение ЗПА у них запланировано на ближайшее время, а 47,3% указали, что до настоящего времени вопрос их стационарного лечения не рассматривался.

Несмотря на отсутствие нормативов по организации ДН пациентов с ЗПА врачом-сердечно-сосудистым хирургом КДЦ, первичная специализированная медико-санитарная помощь, предоставляемая таким образом, является адресной для пациентов этой группы. Однако, как показали результаты проведенного опроса, не все пациенты, которые консультируются в настоящее время в КДЦ, находились ранее под наблюдением профильного специалиста, даже при установленном диагнозе (Рисунок 6.7).

Только в 24,4% случаев пациенты с ЗПА с момента установления диагноза попадают под наблюдение врача-сердечно-сосудистого хирурга КДЦ. Еще 16,9% наблюдаются у врача-хирурга поликлиники, а 1,1% пациентов – у врача-терапевта.

Наряду с этим, даже при установленном диагнозе своевременно наблюдение специалистами не было организовано более, чем для половины пациентов – 57,6% случаев. Полученные данные подтверждают некорректную организацию ДН пациентов интересующей нас группы, выявленную на иных этапах исследования (Главы 5, 7).

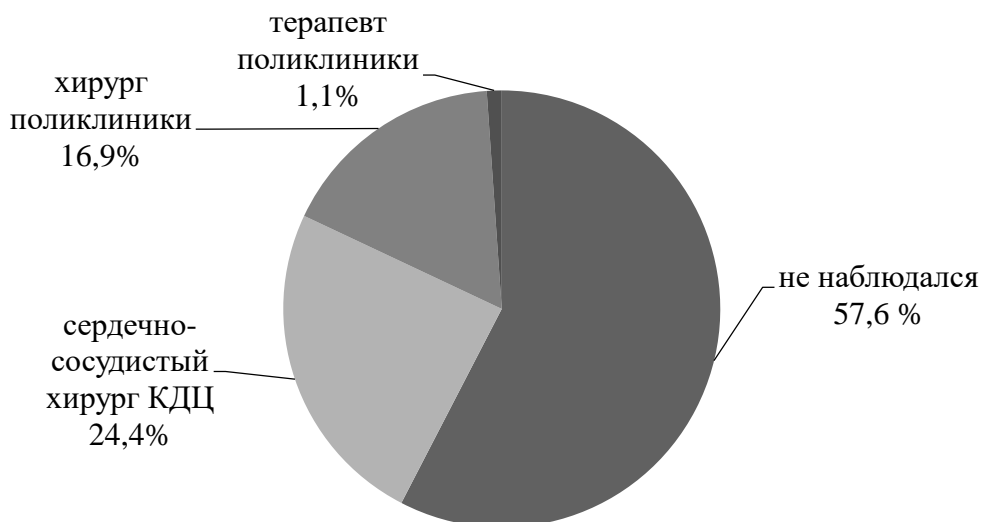


Рисунок 6.7 – Субъектный состав МО, осуществляющих ДН пациентов с момента установления диагноза, в процентах



Следует отметить, что взятие пациентов под контроль врачом-сердечно-сосудистым хирургом КДЦ создает благоприятные условия для организации их активного их динамического наблюдения. Согласно предоставленной в ходе опроса пациентами информации с частотой 1 раз в 6 месяцев посещают врача 40,2% из них, а еще 35,3% – с частотой не менее 1 раза в год. Только 9,4% опрошенных указали, что «ходят к врачу» 1 раз в несколько лет, а остальные затруднились ответить на этот вопрос. При этом 76,6% пациентов уверенно указали, что в настоящее время состоят под ДН у врача-сердечно-сосудистого хирурга КДЦ.

В целом пациенты с ЗПА, наблюдающиеся в КДЦ, крайне высоко оценивают его работу. Только в отдельных случаях они отметили не вполне удовлетворительную работу МО, обусловленную ограничением доступности медицинской помощи для пациентов. Качество и эффективность лечебно-диагностических мероприятий в КДЦ пациенты оценивают высоко (Таблица 6.1).

Таблица 6.1 – Оценка пациентами с ЗПА эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проводимых им в КДЦ

Лечебно-диагностические мероприятия	Охват пациентов (на 100 опрошенных)	Доля пациентов, оценивших высокую эффективность, %
Осмотр и консультация врача	97,3	85,2
Лекарственная терапия	92,4	71,4
Физиотерапия	5,4	98,3
Диетотерапия	0,5	52,3
УЗИ	95,1	100,0
Артериография	6,0	100,0
Доплерография	7,6	100,0

Эффективными считают рекомендации, полученные в ходе консультативного приема врачом 85,2% опрошенных, назначение лекарственных средств, препятствующих развитию заболевания – 71,4% опрошенных, примененные физиотерапевтические методы лечения – 98,3% опрошенных, назначенную диетотерапию – 52,3% опрошенных.

Высокая оценка эффективности дана пациентами предоставляемым им в КДЦ диагностическим процедурам. В 100% случаях они указали на целесообразность проведения ультразвукового исследования, ангиографии и доплерографии.

Таким образом, проведенное исследование показало, что получение пациентами медицинской помощи в амбулаторных условиях в КДЦ является позитивным компонентом их взаимодействия с системой здравоохранения, что подтверждается высоким уровнем их удовлетворенности медицинской помощью на этом этапе, а также высокими значениями показателя охвата пациентов, получающих медицинскую помощь в КДЦ, ДН по профилю их заболевания.

#### **6.4. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в многопрофильном стационаре**

В настоящее время местом получения специализированной медицинской помощи в случаях отсутствия показаний, установленных Порядками ее предоставления в условиях федеральной клиники [199], для пациентов с ЗПА является многопрофильный стационар. В соответствии с разработанной методикой (Глава 2), анализ удовлетворенности медицинской помощи на этом этапе ее предоставления проводился на базе многопрофильных стационаров, расположенных на территории Санкт-Петербурга. По поводу ЗПА пациенты проходили лечение на хирургических отделениях стационара.

Средний возраст пациентов, включенных в квотную выборку для опроса, составил  $66,9 \pm 3,6$  лет, среди них – 69,6% мужчин и 30,4% лиц женского пола, что соответствует медико-статистической характеристике пациентов этого профиля, проходивших лечение в условиях стационаров Санкт-Петербурга в 2021 году.

Сведения, полученные о порядке поступления пациентов в многопрофильный стационар, свидетельствуют, что большинство из них были направлены на плановую госпитализацию по направлению поликлиники по месту жительства – 72,5% опрошенных. Наряду с этим в значительном числе случаев,

14,5%, для госпитализации пациенты обратились самостоятельно, а еще в 1,4% случаев пациенты попали в стационар по направлению иной МО.

В 11,6% госпитализация была экстренной, пациенты были доставлены скорой помощью (Рисунок 6.8).

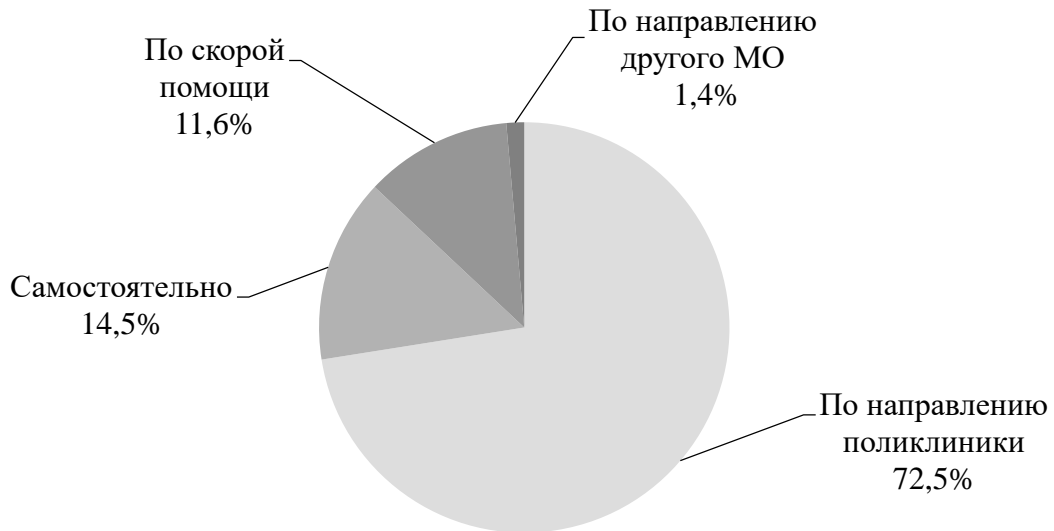


Рисунок 6.8 – Структура порядка госпитализации пациентов с ЗПА в многопрофильный стационар, в процентах

Большинство пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в условиях многопрофильного стационара, имеют, как правило, давний анамнез заболевания. Более половины из них, 60,9%, указали, что страдают заболеванием периферических артерий уже несколько лет, а еще 8,7% – несколько месяцев. Однако, 20,3%, принявших участие в опросе, отметили, что узнали о заболевании только при госпитализации и обследовании в больнице. Еще 10,1% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос.

При анализе результатов опроса пациентов многопрофильного стационара, так же, как и в других группах опрошенных пациентов, выявлена проблема отсутствия организации должного ДН, в том числе в случаях длительно протекающего заболевания. В целом, из числа пациентов, ранее имевших установленный диагноз ЗПА, только 16,2% указали, что до момента госпитализации находились под постоянным наблюдением врача. При этом, из

числа состоящих под ДН только 26,0% проходят профилактические осмотры у профильного специалиста – врача по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», в том числе 21,7% из них – на базе КДЦ, и 4,3% – на базе поликлиники по месту жительства. В 60,9% случаях ДН пациентов проводится врачом-хирургом поликлиники. В 13,1% случаях пациенты затруднились ответить на вопрос о наблюдающем их специалисте.

Анализ мнения пациентов об организации плановой госпитализации включал, в том числе, оценку догоспитального этапа оказания медицинской помощи.

В целом право пациентов на выбор МО для получения специализированной медицинской помощи соблюдалось – 81,1% пациентов указали, что возможность реализации права выбора стационара им была предоставлена. Только в 15,9% случаях пациенты отрицательно ответили на этот вопрос. Затруднились с ответом 2,9% опрошенных.

При анализе ответов респондентов было установлено, что выбор стационара для госпитализации они осуществляли, ориентируясь на различные источники информации, в том числе, полученные одновременно. Наиболее часто, 73,9 на 100 опрошенных, пациенты указывали, что при выборе стационара руководствовались рекомендациями направляющего их на госпитализацию врача. Наряду с этим в качестве источников информации пациенты использовали: советы друзей и знакомых – 31,8 на 100 опрошенных, сведения о репутации стационара из открытых источников информации (средства массовой информации, Интернет) – 23,1 на 100 опрошенных.

В соответствии с требованиями программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [198], срок ожидания плановой госпитализации должен составлять не более 14 календарных дней. В значительном числе случаев это требование нарушается, что свидетельствует об ограничениях доступности этой медицинской помощи (Рисунок 6.9).

Только в 62,3% случаях сроки ожидания плановой госпитализации пациентов соответствовали установленным требованиям, то есть не превышали

более 14 календарных дней. В 30,4% случаях эти сроки существенно были превышены, в том числе 26,1% пациентов ожидали специализированной медицинской помощи в течение 2-4 недель с момента получения направления, а еще 4,3% больных ожидали госпитализации в течение 1-4 месяцев. В 7,3% случаях пациенты затруднились ответить на этот вопрос.

Абсолютное большинство пациентов считают, что стационарная медицинская помощь получена ими своевременно – 92,8% опрошенных, в том числе однозначно ответили на этот вопрос 60,0% пациентов и еще 32,8% указали «скорее да». Только 4,3% опрошенных выразили сомнение по поводу своевременности своей госпитализации в стационар, в том числе 1,5% отметили «нет» и еще 2,8% указали «скорее нет». Затруднились ответить на этот вопрос 2,9% пациентов, принявших участие в опросе.

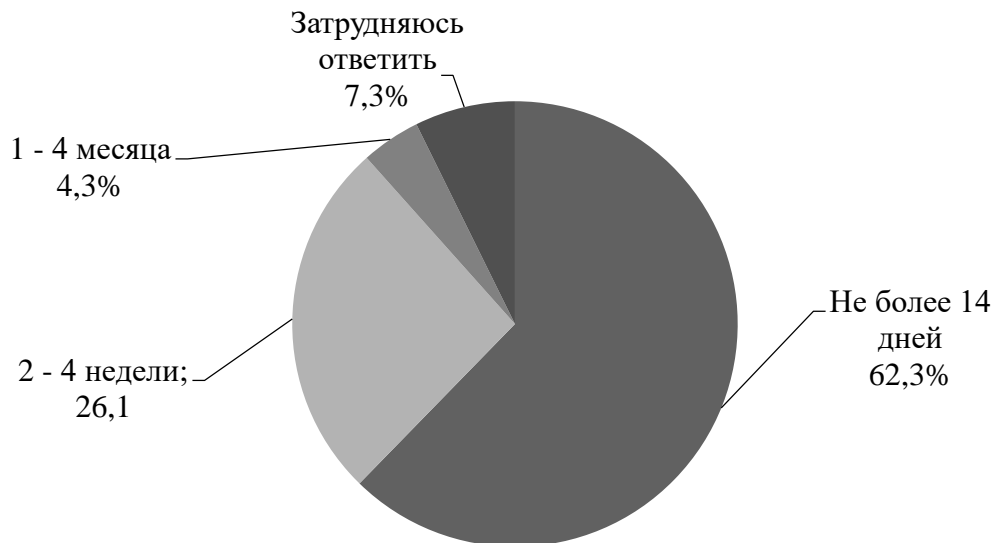


Рисунок 6.9 – Сроки ожидания пациентами с ЗПА плановой госпитализации в многопрофильный стационар, в процентах

В целом большинство опрошенных пациентов оказались удовлетворены организацией медицинской помощи в стационаре, при чем однозначно ответили на этот вопрос 90,0% из них, 8,5% указали «скорее да». Остальные 1,5% больных затруднились ответить на этот вопрос. Безусловно, удовлетворенность

медицинской помощью формируется на основании субъективных оценок пациентами состояния своего здоровья. Установлена сильная прямая корреляционная связь результатов ответов пациентов на этот вопрос и их оценок результатов лечения в стационаре ( $\rho = 0,73$ ;  $p < 0,01$ ). В 98,5% случаях пациенты отметили, что стационарное лечение привело к улучшению состояния их здоровья, в том числе однозначно ответили на этот вопрос 92,8% опрошенных, а 5,7% больных указали «скорее да». В 1,5% случаях пациенты затруднились ответить на этот вопрос.

Наряду с этим стоит отметить, что на фоне отсутствия систематического наблюдения на этапе оказания ПМСП, пациенты с ЗПА ориентируются на результативность получения медицинской помощи в условиях стационара. Как показали результаты опроса, эти ожидания оправданы: в 88,4% случаях пациенты отметили, что эффект от лечения в стационаре в полной мере соответствует их ожиданиям, а еще 11,6% указали, что эффект «скорее соответствует».

«Вклад» в высокий уровень удовлетворенности медицинской помощью, полученный по результатам проведенного опроса пациентов, вносят различные факторы, влияющие на организацию госпитализации и работу стационара в целом. Рейтинг факторов удовлетворенности пациентов госпитализацией, построенный на основе корреляционного анализа (ранговая корреляция Спирмена), представлен в Таблице 6.2.

Наиболее значимым фактором, оказывающим наибольшее влияние на удовлетворенность пациентов оказанной им в стационаре медицинской помощью, является организация и качество хирургического лечения, 98,2% пациентов оказались им удовлетворены, в том числе 89,2% из них полностью удовлетворены, а еще 9,0% скорее удовлетворены. Также значительное влияние на оценку работы стационара в целом оказывает и соблюдение медицинским персоналом должного уровня вежливости и доброжелательности – удовлетворены оказались 94,4% опрошенных пациентов, в том числе 74,4% из них полностью удовлетворены, а еще 20,0% «скорее удовлетворены».

Второе ранговое место по уровню влияния на удовлетворенность работой стационара было присвоено следующим факторам: качество лечения (удовлетворены 91,0% опрошенных, в том числе 69,5% полностью удовлетворены и 21,5% «скорее удовлетворены»), качество диагностики в больнице (удовлетворены 92,3% опрошенных, в том числе 67,7% полностью удовлетворены и 24,6% «скорее удовлетворены»), чистота и порядок в больнице (удовлетворены 90,0% опрошенных, в том числе 62,6% полностью удовлетворены и 27,4% «скорее удовлетворены»).

Таблица 6.2 – Рейтинг факторов, оказывающих влияние на удовлетворенность пациентов с ЗПА, организацией специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре

Факторы	Уровень удовлетворенности, в процентах %						
	Удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Не удовлетворен	Загр. ответить	Ранг	Место
Хирургическое лечение в больнице	89,2	9,0	1,8	-	-	1	1
Работа врачей	84,0	7,8	3,3	-	4,9	1	2
Работа медицинских сестер	72,5	16,4	6,6	-	4,5	1	3
Лояльность медицинского персонала	74,4	20,0	4,6	-	1,0	1	4
Качество лечения в больнице	69,5	21,5	3,0	1,0	5,0	2	5
Качество диагностики в больнице	67,7	24,6	5,4	1,5	0,8	2	6
Чистота и порядок в больнице	62,6	27,4	6,7	2,5	0,8	2	7
Работа приемного отделения стационара	60,3	14,5	17,0	5,7	2,5	3	8
Комфортность размещения в стационаре	55,3	18,5	17,0	6,4	2,8	3	9
Организация и качество питания	51,2	18,5	17,0	8,9	4,4	4	10
Организация направления в больницу	44,6	22,5	22,5	6,0	4,4	5	11
Организация работы скорой помощи	42,1	22,5	27,5	6,0	1,9	5	12

Иные факторы оказали значительно меньшее влияние на удовлетворенность пациентов работой стационара, доля неудовлетворенных отдельными аспектами организации медицинской помощи, включенных в третью и четвертую ранговые группы, существенна. Так, работой приемного отделения стационара не

удовлетворены 22,7% опрошенных, в том числе 5,7% из них полностью не удовлетворены и 17,0% «скорее не удовлетворены». Организацией направления в больницу не удовлетворены 28,5% опрошенных, в том числе 6,0% из них полностью не удовлетворены и 22,5% «скорее не удовлетворены». Организацией работы скорой помощи не удовлетворены 33,5% опрошенных, в том числе 6,0% из них полностью не удовлетворены и 22,5% «скорее не удовлетворены».

Таким образом, в целом по результатам опроса определено, что пациенты с ЗПА удовлетворены оказанием медицинской помощи, предоставляемой в условиях многопрофильного стационара, однако, они сталкиваются с ограничениями ее доступности на догоспитальном этапе предоставления, что является фактором, негативно влияющим на оценку пациентами результатами взаимодействия с системой здравоохранения.

### **6.5. Анализ информационной доступности медицинской помощи для пациентов с ЗПА**

В соответствии со сложившимися представлениями о патогенезе ЗПА [47, 48, 59, 136, 140, 148] существенное влияние на их развитие оказывает гигиена здоровья конкретного индивида, его приверженность не только к своевременному прохождению профилактических мероприятий, но и к ведению здорового образа жизни. В этой связи в соответствии с разработанной методикой (Глава 2), в рамках проведенного анализа удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощью, были изучены вопросы их осведомленности об особенностях течения заболевания и организации необходимой при них медицинской помощи.

Ведущее значение для профилактики возникновения, развития и формирования осложнений при ЗПА играет ведение образа жизни, исключаящего влияние неблагоприятных факторов.

Оказалось, что пациенты не в полной мере уверены в своей осведомленности о неблагоприятных факторах, оказывающих влияние на формирование и развитие заболевания (Таблица 6.3.).



Таблица 6.3 – Осведомленность пациентов с ЗПА о неблагоприятных факторах развития их заболевания, на 100 опрошенных

Неблагоприятные факторы	Частота утвердительных ответов пациентов		
	КДЦ	Многопрофильный стационар	Федеральная клиника
Повышенное артериальное давление	28,0	48,4	89,9
Курение	25,6	56,5	82,6
Стрессы	18,4	13,0	33,3
Неблагоприятные условия труда (вынужденное вертикальное положение)	7,0	2,7	10,1
Неправильное питание, избыточный вес	12,0	15,2	31,9
Сахарный диабет	8,8	20,7	37,7
Прием алкоголя	4,2	6,5	44,9
Генетическая предрасположенность	1,0	8,2	44,9

Результаты опроса показали различия ( $t = 4,8$ ,  $p < 0,05$ ) в ответах об осведомленности о неблагоприятных факторах среди пациентов консультативно-диагностических центров, многопрофильных стационаров и больных, проходящих лечение в федеральной клинике. При этом обращает на себя внимание, что с «опытом» пациента эта осведомленность возрастает. Так, если на этапе получения первичной специализированной медико-санитарной помощи только с частотой 28,0 на 100 опрошенных пациенты указали на повышенное артериальное давление, как неблагоприятный фактор развития своего заболевания, то частота ответов на этот вопрос среди пациентов многопрофильного стационара составила уже 48,4 на 100 опрошенных, а среди

пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в федеральной клинике, 89,9 на 100 опрошенных.

Курение, как негативный фактор развития ЗПА, отмечено опрошенными пациентами многопрофильного стационара с частотой 56,5 на 100 опрошенных, а пациентами федеральной клиники – с частотой 82,6 на 100 опрошенных, тогда как среди пациентов КДЦ частота таких ответов составила только 25,6 на 100 опрошенных.

Недостаточное внимание пациентами обращено на стрессы, как неблагоприятный фактор развития ЗПА. Больные, проходящие лечение в КДЦ, указали на его значимость только с частотой 18,4 на 100 опрошенных, пациенты многопрофильного стационара – с частотой 13,0 на 100 опрошенных, а пациенты федеральной клиники – с частотой 33,3 на 100 опрошенных.

Результаты исследования показали также, что не обращают достаточного внимания пациенты и на такой фактор как неблагоприятные условия труда, сопровождающиеся вынужденным вертикальным положением. В качестве негативного его отметили пациенты консультативно-диагностических центров только с частотой 7,0 на 100 опрошенных, пациенты многопрофильного стационара только с частотой 2,7 на 100 опрошенных, а пациенты федеральных клиник с частотой 10,1 на 100 опрошенных.

Одним из наиболее важных в развитии ЗПА в соответствии с Национальными рекомендациями [129] являются сосудистые осложнения сахарного диабета. Однако, среди неблагоприятных факторов развития заболевания сахарный диабет указан пациентами в незначительном числе случаев: 8,8 на 100 опрошенных пациентов КДЦ, 20,7 на 100 опрошенных пациентов многопрофильного стационара, 37,7 на 100 опрошенных пациентов федеральной клиники. Неосознание этого влечет за собой отсутствие контроля возможного развития состояний, сопровождающихся повышением уровня глюкозы в крови, в том числе при наличии отягощенной наследственности по этому заболеванию [26].

Среди прочих неблагоприятных с точки зрения пациентов факторов ими отмечены: прием алкогольных напитков, неправильное питание и избыточный вес, генетическая предрасположенность.

С учетом полученных сведений о неудовлетворительной информированности пациентов о неблагоприятных факторах, способствующих развитию ЗПА, нами были уточнены источники получения ими такой информации (Рисунок 6.10).

Основным источником получения сведений о заболевании для пациентов являются медицинские работники: лечащий врач пациента в поликлинике – в 78,3% случаях, а также лечащий врач стационара – в 16,3% случаях. Из открытых источников информации сведения получают только 2,7% пациентов. Еще 2,7% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос.

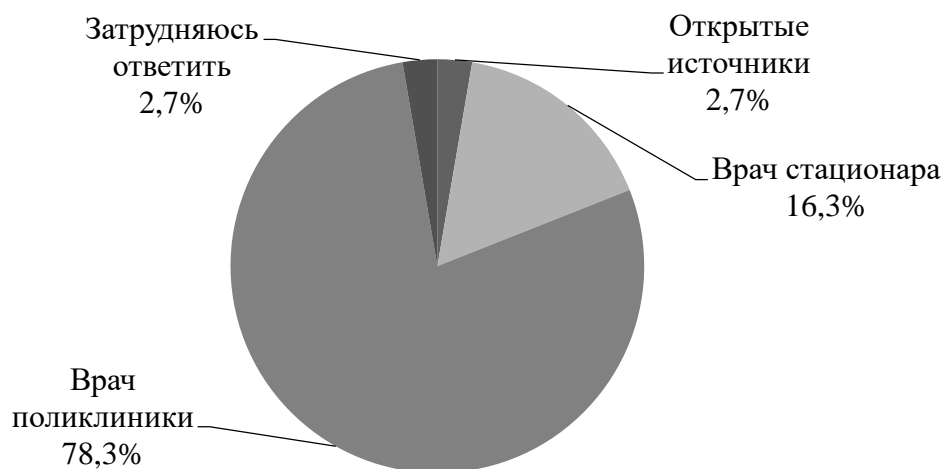


Рисунок 6.10 Источники получения информации о ЗПА пациентами, процент

Важно отметить, что, несмотря на получение в значительном числе случаев пациентами информации о причинах и факторах, усугубляющих развитие заболевания от лечащего врача поликлиники и стационара, большинство из принявших участие в опросе не имеют достаточного уровня знаний по этому вопросу. Указали, что не имеют достаточного представления о причинах

возникновения, развития, осложнениях и профилактике имеющегося ЗПА 61,8% опрошенных. Еще 12,0% указали, что ознакомлены с этими вопросами «не в полной мере». Только 20,7% пациентов отметили, что уверены в своих знаниях, а еще 5,5% затруднились ответить на этот вопрос.

Полученные нами сведения потребовали оценки качества разъяснений, предоставляемых пациентам лечащим врачом. Только 56,1% всех пациентов указали, что они удовлетворены разъяснениями врача по особенностям течения их заболевания. Треть всех пациентов (33,4%) указала, что для них остается непонятной информация, которую предоставляет им врач. При этом стоит подчеркнуть, что в 48,3% случаях непонятной оказалась информация для пациентов, регулярно посещающих врача. Еще 10,5% больных отметили, что вообще никакой информации по характеру развития заболевания врач им не предоставлял.

Таким образом, установлено, что на фоне неоднозначных характеристик уровня удовлетворенности пациентов с ЗПА медицинской помощью на различных этапах ее предоставления, отмечается неудовлетворительная их информированность о развитии заболевания, что является существенным препятствием к реализации профилактических программ для пациентов этой группы, в том числе ориентированных на повышение их охвата профилактическими осмотрами в рамках ДН в целях предотвращения развития осложнений заболевания, urgentных ситуаций.

## ГЛАВА 7

### АНАЛИЗ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗПА

Анализ мнения врачей об организации медицинской помощи пациентам с ЗПА был выполнен для получения профессиональных суждений по поставленным в исследовании проблемам. Сформированная для участия в опросе выборка врачей-специалистов позволяет считать полученные данные объективными (Глава 2).

В опросе приняли участие врачи-сердечно-сосудистые хирурги, средний возраст которых  $40,2 \pm 4,0$  лет, преобладали мужчины – 82,3%, 17,7% – женщины. Средний стаж работы по специальности принявших в опросе врачей составил  $14,8 \pm 3,6$  лет, в том числе руководителей –  $29,0 \pm 4,3$  года ( $t = 4,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Высокий профессиональный уровень принявших участие в опросе врачей подтверждается не только наличием у них весьма внушительного стажа, но и высоким уровнем квалификационных характеристик: 18,3% из них получили первичную специализацию в интернатуре, 70,0% – в ординатуре, а 11,7% проходили профессиональную переподготовку. Квалификационную категорию имеют 58,8% специалистов, в том числе 35,3% врачей имели высшую квалификационную категорию, 23,5% – первую квалификационную категорию. Кроме того, у 19,4% специалистов имелась ученая степень кандидата и доктора медицинских наук.

Все специалисты, участвующие в опросе, основным местом своей трудовой деятельности назвали «отделение сосудистой хирургии» в многопрофильном стационаре. Кроме того, 4,3% врачей совмещали работу по специальности одновременно в различных стационарах, а 3,2% дополнительно занимались преподавательской деятельностью. Немаловажным является тот факт, что значительная доля опрошенных врачей сердечно-сосудистых хирургов участвовали в оказании медицинской помощи пациентам с ЗПА на всех этапах ее предоставления: 35,3% опрошенных совмещали работу в многопрофильном

стационаре с профессиональной деятельностью в государственной поликлинике, а еще 29,4% дополнительно консультировали пациентов в коммерческих МО.

В последние годы в системе здравоохранения в МО практически всех типов врачи-специалисты работают с повышенной нагрузкой [16, 21, 99, 143, 218, 221, 224]. Однако, в целом наше исследование не подтвердило эту позицию по отношению к принявшим участие в опросе врачам по специальности «сердечно-сосудистая хирургия». В среднем специалисты работают в стационаре на 1,1 ставки. Большинство (76,5%) из них указали, что работают «на 1 ставку», 17,6% – «на 1,25» ставки и 5,9% – «на 0,5 ставки» [32].

Действующим порядком оказания медицинской помощи больным с БСК [191] специализированные отделения сосудистой хирургии не обозначены как самостоятельные структурные подразделения МО. Наряду с этим, обозначенные в соответствии с указанным порядком отделения рентгенохирургических методов лечения, созданные для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с БСК, а также для предоставления консультативной, диагностической и лечебной помощи, в том числе с применением рентгеноваскулярных методов диагностики и лечения, не предусматривают для обеспечения их деятельности врачей по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

В этой связи в настоящее время нормативы штатного расписания отделений стационаров в части обеспечения деятельности врачей по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» отсутствуют. По результатам опроса установлено, что фактически в среднем врач по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» курирует 11,8 коек (пациентов). Однако, по мнению опрошенных специалистов, оптимальная нагрузка по единовременной курации – это в среднем не более 6,8 коек.

Принявшие участие в опросе врачи стационаров по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» указали, что пациенты, страдающие ЗПА, составляют значительную часть их больных. Большинство опрошенных специалистов (62,9%) отметили, что такие пациенты составляют более половины

всех курируемых ими больных. Еще 13,2% врачей указали, что доля пациентов с ЗПА составляет от 30% до 50%, каждый десятый специалист (10,4%) указал долю курируемых им больных интересующего нас профиля в объеме 10-30%. Еще 13,5% принявших участие в опросе затруднились ответить на этот вопрос [32].

Полученные данные подтверждают тот факт, что к профильным специалистам – врачам-сердечно-сосудистым хирургам для получения специализированной медицинской помощи пациенты с ЗПА попадают уже в достаточно непростых случаях, в том числе для получения высокотехнологичной медицинской помощи. Именно поэтому так высока их доля среди пациентов специализированных сосудистых отделений. В иных ситуациях эти пациенты проходят лечение в рамках специализированной медицинской помощи на хирургических отделениях стационара и их куратором является врач-хирург.

Результаты опроса показали, что в целом врачи-сердечно-сосудистые хирурги недостаточно высоко оценивают организацию медицинской помощи пациентам с ЗПА (Рисунок 7.1).

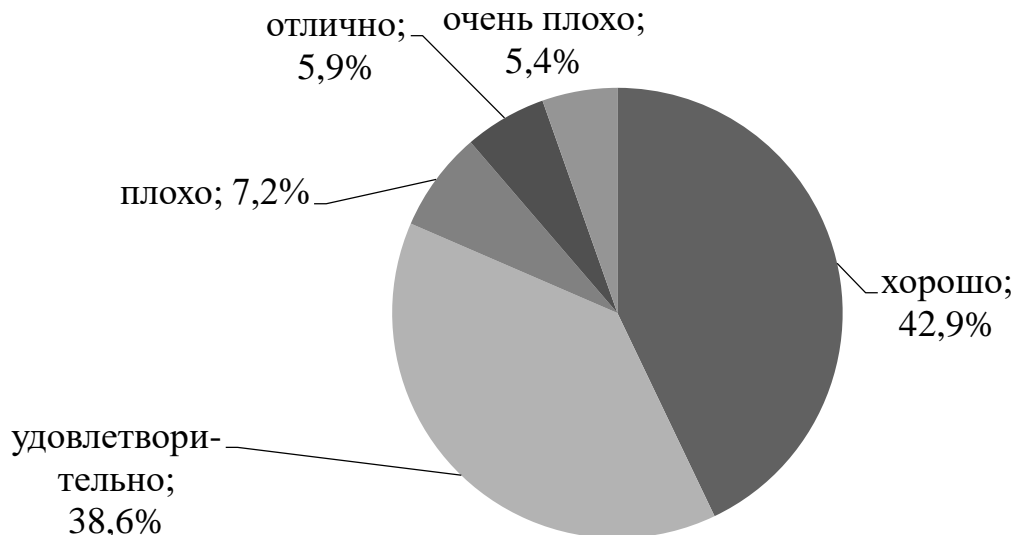


Рисунок 7.1 – Оценка врачами организации лечения пациентов с ЗПА в целом, в процентах

Только 5,9% опрошенных врачей оценили организацию медицинской помощи пациентам интересующей нас группы на «отлично». Наибольшая доля врачей выставили оценку «хорошо» и «удовлетворительно» – 42,9% и 38,6% соответственно. Однако, наряду с этим, значительная часть специалистов указала, что организация помощи «плохая» – 7,2% опрошенных или даже «очень плохая» – 5,4% [32].

Для выявления дефектов в организации медицинской помощи получены сведения об оценке врачами-сердечно-сосудистыми хирургами различных этапов ее оказания пациентам с ЗПА (Рисунок 7.2).

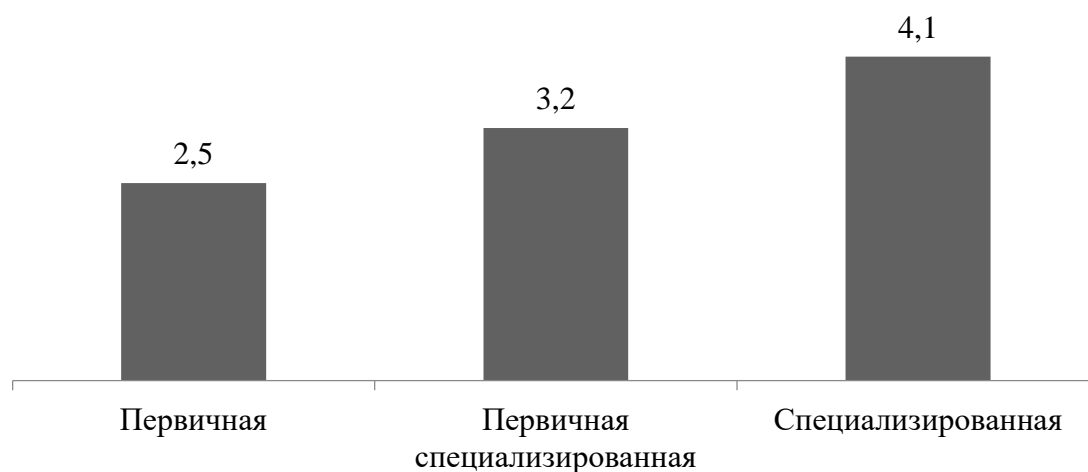


Рисунок 7.2 – Оценка врачами организации медицинской помощи пациентам с ЗПА на различных этапах предоставления (в баллах, пятибалльная система оценки)

Наименее высоко врачи, работающие в отделениях сосудистой хирургии стационаров, оценили организацию предоставления ПМСП пациентам интересующего нас профиля, в среднем только на 2,5 балла по пятибалльной системе. Несколько выше оценена первичная специализированная медико-санитарная помощь для пациентов этой группы (оказание медицинской помощи врачом-сердечно-сосудистым хирургом поликлиники, КДЦ, АКО стационара) – на 3,2 балла по пятибалльной системе [32]. Наиболее высокую оценку врачи выставили организации специализированной медицинской помощи – 4,1 балл.



Недостаточный уровень организации лечения пациентов в амбулаторных условиях является, по мнению опрошенных врачей, многофакторной и обусловлена, главным образом, ограничениями для них доступности медицинской помощи. Установлена обратная умеренная корреляционная связь ( $\rho = - 0,52$ ;  $p < 0,01$ ) между частотой указанных врачами причин ограничений доступности медицинской помощи и значением выставленной ими балльной оценки организации первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи (Таблица 7.1).

Таблица 7.1 Рейтинг причин ограничений доступности медицинской помощи для пациентов с ЗПА на амбулаторном этапе лечения (частота указания причины на 100 опрошенных)

Причина	Частота указания причины в ответах врачей
Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью	82,4
В поликлиниках нет врачей сердечно-сосудистых хирургов	70,6
Не проводится (проводится бессистемно) активное ДН больных	58,8
Недостаточная квалификация врачей поликлиник в части диагностики и организации медицинской помощи больным	47,1
Низкая санитарная грамотность больных	41,2
Несоблюдение пациентами рекомендаций врача	39,2
Длительные сроки ожидания диагностических исследований и консультаций	35,3
Отсутствие в поликлинике оборудования для обследования больных	11,8
Длительные сроки ожидания больными плановой госпитализации	10,4

По мнению врачей-специалистов, наибольшую ответственность за неудовлетворительные показатели организации медицинской помощи на амбулаторном этапе ее предоставления несут пациенты. Частота указания при опросе такой причины как «несвоевременное обращение больного за медицинской помощью» составила 82,4 на 100 опрошенных врачей. Однако,

стоит отметить, что несвоевременное обращение за медицинской помощью может формироваться не столь по причине низкой приверженности пациентов к заботе о своем здоровье, сколько ввиду их некорректной или недостаточной информированности о симптомах заболевания, требующих консультации специалиста или медицинского вмешательства, а также из-за препятствий, с которыми может столкнуться пациент при записи на прием к врачу или для проведения требуемых исследований. Такие ограничения доступности медицинской помощи, безусловно, приводят к несвоевременному обращению в МО [32].

Это подтверждается следующими полученными в результате опроса врачей данными: с частотой 70,6 на 100 опрошенных специалисты отметили отсутствие в поликлиниках врачей-сердечно-сосудистых хирургов как одну из основных причин неудовлетворительной организации медицинской помощи в амбулаторном звене.

Недостаточно активное ДН указано опрошенными врачами в качестве причины неудовлетворительной организации медицинской помощи пациентам с ЗПА с частотой 58,8 на 100 опрошенных. Это подтверждает положения, полученные на предыдущих этапах исследования (Глава 4) об отсутствии порядка его проведения для пациентов этого профиля, а также о недостаточном охвате ДН большей части таких пациентов (Глава 6).

Недостаточная квалификация врачей-специалистов МО амбулаторного звена, к которым обращаются пациенты с ЗПА, по мнению опрошенных врачей, также играет существенную роль в неудовлетворительной организации медицинской помощи. В этих условиях, в первую очередь, как отмечено по результатам опроса, страдает качество диагностики заболеваний, что препятствует своевременному направлению пациентов для получения специализированной медицинской помощи. Частота ответов по этому вопросу составила 47,1 на 100 опрошенных.

«Низкая санитарная грамотность пациентов» и «несоблюдение ими рекомендаций врача» при опросе указаны причиной неудовлетворительной

организации медицинской помощи в амбулаторном звене с частотой 41,2 и 39,2 на 100 опрошенных соответственно. Низкая санитарная грамотность проявляется, прежде всего, в недостаточной осведомленности пациентов о неблагоприятных факторах риска развития БСК, в том числе усугубляющих уже возникший патологический процесс, а также в отсутствии должного уровня приверженности пациентов к здоровому образу жизни. К неблагоприятным для заболевания поведенческим привычкам приводит и несоблюдение пациентами рекомендаций лечащего врача. Это также было подтверждено нами на предыдущих этапах исследования (Глава 6).

Наряду с отсутствием профильных специалистов в поликлиниках при опросе врачами-сердечно-сосудистыми хирургами указаны иные дефекты в организации работы МО. Недостаточная укомплектованность их медицинскими кадрами и оснащенность оборудованием приводят к ограничениям доступности медицинской помощи, выражающимся в длительных сроках ее ожидания. На это принявшие участие в опросе врачи указали с частотой 35,3 на 100 опрошенных. При этом на отсутствие в поликлиниках должного оборудования для обследования пациентов с ЗПА (прежде всего, аппаратов для проведения УЗИ) опрошенные врачи указали с частотой 11,8 на 100 опрошенных.

Следует обратить внимание, что ограничения доступности диагностических медицинских услуг указаны врачами, принявшими участие в опросе, как одно из наиболее серьезных препятствий у пациентов интересующей нас группы на догоспитальном этапе ее предоставления (Рисунок 7.3).

С наибольшей частотой врачи, принявшие участие в опросе, отметили ограничения на догоспитальном этапе доступности для пациентов исследований, выполняемых с использованием метода компьютерной томографии – 76,5 на 100 опрошенных. Достаточно высокой оказалась и частота указания в качестве дефицитного для амбулаторных пациентов такого исследования как ангиография – 41,2 на 100 опрошенных, что, безусловно, связано с ограниченными возможностями стационаров по приему амбулаторных пациентов для выполнения

этих исследований, наряду с отсутствием соответствующего оборудования в МО амбулаторной сети [32].

УЗИ и магнитно-резонансная томография указаны в качестве дефицитных врачами, принявшими участие в опросе, с частотой 29,4 и 23,5 на 100 опрошенных соответственно. Кроме того, были отмечены: позитронно-эмиссионная томография – 17,6 на 100 опрошенных, рентгеновские методы исследования – 11,8 на 100 опрошенных.

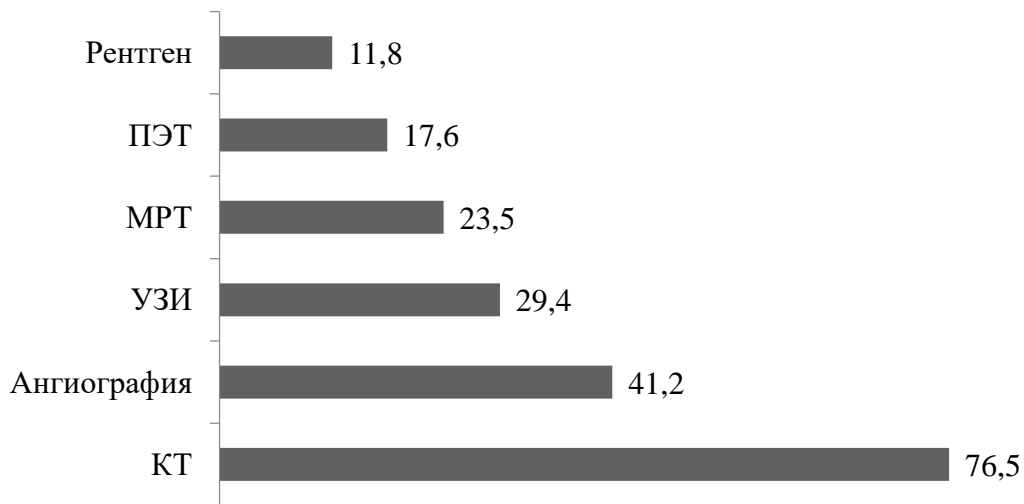


Рисунок 7.3 – Частота ответов врачей об ограничениях доступности диагностических исследований для пациентов с ЗПА (на 100 опрошенных)

Указанные ограничения в возможности проведения назначенных исследований, большей частью обусловлены отсутствием нормативно установленного порядка оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА и маршрутизации при оказании медицинской помощи [15, 24, 58].

Выявленные на предыдущих этапах исследования дефекты организации ДН при ЗПА, а также подчеркнутая его значимость врачами-специалистами стационаров, принявшими участие в опросе, сфокусировали одну из задач нашего опроса на этом положении.

Только 25,1% врачей по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» отметили, что более половины их пациентов с ЗПА наблюдаются на постоянной основе у профильного специалиста в амбулаторных условиях. Еще 36,8% указали,

что таких пациентов не более четверти от наблюдаемых ими, 21,8% опрошенных отметили, что доля таких больных составляет от 10 до 25%, а 16,3% опрошенных отметили, что таких пациентов менее 10% (Рисунок 7.4).

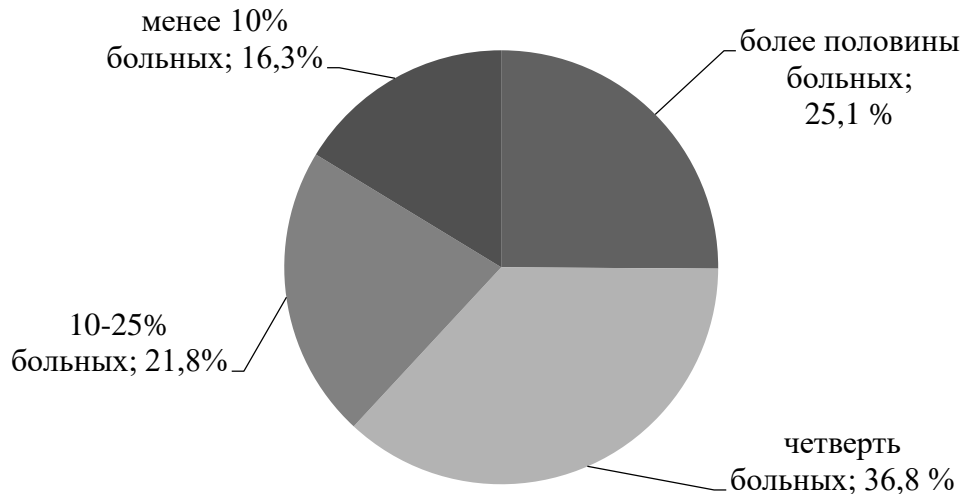


Рисунок 7.4 – Оценка врачами регулярности ДН пациентов с ЗПА, в процентах

Ввиду отсутствия в действующих нормативных документах однозначного указания на специальность врача, который должен на регулярной основе проводить динамическое наблюдение пациентов с ЗПА (Глава 3), при опросе врачам было предложено указать специальность врача, ДН пациентов этого профиля которым было бы наиболее предпочтительным. В 100,0 % случаев принявшими участие в опросе врачами было отмечено, что ведущим профильным специалистом для пациентов интересующей нас группы должен стать врач по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

Вместе с тем, принимая во внимание коморбидность БСК, в 37,1% случаев респонденты отметили, что параллельно наблюдение пациентов должно быть на постоянной основе организовано врачом-кардиологом, а с учетом риска развития осложнений длительно протекающих ЗПА, дополнительное наблюдение в 12,5% случаях должно проводиться врачом-хирургом. То есть, позиция по ДН пациентов с ЗПА, по мнению опрошенных врачей, должна строиться на

мультидисциплинарном подходе при ведущей роли сердечно-сосудистого хирурга.

Существенно отметить, что, несмотря на полученные данные о важности регулярного наблюдения пациентов врачом по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», только 13,5% опрошенных указали на целесообразность организации работы такого специалиста в каждой поликлинике. Большинство респондентов, 60,8%, отметили, что не видят такой необходимости, а еще 25,7% затруднились с ответом.

Указанную позицию опрошенных врачей не следует считать противоречивой, поскольку консультирование и активное профилактическое наблюдение пациентов, по мнению опрошенных специалистов, может осуществляться на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи не только в поликлинике по месту жительства, но и в МО (их структурных подразделениях) иных организационных форм: КДЦ, в том числе межрайонного уровня, АКО стационара и пр.

По мнению специалистов, принявших участие в опросе, оптимальная частота ДН врачом на амбулаторно этапе должна определяться для пациентов индивидуально. Вместе с тем, большинство специалистов, 68,4%, указали, что минимальная частота осмотра при ДН должна составлять не менее 2-х раз в год. В меньшем числе случаев, 21,6%, опрошенные отметили, что такие осмотры должны проводиться ежеквартально (Рисунок 7.5).

Врачи по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», работающие в стационарах, в полной мере осознают, что причиной ограничений доступности профильной медицинской помощи для их пациентов на этапе оказания первичной специализированной медицинской помощи является отсутствие урегулирования этого вопроса на нормативном уровне. Отметили эту взаимосвязь 68,4% опрошенных.

Наряду с этим, специалистами подчеркнута необходимость разработки и внедрения порядков по лечению больных с ЗПА. По этому вопросу специалисты высказались единодушно, в том числе подавляющее большинство из них (87,5%)

указали, что документы должны быть разработаны и внедрены на федеральном уровне, а 12,5% отметили, что на региональном уровне.

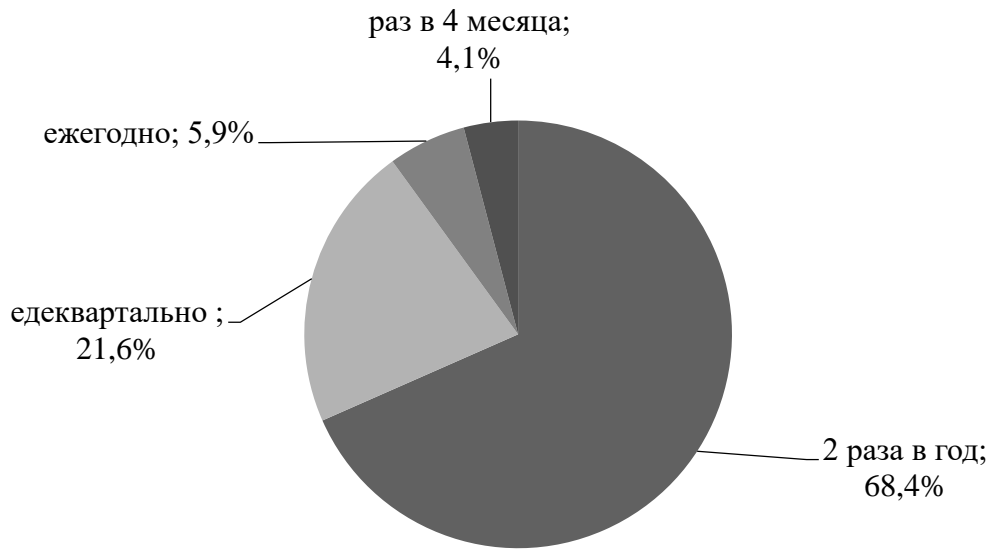


Рисунок 7.5 – Оценка респондентами оптимальной частоты ДН пациентов с ЗПА, в процентах

Ограниченная обеспеченность в настоящее время МО амбулаторного звена профильными специалистами не позволяет должным образом контролировать состояние здоровья пациентов с ЗПА на этом этапе оказания медицинской помощи [16, 21]. Решением этой проблемы, по мнению специалистов, принявших участие в опросе, может стать повышение профессиональных знаний врачей иных специальностей, занятых в оказании медицинской помощи, по диагностики и лечения пациентов этой группы (Таблица 7.2).

С наиболее высокой частотой принявшие в опросе врачи указали на необходимость углубленного изучения вопросов диагностики и лечения ЗПА врачами-специалистами поликлиник всех профилей. Частота таких ответов составила 56,9 на 100 опрошенных.

Со значительной частотой также ими была отмечена необходимость обучения по этим вопросам врачей-хирургов – 37,5 на 100 опрошенных врачей, а также врачей-кардиологов – 12,6 на 100 опрошенных. Врачи иных специальностей были отмечены значительно реже: врачи ультразвуковой

диагностики – 6,4 на 100 опрошенных, терапевты, врачи общей практики – 3,5 на 100 опрошенных.

Помимо оценки деятельности МО амбулаторного звена, врачам-сердечно-сосудистым хирургам было предложено оценить организацию специализированной медицинской помощи для пациентов интересующего нас профиля, а также изложить свое мнение по вопросам преемственности оказания медицинских услуг пациентам с ЗПА.

Таблица 7.2– Мнение респондентов о повышении квалификации врачей поликлиник по диагностике и лечению ЗПА, на 100 опрошенных.

Группы врачей-специалистов	Частота ответов врачей о необходимости повышения квалификации врачей
Все врачи-клиницисты поликлиник	56,9
Врачи-хирурги	37,5
Врачи-кардиологи	12,6
Врачи ультразвуковой диагностики	6,4
Врачи-терапевты и ВОП	3,5
Затрудняюсь ответить	2,3

Как оказалось, работу стационаров по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА респонденты оценили недостаточно высоко, только на  $3,9 \pm 0,4$  балла (по пятибалльной системе оценки). Однако, детальный анализ результатов опроса позволил установить, что такой уровень отметок обусловлен, главным образом, отсутствием по мнению специалистов, эффективного взаимодействия при оказании помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах лечения. Основной причиной недостаточно высокой оценки деятельности стационара врачи указали «отсутствие эффективного лечения пациента в запущенных случаях» – частота таких ответов составила 78,0 на 100 опрошенных.



Ответы специалистов, характеризующие неудовлетворительную организацию медицинской помощи непосредственно в стационаре, были указаны с меньшей частотой: «отсутствие должного медицинского оборудования для обследования пациентов» – 32,3 на 100 опрошенных, «высокая нагрузка на врача сердечно-сосудистого хирурга» – 28,6 на 100 опрошенных, «низкая обеспеченность средним медицинским персоналом» – 12,6 на 100 опрошенных, «прочие причины» – 18,0 на 100 опрошенных [32].

Важно отметить, что врачи стационаров придают весомую значимость рекомендациям, которые получают и должны соблюдать их пациенты с ЗПА после выписки из стационара. При этом специалисты отмечают, что не всегда, к сожалению, могут удовлетворительно оценить работу свою и своих коллег по предоставлению таких рекомендаций пациентам.

Наиболее важными рекомендациями пациенту опрошенные врачи сочли необходимость их информирования при выписке о дальнейшей явке в поликлинику для ДН в обязательном порядке. Только 23,7% опрошенных оценили предоставляемые рекомендации как полные, в 70,2% случаев эти рекомендации получили оценку «не полные», 6,1% опрошенных врачей затруднились ответить на этот вопрос (Рисунок 7.6).

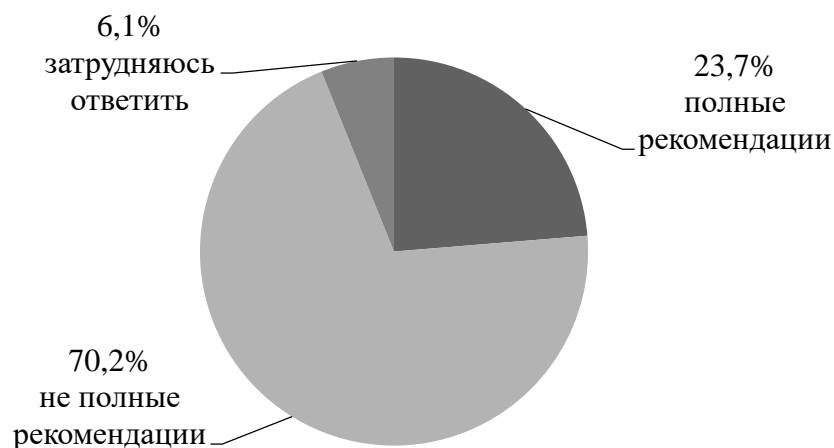


Рисунок 7.6 – Распределение ответов врачей о полноте рекомендаций, предоставляемых пациентам после выписки из стационара, в процентах

С учетом данных, полученных по результатам опроса пациентов (Глава 6), а также подчеркнутой врачами значимости ДН пациентов с ЗПА, сведения об их недостаточном информировании о необходимости дальнейшего регулярного посещения врача в поликлинике являются существенным поводом для организации передачи стационаром сведений о выписанных пациентах в поликлинику по их месту жительства, в том числе с использованием специально созданного для этих целей информационного ресурса. Полученные поликлиникой данные при этом должны в дальнейшем использоваться для проактивного наблюдения пациента на этапе предоставления ПМСП. Информационный обмен, сформированный таким образом между МО, оказывающими медицинскую помощь на различных этапах ее предоставления, может стать «банком данных» (регистром) о пациентах, аккумулирующим все сведения об оказанной пациенту медицинской помощи, полученных им рекомендациях. Необходимость разработки и внедрения электронного регистра пациентов с ЗПА была подтверждена по результатам проведенного нами опроса 82,3% врачей. Только 12,5% отметили, что не видят целесообразности в таком информационном обмене, а еще 5,2% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос [32].

С учетом распространенности ЗПА (Глава 3), вопросы поиска организационных форм предоставления доступной медицинской помощи должного объема и качества являются основополагающими для создания условий их эффективного лечения.

По мнению опрошенных врачей-сердечно-сосудистых хирургов, самым эффективным лечебно-диагностическим мероприятием медицинской помощи пациентам с ЗПА является своевременное начало их лечения, которое, безусловно, может быть инициировано только при своевременном проведении диагностики. Частота ответов по этому вопросу составила 88,2 и 76,5 на 100 опрошенных врачей соответственно (Таблица 7.3).

Не меньшую значимость, по мнению принявших участие в опросе врачей, имеет своевременная плановая госпитализация пациента для проведения клинических исследований и процедур, которые можно выполнить только в

условиях стационара под круглосуточным наблюдением врача. При этом установить необходимые сроки плановой госпитализации возможно при регулярном контроле клинической картины заболевания, проводимом в рамках ДН. Частота ответов по вопросу плановой госпитализации составила 64,7 на 100 опрошенных, а о необходимости регулярного ДН – 58,8 на 100 опрошенных.

Таблица 7.3 – Оценка врачами эффективности медицинских мероприятий при лечении пациентов с ЗПА, на 100 опрошенных

Медицинское мероприятие	Частота ответов врачей об эффективности метода
Своевременное начало лечения	88,2
Своевременная диагностика	76,5
Плановая госпитализация в необходимый срок	64,7
Регулярное ДН	58,8
Обеспечение пациентов бесплатными лекарствами при амбулаторном лечении	52,9
Активное информирование пациентов по вопросам заболевания, организации медицинской помощи	47,1
Реабилитация, восстановительное лечение	47,1
Регулярное УЗИ обследование	35,3
Участие пациента в «школах здоровья» по профилю своего заболевания	23,5
Психотерапевтическая помощь	17,6
Санаторно-курортное лечение	5,9

С учетом особенностей развития ЗПА, врачами при проведении опроса отмечена важность и целесообразность обеспечения пациентов, в том числе на амбулаторном этапе лечения, лекарственными препаратами (то есть включение

необходимых лекарственных средств в соответствующий перечень лекарств, отпускаемых бесплатно по рецепту врача по федеральной и региональной льготе). Наряду с этим, врачами обращено внимание на целесообразность регулярного УЗИ сосудов конечностей, которое должно быть включено в обязательный минимум обследования при профилактическом визите пациента в рамках ДН. Частота таких ответов составила 52,9 и 35,3 на 100 опрошенных соответственно.

Принявшими участие в опросе врачами также отмечена необходимость проведения с пациентами, страдающими ЗПА, информационно-разъяснительной работы, включающей в себя предоставление сведений о неблагоприятных факторах, влияющих на развитие заболевания, формирование у пациентов приверженности к здоровому образу жизни. О необходимости активного информирования пациентов по вопросам ЗПА и организации медицинской помощи врачи указали с частотой 47,1 на 100 опрошенных, а на необходимость участия пациентов в «школах здоровья» – с частотой 23,5 на 100 опрошенных.

Применение методов реабилитации, восстановительного и санаторно-курортного лечения у пациентов интересующей нас группы отмечено врачами в качестве эффективных способов терапии с частотой 47,1 и 15,9 на 100 опрошенных соответственно. При этом интересно отметить, что мнения специалистов по этому вопросу разделились: 37,2% опрошенных указали, что данные методики эффективны только после хирургического лечения, а 56,5% отметили, что их применение эффективно вне зависимости от этапа лечения.

Оценка врачами-специалистами эффективности различных лечебно-диагностических методик для оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА имеет существенную значимость для планирования оказания им медицинской помощи, в том числе ее стандартизации, поскольку подавляющее большинство опрошенных врачей, 88,3%, указали, что своевременная диагностика и лечение заболеваний этой группы может предотвратить развитие «сердечно-сосудистых катастроф», являющихся фатальным их осложнением. Только 11,7% опрошенных не были уверены в такой взаимосвязи.

Ввиду отмеченной специалистами значимости своевременного предоставления необходимых пациенту эффективных лечебно-диагностических мероприятий врачам-сердечно-сосудистыми хирургам было предложено выделить направления медицинской помощи, доступность которых для пациентов наиболее ограничена (Таблица 7.4).

Таблица 7.4 – «Дефицитные» возможности при лечении пациентов с ЗПА  
(на 100 опрошенных врачей)

Лечебный метод	Частота указания лечебного метода в ответах врачей
Санаторно-курортное лечение	58,8
Восстановительное лечение	41,2
ДС	40,9
Психотерапия	29,4
Стационарное лечение	17,6
Диетология	15,2
Физиотерапия	5,9

С наибольшей частотой среди лечебных мероприятий, доступность которых наиболее ограничена для пациентов с ЗПА, врачами указаны методики реабилитационного и восстановительного характера: санаторно-курортное лечение – 58,8 на 100 опрошенных врачей и восстановительное лечение – 41,2 на 100 опрошенных врачей.

Значительная часть лечебно-диагностических мероприятий при ЗПА может быть выполнена без госпитализации, в условиях ДС. Получить такое лечение больным весьма затруднительно. Частота ответов врачей об ограничениях доступности ДС составила 40,9 на 100 опрошенных. Лечение в стационаре также труднодоступно, что подтверждается длительными сроками ожидания госпитализации. На ограничения доступности стационарного лечения врачи обратили внимание с частотой 17,6 на 100 опрошенных. Опрошенные врачи среди прочего считают важным для пациентов с ЗПА получение психотерапевтического

лечения. Об ограничениях доступности этого вида медицинской помощи для них они указали с частотой 29,4 на 100 опрошенных.

Среди иных лечебных методик, доступность которых по мнению врачей-сердечно-сосудистых хирургов невысока, были указаны диетотерапия – 15,2 на 100 опрошенных врачей, физиотерапия – 5,9 на 100 опрошенных врачей.

Таким образом, проведенный опрос врачей-сердечно-сосудистых хирургов, позволил подтвердить отдельные проблемы организации медицинской помощи при ЗПА, выявить основные дефекты в обеспечении ее преемственности на различных этапах. Полученные данные являются несомненной доказательной базой для совершенствования подходов к оказанию медицинской помощи пациентам интересующей нас группы.

## ГЛАВА 8

### ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗПА

Анализ организации в Российской Федерации медицинской помощи пациентам с ЗПА (Главы 3-7) позволил установить, что в настоящее время отсутствуют слаженные механизмы ее предоставления пациентам указанной группы, что выражается в недостатках преемственности медицинской помощи на всех этапах ее оказания, ограничениях ее организационной и информационной доступности, обусловленных отсутствием нормативного правового регулирования, системных подходов к статистическому учету пациентов, а также установленных показателей эффективности предоставления им медицинской помощи. С учетом выявленных проблем очевидно, что совершенствование организации предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА требует системного комплексного подхода, основанного на структурировании основных направлений их преодоления [152].

#### 8.1. Совершенствование учета ЗПА

Проведенный анализ (Глава 3) показал, что сведения, содержащиеся в официальных отчетных формах ведомственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» [200] не предполагают учета всех болезней артерий, артериол и капилляров, отнесенных к группе ЗПА. Учету и возможному анализу подлежат только такие заболевания как эндартериит и тромбангиит облитерирующий, которые составляют по отдельным регионам РФ от 0,5% до 1,4% в структуре заболеваний системы кровообращения (общая заболеваемость). Кроме того, установлено, что учет этих патологий проводится некорректно. Это

подтверждается резким разбросом показателя по удельному весу этих заболеваний в структуре первичной заболеваемости болезней системы кровообращения в субъектах РФ – от 8,1% до 40,8%.

Вместе с тем, проведенный нами анализ позволяет утверждать, что данные, получаемые о распространенности ЗПА из официальных отчетных форм, являются весьма заниженными. Высокий уровень регистрируемых осложнений, к которым приводят ЗПА, значимый уровень заболеваемости БСК, имеющих единый с ЗПА генез системных патологических изменений, а также стабильно высокая обращаемость по этому поводу за медицинской помощью (Глава 3), позволяют отметить высокий уровень распространенности ЗПА, который в настоящее время в системе здравоохранения не учитывается.

Информация о подлинном уровне ЗПА была бы весьма значимой, поскольку способствовала бы корректному планированию медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий как при заболеваниях данной группы, так и направленных на снижение заболеваемости БСК в целом, что является основополагающей задачей национального проекта «Здравоохранение». В соответствии с решением Оперативного штаба Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.07.2023 обеспечение достоверности статистического учета и обеспечение корректности сбора первичных данных о состоянии здоровья населения является одной из ключевых резервных задач по достижению национальной цели отечественного здравоохранения по снижению смертности населения.

С учетом изложенных обстоятельств видится целесообразным скорректировать имеющиеся подходы к учету ЗПА путем расширения перечня конкретных нозологий, регистрируемых в формах ведомственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания МО» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [200].



Предложенный нами расширенный перечень учитываемых нозологий ЗПА сформирован с учетом их структуры, полученной в результате проведенного анализа на предыдущих этапах исследования. Отдельно поименованы нозологии, имеющие наибольшую долю в выявленной (Глава 3) структуре заболеваний.

Согласно сформированным нами предложениям целесообразно вместо строк «эндартериит, тромбангиит облитерирующий» (I70.2, I73.1) в соответствующих учетных формах ввести следующие уточняющие строки:

№ строки*	Наименование строки	Код по МКБ-10
10.7	«Болезни артерий, артериол и капилляров» всего	I70- I79
10.7.1	из них: «Атеросклероз» всего	I70
10.7.1.1	из них: «Атеросклероз артерий конечностей»	I70.2
10.7.1.2	«Генерализованный и неуточненный атеросклероз»	I70.9
10.7.2	«Другие болезни периферических сосудов»	I73
10.7.2.1	«Облитерирующий тромбангиит»	I73.1
10.7.3	«Эмболия и тромбоз артерий»	I74
10.7.3.1	из них: «Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей»	I74.3

\*нумерация строк приведена на примере таблицы 2000 формы № 12

Учет ЗПА в соответствии с предложенным расширенным перечнем должен стать основой статистического учета этой патологии, проводимого на уровне МО, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения регионального и федерального уровней. Предложенные подходы к учету ЗПА, предусматривающие регистрацию их в наиболее значимых случаях, в дальнейшем должны стать основой для медико-статистического регистра пациентов с установленными заболеваниями этой группы, содержащего также сведения о состоянии здоровья больных и проводимых им лечебно-профилактических мероприятиях на всех этапах оказания медицинской помощи.

## **8.2. Подходы к совершенствованию организации первичной медико-санитарной медицинской помощи пациентам с ЗПА**

Проведенное исследование выявило недостаточный уровень доступности медицинской помощи при ЗПА, в основном – в амбулаторных условиях, что подтверждено:

- низкими показателями охвата пациентов ДН;
- низкими показателями охвата пациентов консультированием у профильного специалиста – врача-сердечно-сосудистого хирурга;
- неудовлетворительными характеристиками информационной доступности первичной медико-санитарной помощи;
- неудовлетворительными характеристиками организации работы МО, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, ограничивающих возможность ее получения пациентами;
- низкими показателями удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской помощью.

Согласно полученным на предыдущих этапах исследования данным (Главы 4-6), по Санкт-Петербургу доля пациентов с ЗПА, учитываемых в официальных статистических формах (эндартериит и тромбангиит облитерирующий), состоящих под ДН, составляет только 56,1%, а из числа впервые выявленных – 43,8%. При этом по данным опроса пациентов состоят на ДН только 11,4% из них. Это не обеспечивает планомерного проведения лечебно-профилактических мероприятий у пациентов. Это, в том числе, подтверждается тем, что для плановой госпитализации 67,4% пациентов обращается самостоятельно, а не по направлению лечащего врача. Вместе с тем, в соответствии с решением Оперативного штаба Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.07.2023 рост охвата и эффективности диспансерного наблюдения пациентов, в первую очередь с БСК является преимущественным путем достижения национальной цели отечественного здравоохранения, направленным на снижение смертности населения.

Консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга пациенты с ЗПА получают с недостаточной частотой (305 на 1000 больных), что не позволяет проводить своевременную корректировку тактики лечения профильным специалистом. При этом консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга пациенты получают в 9,7 реже, чем консультацию врача-хирурга. Основной причиной неудовлетворительной организации медицинской помощи пациентам с ЗПА принявшие участие в опросе врачи-специалисты указали именно отсутствие возможности получения пациентами консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга в поликлинике.

Ограничения информационной доступности были подтверждены в ходе проведенного опроса пациентов с ЗПА, которые указали на недостаточную осведомленность о негативных факторах развития заболевания и его осложнений. В 33,4% случаев информация, предоставляемая им лечащим врачом, являлась для пациентов не ясной. Отсутствует также активное информирование пациентов со стороны МО: 57,1% из них никогда не получали приглашения на прохождение профилактических мероприятий, хотя только 41,1% указали, что регулярно посещают врача.

Опросы пациентов (Глава 6) подтвердили и иные неудовлетворительные характеристики организации работы МО, препятствующие своевременному получению медицинской помощи пациентами: с частотой 27,7 на 100 опрошенных пациенты указали, что трудно попасть на прием к врачу, с частотой 25,5 на 100 опрошенных отметили, что невозможно получить консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга ввиду его отсутствия в поликлинике, с частотой 16,0 на 100 опрошенных отметили длительные сроки ожидания в поликлинике медицинской помощи, а с частотой 25,5 на 100 опрошенных – длительные сроки ожидания плановой госпитализации.

Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью в поликлинике по данным опросов характеризуется невысокими значениями показателей: удовлетворены медицинской помощью в поликлинике только 77,8%

опрошенных, в том числе полностью удовлетворены 62,4% и скорее удовлетворены 15,4%.

В рамках исследования, ввиду поиска путей оптимизации доступности медицинской помощи при ЗПА был сформирован и реализован организационный эксперимент по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам. Эксперимент был проведен на базе одного из городских стационаров, а также и поликлиник, при их активном взаимодействии в целях создания оптимальных условий динамического наблюдения пациентов с ЗПА, направленного на профилактику осложнений и обострений заболевания, обеспечение их своевременной маршрутизации для получения требуемой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, реабилитации [152].

Положения, необходимые для реализации организационного эксперимента были утверждены на уровне МО:

- проведение ДН пациентов на основе обновленной их маршрутизации, в том числе предусматривающей реализацию профилактических мероприятий в полном объеме;

- повышение информированности пациентов о факторах риска развития заболевания с применением проактивных подходов к их индивидуальному информированию;

- разработка и создание прототипа регистра больных ЗПА для повышения преемственности оказания медицинской помощи на ее этапах, обеспечения ее своевременности и доступности;

- повышение уровня удовлетворенности больных ЗПА медицинской помощью.

В условиях отсутствия установленного порядка ДН (Глава 4), с учетом выявленных проблем пациентов (Глава 6), а также принимая во внимание профессиональную точку зрения врачей (Глава 7), для реализации положений организационного эксперимента была разработана маршрутизация пациентов с ЗПА с момента установления диагноза (Рисунок 8.1).

В соответствии с предложенной маршрутизацией все пациенты с установленным диагнозом ЗПА должны быть взяты под ДН. После установления пациенту диагноза ЗПА, как по итогам лечения в стационаре, так и при обращении в поликлинику по любому поводу, сведения о нем передаются в поликлинику для организации ДН. Сведения могут передаваться по выделенным защищенным каналам информационных систем, а также на бумажных носителях и аккумулируются ответственным лицом поликлиники.

В соответствии с предложенной в рамках организационного эксперимента маршрутизацией первичный прием пациента осуществляется в поликлинике врачом-терапевтом. Дальнейшее ДН осуществляется с учетом дифференцированного подхода в зависимости от установленного диагноза: врачом-терапевтом или врачом-хирургом (при наличии генерализованного атеросклероза аорты, при наличии клинических проявлений ишемии органов и систем, при атеросклерозе церебральных артерий с подтвержденным стенозированием сонных артерий в объеме более 40%).

Кроме того, с учетом выявленной ограниченной обеспеченности МО, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, врачами-сердечно-сосудистыми хирургами, с учетом предложений врачей, опрошенных в рамках нашего исследования (Глава 7), при проведении организационного эксперимента было введено обязательное консультирование пациентов с ЗПА у врача-сердечно-сосудистого хирурга стационара. Предложенные врачом этой специальности рекомендации следовало учитывать в комплексе лечебно-диагностических процедур, проводимых конкретному пациенту (Рисунок 8.1). Частота профилактического осмотра врачом указанной специальности при ДН – не реже 1 раза в год.

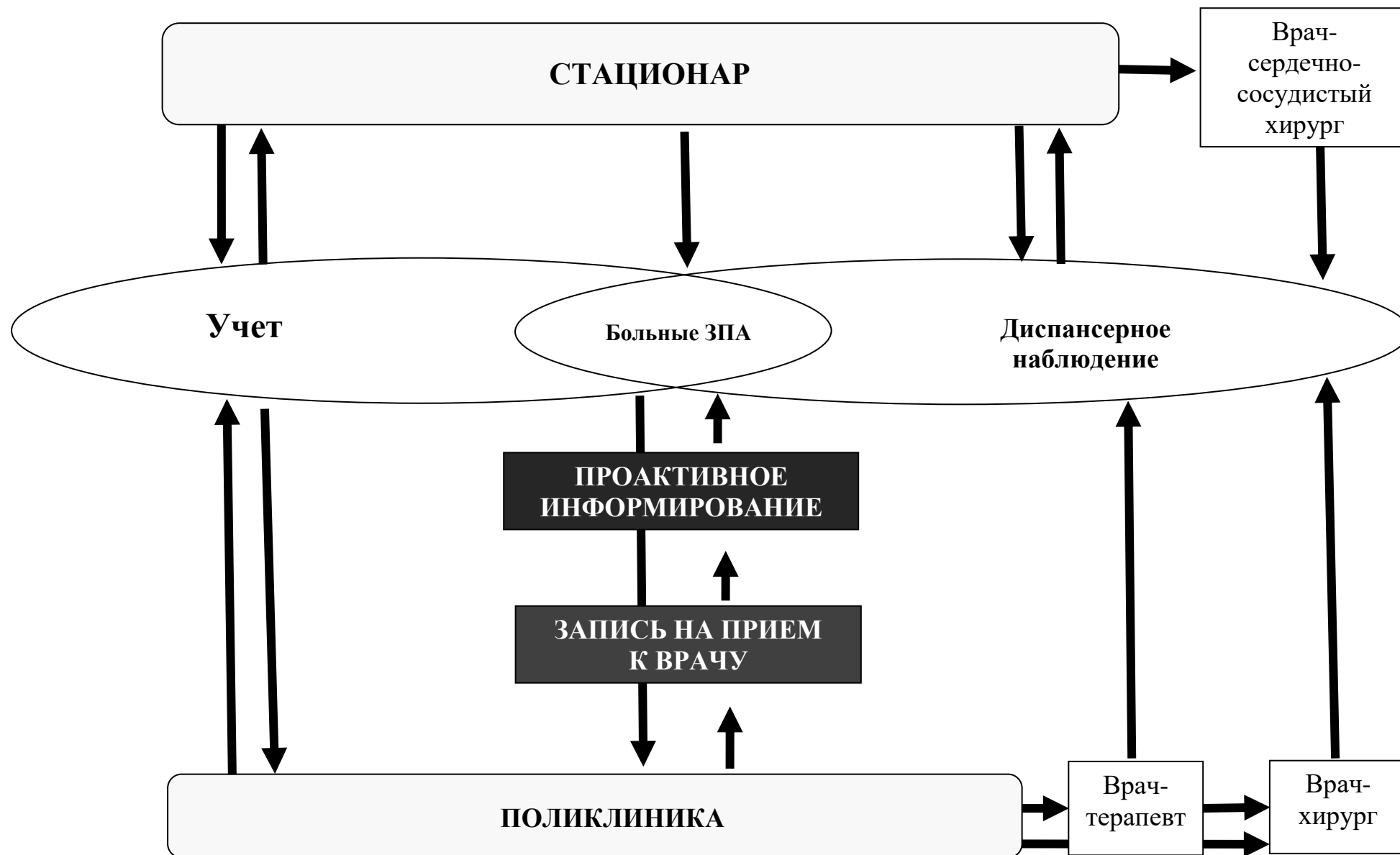


Рисунок 8.1. – Схема маршрутизации пациентов с БПА

Безусловно, возможность консультирования пациентов у врача-сердечно-сосудистого хирурга и исполнение его профильных рекомендаций должно обеспечить для пациентов оказание медицинской помощи должного качества. Контроль исполнения рекомендаций врача-сердечно-сосудистого хирурга было предложено возложить на врачей-терапевтов и врачей-хирургов, как основных специалистов, осуществляющих ДН пациентов. Следует подчеркнуть, что «несоблюдение рекомендаций врача» в ходе опроса специалистов (Глава 7) обозначено как одна из основополагающих причин низкой приверженности пациентов с ЗПА к сохранению и укреплению своего здоровья.

В целях повышения профессиональных компетенций врачей-специалистов для корректного и своевременного исполнения в полном объеме рекомендаций врача-сердечно-сосудистого хирурга при ДН больных ЗПА, в рамках реализации организационного эксперимента была разработана краткосрочная программа повышения квалификации «Основы диагностики и лечения ЗПА» [36] (Приложение Ч).

Вошли следующие вопросы:

- нормативные документы, регламентирующие вопросы оказания медицинской помощи при БСК, в том числе ЗПА;
- современные подходы к диагностике ЗПА;
- современные подходы к лучевой диагностике ЗПА;
- основы современной консервативной терапии при ЗПА;
- основы хирургического лечения ЗПА (в том числе вопросы активного наблюдения за больными в послеоперационном периоде);
- ведение больного с ЗПА (в том числе вопросы динамического наблюдения пациентов, профилактики развития сердечно-сосудистых событий и пр.);
- подходы к медицинской реабилитации больных с ЗПА;
- информирование больных, формирование приверженности к лечению и динамическому наблюдению.

В обучении по предложенной программе приняли участие 123 врача-специалиста (врачи-терапевты, врачи общей практики (семейной медицины), врачи-хирурги).

Результаты опроса врачей-участников обучения (Таблица 8.1) показали существенное повышение их знаний по заявленным в программе обучения вопросам [36]. Так, в условиях отсутствия установленных на законодательном уровне принципов оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА, до участия в программе обучения 23,3% опрошенных указали, что имеют представления о маршрутизации пациентов этой группы, а 16,7% были уверены, что осведомлены о нормативных правовых основах ее предоставления. Однако, после глубокого изучения предложенного материала ситуация изменилась: знания о маршрутизации подтвердили уже 88,4% опрошенных ( $t = 2,8$ ;  $p < 0,05$ ).

Осведомленность о современных диагностических методиках на старте программы подтвердили 39,7% опрошенных, а по ее завершению 78,6% ( $t = 3,0$ ;  $p < 0,05$ ). Оценили свои знания как достаточные о принципах лечения и диспансерного наблюдения ЗПА 34,7% и 89,8% опрошенных соответственно ( $t = 3,9$ ;  $p < 0,05$ ). Достаточными свои знания о факторах риска развития заболевания и его осложнений отметили 70,1% и 88,4% принявших в опросе соответственно ( $t = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Подтверждение целесообразности получения информации, содержащейся в учебной программе, также нашло отражение в результатах опросов врачей. На момент приглашения к обучению только 68,3% указали, что считают его целесообразным, тогда как после прохождения обучения таких уже было 96,0% ( $t = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Повышение информационной доступности медицинской помощи для пациентов стало отдельным направлением организационного эксперимента. С учетом полученных на предыдущих этапах исследования данных для этих целей был разработан комплекс мероприятий, направленных на повышение осведомленности пациентов о факторах риска, особенностях течения заболевания



и его осложнений, формирование их приверженности к здоровому образу жизни [35].

Таблица 8.1 – Результаты опроса врачей-специалистов о результативности программы обучения «Основы диагностики и лечения ЗПА», в процентах

Вопросы	Доля утвердительных ответов врачей, %	
	Исходно	Итог
Осведомлены ли Вы о принципах маршрутизации пациентов при установлении диагноза «заболевание периферических артерий»?	23,3	88,4
Осведомлены ли Вы о нормативных правовых основах оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА?	16,7	54,4
Считаете ли Вы свои знания о современных методах диагностики ЗПА достаточными?	39,7	78,6
Считаете ли Вы свои знания о факторах риска развития и осложнения ЗПА достаточными?	70,1	88,4
Владеете ли Вы принципами организации лечения и диспансерного наблюдения пациентов с ЗПА?	34,7	89,8
Считаете ли Вы целесообразным повышение квалификации по вопросам диагностики и лечения ЗПА	68,3	96,0

Информирование пациентов проводилось в различных формах:

- в форме индивидуальной разъяснительной беседы с лечащим врачом на этапе первичного приема в рамках диспансерного наблюдения и/или выписки из стационара;

- в форме информационной памятки, содержащей разъяснительные материалы (в составе «Записной книжки диспансерного пациента»);

- в форме публичного информирования пациентов путем размещения соответствующей информации на сайте МО (поликлиника, стационар).

Врачи, принимающие участие в проведении разъяснительных бесед с пациентами, получали инструктаж по структуре их проведения (Приложение Ц): пояснения о течении заболевания, проводимом лечении, о факторах риска развития заболевания и его осложнений, о порядке приема назначенных лекарственных средств, проведении диагностических исследований, организации диспансерного наблюдения, в том числе о порядке обращения в поликлинику для постановки на ДН, о порядке ведения пациентом «Записной книжки диспансерного пациента».

«Записная книжка диспансерного пациента», разработанная для реализации организационного эксперимента (Приложение Ц), вручалась индивидуально каждому пациенту при первичном посещении поликлиники с целью постановки на ДН. Помимо разъяснительных материалов она включала следующие разделы для заполнения пациентом с периодичностью, указанной лечащим врачом: уровень глюкозы крови (при наличии сахарного диабета), артериального давления, индекс массы тела, мониторинг дистанции безболевого ходьбы и признаков ишемии. «Записная книжка диспансерного пациента» включала также раздел для отметок о запланированных лечебно-диагностических мероприятиях с указанием их даты и времени проведения, что предполагало обязательную предварительную запись на их выполнение при очередном посещении пациентом лечащего врача [35].

Существенным разделом организационного эксперимента по повышению информационной доступности медицинской помощи следует считать проактивное заблаговременное информирование пациентов со стороны поликлиники о необходимости посещения врача для профилактического осмотра в рамках диспансерного наблюдения (для первичной постановки на ДН при наличии поступивших сведений о пациенте с установленным диагнозом ЗПА).

Направление информации ответственным лицом поликлиники реализовывалось в соответствии с разработанными текстовыми стандартами (Приложение Ц) по следующим доступным каналам связи, предоставленным пациентом:

- личное оповещение по телефону – использовано в 78,8% случаев;
- СМС-информирование посредством направления сообщения по номеру мобильного телефона, в том числе с использованием мессенджеров – использовано в 15,8% случаев;
- посредством направления сообщения на адрес электронной почты – использовано в 5,4% случаев.

Преимущественное использование для проактивного информирования личного приглашения по телефону предоставляло возможность и одновременно записать больного на прием к врачу. Такой возможностью воспользовались большинство (80,0%) пациентов.

Для реализации предварительной записи пациентов на профилактический прием при осуществлении их информирования в графике приема соответствующих специалистов были выделены «приоритетные номерки», с учетом их реализации в период, установленный программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – 14 рабочих дней.

Публичное информирование в рамках организационного эксперимента в целях доведения до пациентов сведений о факторах риска развития и осложнений ЗПА, а также формирования у пациентов приверженности к здоровому образу жизни проводилось путем размещения информационных плакатов на территории поликлиники, а также путем размещения соответствующих сведений на сайте поликлиники и взаимодействующего с ним стационара.

Для решения этой задачи в целях высокой доступности для пациентов на стартовой странице сайта МО размещалась вкладка «ДН – забота о здоровье», переход по которой позволял, в том числе, ознакомиться с отдельной страницей,

освещающей вопросы особенностей течения ЗПА, узнать информацию, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи, перечень диагностических исследований и медицинских услуг врачей-специалистов при ДН, порядок предварительной записи на прием к врачу и диагностические исследования), а также информационный раздел вопросов и ответов, ориентированных на формирование приверженности пациентов с ЗПА к профилактическим мероприятиям.

Важнейшей составляющей организационного эксперимента стало формирование подходов к модели медико-статистического регистра пациентов с ЗПА. Элементы регистра были сформированы на основе ретроспективных и возможных перспективных данных о пациентах с ЗПА [152].

Состав данных регистра был подразделен на «стационарный» и «амбулаторный» сектора (в том числе с возможностью пересечения по отдельным данным). Перечень сведений о пациентах унифицирован. Сведения включались в регистр на основе их информированного добровольного согласия, при этом были включены данные о всех давших его пациентах МО, участвующих в организационном эксперименте.

Состав сведений о пациентах, включаемых в регистр, вырабатывался в ходе проводимого организационного эксперимента. Основные разделы медико-статистического регистра пациентов с ЗПА:

- паспортная часть;
- антропометрические данные о пациенте;
- сведения о диагнозах (основной, сопутствующий, осложнения);
- сведения о проведенном стационарном лечении (в том числе оперативных вмешательствах, данных исследований, рекомендациях);
- сведения о применяемой лекарственной терапии (лекарственные средства, их дозировки, частота и период применения и пр.);
- сведения о ДН (сроки профилактического осмотра у врачей-специалистов, проведенных диагностических, лабораторных и иных исследованиях);

- раздел перспективной медицинской помощи (запланированные исследования и консультации, плановые госпитализации, в том числе даты их проведения);

- информация об удовлетворенности пациента медицинской помощью.

Заполнение «амбулаторного» и «стационарного» секторов медико-статистического регистра проводилось независимо друг от друга, при этом сведения о пациенте в целях создания условий преемственности медицинской помощи становились доступными всем участникам на основе использования единой информационной системы. Это позволило анализировать клиническую динамику течения заболевания конкретного пациента с учетом наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов, выполненных оперативных вмешательств. При этом доступ «амбулаторного» сектора к сведениям, размещенным «стационарным» сектором позволял своевременно получить сведения о пациенте (если ранее он в поликлинику с заболеванием периферических артерий не обращался), обеспечить ему проведение лечебно-профилактических мероприятий на амбулаторной этапе, с учетом результатов оказания медицинской помощи в условиях стационара, согласовать в режиме реального времени плановую госпитализацию пациента, в случае необходимости. Доступ «стационарного» сектора к «амбулаторному» в свою очередь позволял отслеживать эффективность реализации на амбулаторном этапе рекомендованного лечения и профилактических мероприятий, что может быть учтено при планировании лечения при очередной госпитализации [26].

Оценка удовлетворенности медицинской помощью, в форме ответов пациентов на вопросы анкеты, заполнялась со стороны «амбулаторного» сектора. При этом в дальнейшем видится перспективным обеспечение доступа пациентов к заполнению этого раздела регистра, наряду с внесением данных, включенных в состав «Записной книжки диспансерного пациента».

Предложенные подходы к формированию медико-статистического регистра показали несомненную научно-практическую ценность. Дальнейший детальный

анализ сведений медико-статистического регистра может быть использован не только для обмена информацией на амбулаторном и стационарном этапах лечения, но и для анализа эффективности проведенного лечения пациентов отдельных групп, отслеживания переносимости пациентами назначенного лечения, соблюдения предложенных схем здорового образа жизни, приверженности к своевременному прохождению профилактических мероприятий и применяемой терапии, а также для комплексной оценки качества оказываемой пациентам с ЗПА медицинской помощи, в том числе в перспективе – соответствие ее оказания порядкам и стандартам медицинской помощи (при утверждении таковых).

Проведенные мероприятия позволили обеспечить должный учет пациентов с ЗПА, структура которых, как и следовало ожидать, существенно шире, чем установленная в формах официальной статистической отчетности (Рисунок 8.2).

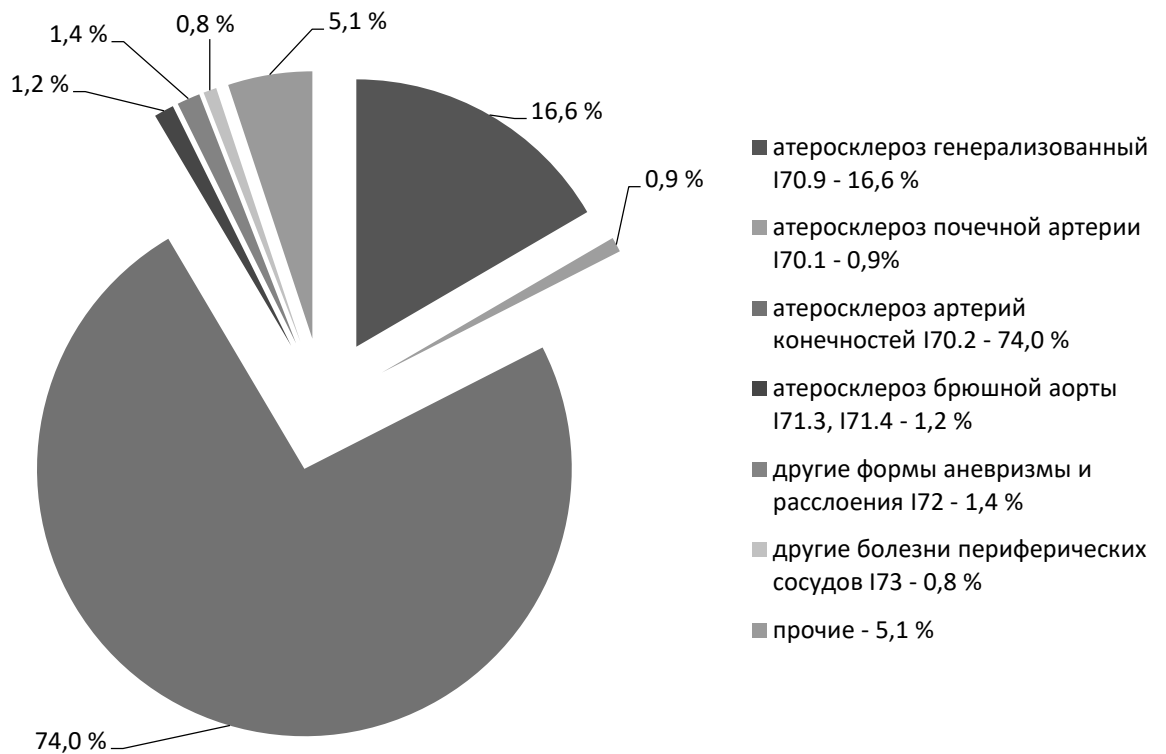


Рисунок 8.2 – Структура ЗПА, выявленных при взаимодействии МО амбулаторного и стационарного звеньев в 2022 году, в процентах

Активный учет пациентов с ЗПА, проводимый в рамках организационного эксперимента, позволил уточнить, что наибольшую долю среди этой группы заболеваний составляют пациенты с атеросклерозом артерий конечностей (I70.2) – 74,0%. Значительная часть пациентов имели установленный диагноз атеросклероз генерализованный (I70.9) – 16,6%. Иные патологические состояния, отнесенные к группе ЗПА, были зарегистрированы в значительно меньших долях случаев: другие формы аневризмы и расслоения (I72) – 1,4% случаев; атеросклероз брюшной аорты (I71.3, I71.4) – 1,2% случаев; атеросклероз почечной артерии I70.1 – 0,9% случаев; другие болезни периферических сосудов (I73) – 0,8%; прочие заболевания – 5,1%.

Таким образом, в целом структура пациентов, нуждающихся в ДН по поводу ЗПА, полученная вследствие их конкретизированного учета, является схожей со структурой случаев оказания медицинской помощи пациентам указанной группы в амбулаторных условиях в медицинских организациях сферы ОМС (Глава 3).

Полученная схожесть структуры дает дополнительные основания проведения сравнительного анализа полученных данных со сведениями, полученными на предыдущих этапах исследования. Наиболее значимым показателем, подтверждающим результативность проведенного организационного эксперимента следует считать охват пациентов с ЗПА профильным ДН.

В целом по заболеваниям отдельных групп приказом Минздрава РФ [191] целевое значение показателя по охвату пациентов ДН составляет не менее 70%. В соответствии с данными, полученными на предыдущих этапах исследования (Глава 4), по заболеваниям периферических артерий, учитываемым в официальных статистических отчетных формах (эндартериит и тромбангиит облитерирующий), доля пациентов, состоящих под ДН в отдельных регионах составляет от 34,3% до 76,3% (в том числе в Санкт-Петербурге – 56,1%). Опрос пациентов (Глава 6) с различными ЗПА показал еще меньший уровень их охвата ДН: подтвердили, что состоят на учете по поводу этого заболевания только 11,4%.

Вместе с тем, предложенная нами организация взаимодействия МО позволила обеспечить охват ДН 88,4% ( $t = 4,0$ ;  $p < 0,05$ ) пациентов (Рисунок 8.3). Пациенты, не включенные в эту группу, отказывались давать информированное добровольное согласие на проведение ДН (11,6%). При этом из числа всех пациентов, взятых под ДН, 76,6% были определены для прохождения профилактических мероприятий к врачу-терапевту, а остальные 23,4% – к врачу-хирургу в соответствии с предложенной маршрутизацией (Рисунок 8.1).

Предложенные подходы к организации медицинской помощи пациентам с ЗПА позволили также обеспечить адресное оказание пациентам медицинской помощи: обеспечена консультация врачом сердечно-сосудистым хирургом – 96,0% пациентов, поставленных на ДН, тогда как по данным, полученным на предыдущих этапах исследования (Глава 4), такое консультирование проводится в рамках предоставления первичной медико-санитарной помощи только с частотой 305 на 1000 больных (то есть, в 30,5% случаев) [32]. Инструментальные исследования, в том числе УЗИ сердца и сосудов, в рамках профилактического осмотра при ДН с учетом новых подходов были проведены 32,0% пациентов, тогда как частота их проведения в соответствии с данными, полученными на предыдущих этапах исследования (Глава 4) составляла только 149 на 1000 пациентов (то есть, 14,9%).

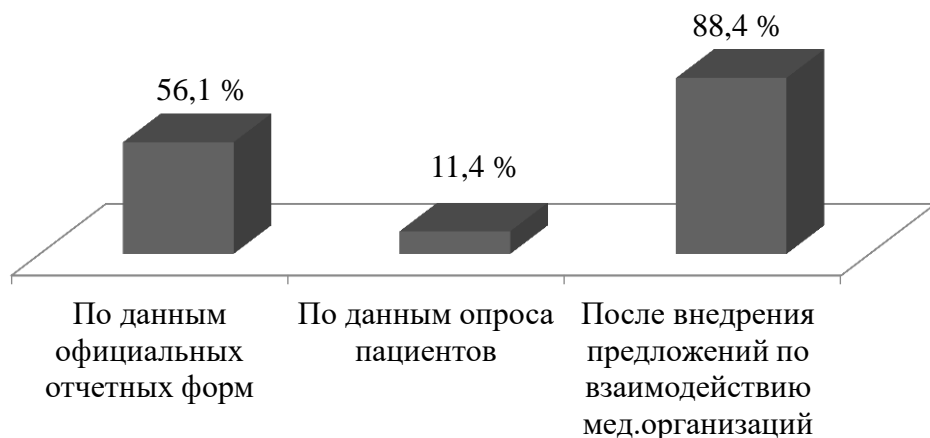


Рисунок 8.3 – Сведения об охвате пациентов с ЗПА ДН в Санкт-Петербурге по данным различных источников, в процентах



Проведенные мероприятия позволили заблаговременно планировать обследование и выполнение пациентам оперативных вмешательств в условиях стационара, что свидетельствует о создании благоприятных условий для соблюдения преемственности медицинской помощи. Из числа пациентов, включенных в группу диспансерного наблюдения, в течение года в плановой госпитализации по поводу ЗПА нуждались 13,6%, при этом все они (100,0%) были направлены в стационар в плановом порядке медицинской организацией, предоставляющей им первичную медико-санитарную помощь, а срок ожидания плановой госпитализации во всех случаях (100,0%) соответствовал нормативным. Вместе с тем, по данным, полученным на предыдущих этапах нашего исследования (Глава 5), при госпитализации в плановом порядке в федеральную клинику 67,4% пациентов-жителей регионов Российской Федерации, и 26,6% пациентов-жителей Санкт-Петербурга обращались за медицинской помощью самостоятельно, а не по направлению лечащего врача поликлиники; в 8,7% случаев сроки ожидания плановой госпитализации превышали нормативные.

Оценка информированности пациентов о факторах риска и развития осложнений заболевания, оценка ими организационной доступности медицинской помощи при предложенных подходах взаимодействия МО, а также их удовлетворенности оказанной медицинской помощью проводилась путем опроса пациентов по специально разработанной для этих целей анкете (Приложение Ц).

Подтвердилось, что предложенные методики индивидуального и публичного информирования, в том числе контент информационно-разъяснительных материалов, изложенный в «Записной книжке диспансерного пациента», создали достаточный благоприятный фон для восприятия пациентами информационной доступности медицинской помощи, оказываемой в соответствии с предложенными в организационном эксперименте подходами, данные о чем получены по результатам опроса пациентов. Наряду с этим пациенты подтвердили повышение организационной доступности медицинской помощи для

пациентов с ЗПА, прежде всего – на этапе ее предоставления в поликлинике (Таблица 8.2).

Таблица 8.2 – Оценка пациентами с ЗПА внедрения новых подходов к организации ДН (анкетирование, по итогам организационного эксперимента)

Вопросы	Доля утвердительных ответов пациентов, %	
	Исходно	Итог
Удовлетворены разъяснениями врача о неблагоприятных факторах, влияющих на заболевание	56,1	80,0
Информация, предоставленная лечащим врачом о заболевании, методах и плане лечения является доступной и ясной	66,6	92,5
Получали приглашение в поликлинику для прохождения профилактического осмотра	42,9	94,4
Были записаны на прием к врачу одновременно с получением приглашения в поликлинику	-	22,2
Регулярно посещают врача	41,1	88,2
Указали, что трудно попасть на прием к врачу	27,7	15,0
Указали, что невозможно получить консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга	16,0	8,4
Указали на длительные сроки ожидания медицинской помощи	25,5	7,2
Удовлетворены оказанием медицинской помощи в поликлинике	67,8	84,6

В части оценок пациентами информационной доступности медицинской помощи при ее получении в поликлинике установлено, что если ранее из числа опрошенных только 56,1% были удовлетворены разъяснениями врача о неблагоприятных факторах, влияющих на развитие заболевания, то после применения разработанных подходов к индивидуальному информированию пациентов, структурированию разъяснительной беседы врача с пациентом, а также изложения разъяснений в «Записной книжке диспансерного пациента», вручаемой каждому пациенту лично, указали на удовлетворенность полученной информацией 80,0% опрошенных пациентов ( $t = 3,6$ ;  $p < 0,05$ ). При этом существенно повысилась оценка доступности и ясности информации,

представленной пациентам лечащим врачом: до внедрения положений организационного эксперимента утвердительные ответы по этому вопросу дали 66,6% опрошенных пациентов, а по результатам его проведения – 92,5% ( $t = 3,9$ ;  $p < 0,05$ ).

Отдельно следует указать высокую удовлетворенность больных, вовлеченных в предложенный порядок оказания медицинской помощи в рамках организационного эксперимента, использованием «Записной книжки диспансерного пациента», позволяющей не только получить важную информацию об особенностях и характере течения заболевания, но и повысить дисциплинарную ответственность пациентов за контроль показателей своего здоровья, а также фиксировать напоминания, сформированные совместно с лечащим врачом о предстоящих обследованиях, процедурах, визитах в МО. По результатам опроса, проведенного по итогам организационного эксперимента, 72,0% пациентов указали, что активно использовали предложенную в «Записной книжке диспансерного пациента» форму контроля показателей состояния здоровья, 84,3% отметили на удобство формирования напоминаний о предстоящих лечебно-диагностических процедурах в едином документе, находящемся у них на руках.

Применение проактивных методик информирования позволило не только донести до пациентов информацию о необходимости посещения МО с целью профилактического осмотра, но и более чем в каждом пятом случае (22,2%) единовременной записать пациента на прием к врачу на конкретные дату и время. Безусловно, это повысило отклик пациентов на предложенные профилактические мероприятия. Если до внедрения подходов организационного эксперимента 41,1% пациентов указывали, что «регулярно посещают врача», то по итогам его проведения таких оказалось 88,2% ( $t = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Своевременная активная запись на прием, повышенное внимание к пациентам, обязательное их консультирование у врача-сердечно-сосудистого хирурга и иные мероприятия, проведенные в рамках организационного

эксперимента, положительно отразились на организационной доступности медицинской помощи. По данным опроса пациентов до внедрения указанных положений почти каждый третий из них (27,7%) отметил, что на прием к врачу попасть трудно, тогда как по итогам их реализации таких пациентов оказалось только 15,0% ( $t = 4,6; p < 0,05$ ).

Полученные на предыдущих этапах исследования данные показали, что пациенты с ЗПА крайне высоко оценивают значимость получения консультации у врача-сердечно-сосудистого хирурга. С частотой 37,5 на 100 опрошенных так ответили больные, проходящие лечение в амбулаторных условиях, и с частотой 50,0 на 100 опрошенных пациенты, проходящие лечение в условиях стационара. При этом 16,0% пациентов указали, что получить консультацию врача этой специальности не просто трудно, а «невозможно» (Глава 6). Организация медицинской помощи, включающая обязательную консультацию врача-сердечно-сосудистого хирурга (либо непосредственно в период стационарного лечения, либо в рамках диспансерного наблюдения), и обязательная реализация рекомендаций этого специалиста врачами иных специальностей показала, что доля пациентов, указавших на невозможность получения соответствующей консультации снизилась почти в 2 раза – только 8,4% пациентов отметили такие трудности ( $t = 4,1; p < 0,05$ ).

Существенные положительные изменения отмечены также по результатам мониторинга основного показателя доступности медицинской помощи. Доля пациентов, отметивших длительные сроки ее ожидания в поликлинике сократилась с 25,5% до 7,2% ( $t = 3,6; p < 0,05$ ).

Доля неудовлетворенных по итогам организационного эксперимента казалась крайне низкой – 4,3%, еще 9,6% опрошенных ответили «скорее не удовлетворен», а 1,5% опрошенных затруднились с ответом [152].

Таким образом, проведенный организационный эксперимент, показал свою результативность по повышению качества и доступности организации медицинской помощи пациентам с ЗПА.

Взаимодействие МО, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, в том числе на основе разработанной модели медико-статистического регистра позволило обеспечить полноценное ДН пациентов, в рамках которого, в том числе, осуществлялось их обязательное периодическое консультирование профильным специалистом – врачом-сердечно-сосудистым хирургом, обеспечена информационная доступность медицинской помощи путем своевременного информирования пациентов о необходимости профилактического посещения МО с единовременной записью на прием к врачу на выделенные дату и время. Это позволило преодолеть негативные факторы неудовлетворительной организации работы МО, в том числе длительные сроки ожидания медицинской помощи. Проведенный комплекс мероприятий позволил в целом повысить удовлетворенность пациентов с ЗПА оказываемой им медицинской помощью.

### **8.3. Подходы к совершенствованию организации специализированной медицинской помощи пациентам с ЗПА**

Изменение подходов к организации учета пациентов с ЗПА, проводимом на уровне государственных учетных статистических форм, а также достижение полноты их охвата ДН потребует пересмотра планирования специализированной медицинской помощи, оказываемой пациентам этой группы, обеспечивающих ее доступность для всех пациентов, включенных в эту группу.

Планирование ресурсов при оказании медицинской помощи является одним из важнейших видов деятельности органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и МО. Это административный инструмент, который обеспечивает рациональную основу для принятия управленческих решений. Полноценное планирование оказания больным специализированной медицинской помощи является первоочередной задачей ввиду высокой ресурсоемкости данного вида помощи, влекущей за собой необходимость рационального их использования соответствующих ресурсов здравоохранения.

Планирование специализированной медицинской помощи может быть проведено на основе расчета потребности населения в койках. Показатель рассчитывается как количество коек на 1000 населения.

Для расчета рекомендуется использовать формулу Г.А. Попова [145]:

$$K = \frac{U_z \times \Gamma \times K_d}{D_r \times 100}$$

Где:

К – необходимое количество среднегодовых коек на 1000 жителей;

U<sub>з</sub> – уровень заболеваемости на 1000 населения;

Г – процент госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи;

K<sub>д</sub> – среднее плановое число дней пребывания больного на койке;

D<sub>г</sub> – среднее плановое число дней работы койки в году.

Данная методика универсальна и может применяться как для определения потребности в больничных койках в целом, так и по отдельным профилям коек, в том числе в РФ в целом и в различных ее субъектах.

До момента широкомасштабного применения предложенных в исследовании подходов по учету информации о заболеваемости ЗПА у населения, отражаемой в формах ведомственной статистической отчетности, необходим поиск иных источников информации о фактическом оказании медицинской помощи пациентам этой группы.

Кроме того, целесообразно учитывать мнение врачей-сердечно-сосудистых хирургов (Глава 7) при определении истинной потребности в госпитализации, так как фактический уровень госпитализации по данным учета предоставленной пациентам медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования ограничен в настоящее время пропускной способностью имеющихся в стационарах коек.

В рамках настоящего исследования расчет потребности в специализированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий произведен на примере города федерального значения Санкт-Петербурга.

Для расчета необходимого количество среднегодовых коек для оказания специализированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий на 1000 жителей по формуле Г.А. Попова приняты следующие значения за 2022 год.

Уровень заболеваемости ЗПА на 1000 населения (Уз) рассчитан на основе данных учета предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Всего за 2022 год в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, было зарегистрировано 63 406 случаев оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий. Учитывая численность населения в Санкт-Петербурге на 01.01.2022 года в количестве 5 377 503 человек, показатель уровня заболеваемости ЗПА на 1000 населения (Уз) составил 11,8 ‰.

Процент госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи (Г) рассчитан как отношение числа нуждающихся в госпитализации к числу случаев оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий, умноженное на 100. Оценка численности больных, нуждающихся в госпитализации, проведена с учетом данных о предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценки, полученной на основе опроса профильных специалистов врачей-сердечно-сосудистых хирургов (Глава 7).

Всего за 2022 год по данным о предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования зарегистрировано 7032 случая госпитализации в круглосуточный стационар по поводу ЗПА.

Вместе с тем, исследование, проведенное методом социологического опроса в фокус-группе больных с заболеванием периферических артерий (Глава 6) показало значительную долю случаев превышения установленных сроков ожидания специализированной медицинской помощи при данных заболеваниях. В соответствии с требованиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-

Петербурге на 2022 год, срок ожидания плановой госпитализации должен составлять не более 14 календарных дней. По результатам исследования установлено, что ряд больных вынуждены ожидать лечения в стационаре более продолжительное время, что свидетельствует об ограничениях доступности этой медицинской помощи и большей потребности в госпитализации больных в сравнении с фактическим уровнем госпитализации, зафиксированном в 2022 году.

Установлено, что 37,7% больных, которым была назначена плановая госпитализация, ожидали ее дольше, чем установлено: 26,1% больных ожидали специализированной медицинской помощи 30 дней с момента получения направления, а 4,3% больных ожидали госпитализации в течение более чем 30 дней. При этом обоснованность потребности в госпитализации не ставилась под сомнение, поскольку была подтверждена наличием направления на госпитализацию, выданного в установленном порядке.

Таким образом, фактическое количество пролеченных больных – 7032 человек, нельзя считать равным фактической потребности в госпитализации. С учетом установленной доли случаев с превышением сроков ожидания специализированной медицинской помощи, потребность в госпитализации составляет 9683 пациента в год. Процент нуждающихся в госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи (Г) составляет, таким образом, 13,1%.

Среднее плановое число дней пребывания больного на койке (Кд) получено путем расчета средней длительности пребывания на койке круглосуточного стационара больных с ЗПА по данным учета предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, с учетом поправочного коэффициента. Среднее число дней пребывания больного на койке составило в Санкт-Петербурге в 2022 году 11,8 дней. С учетом мнения врачей-сердечно-сосудистых хирургов (Глава 7), основанного на оценке влияния организационных механизмов оказания медицинской помощи, для расчета среднего планового числа дней пребывания больного на койке применен



коэффициент 0,73, расчетное среднее плановое число дней пребывания больного на койке (Кд) составит 8,6 дней.

Среднее плановое число дней работы койки в году (Дг) составляет 340 дней.

Таким образом, подставив все полученные значения в формулу, получим:

$$K = \frac{11,8 \times 13,1 \times 8,6}{340 \times 100} = 0,039$$

Необходимое количество среднегодовых коек круглосуточного стационара для лечения больных с ЗПА составило на 1000 жителей 0,039, что следует считать нормативом обеспечения населения койками соответствующего профиля для лечения пациентов этой группы (без учета использования коек указанного профиля для оказания медицинской помощи пациентам с иными заболеваниями).

В расчете на население Санкт-Петербурга потребность в койках круглосуточного стационара для лечения больных с ЗПА составляет 210 коек.

Согласно формы ведомственного статистического наблюдения № 30 «Сведения о МО», в медицинских организациях Санкт-Петербурга на конец 2022 года была развернута 341 койка круглосуточного стационара по профилю «сосудистая хирургия». Однако, на койках данного профиля кроме больных вышеуказанными ЗПА проходят лечение больные иными заболеваниями сосудистой системы. Необходимо уточнение потребности в койках круглосуточного стационара для лечения больных с иными заболеваниями сосудистой системы.

Расчетное количество коек круглосуточного стационара для лечения больных с ЗПА (210 коек) составляет 61,5% от числа развернутых коек соответствующего профиля. Таким образом, можно говорить об имеющемся дисбалансе потребности жителей Санкт-Петербурга в специализированной медицинской помощи при заболеваниях сосудистой системы.

Видится, что учет предложенных подходов к планированию специализированной медицинской помощи позволит в полном объеме обеспечить

ее доступность для пациентов с ЗПА, то есть ее предоставление в установленные сроки на профильных отделениях в соответствии с имеющимися потребностями населения.

#### **8.4. Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА и оценке его эффективности**

Выявленные в ходе исследования проблемы в организации оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА, как было показано, в настоящее время большей частью обусловлены отсутствием урегулированных на нормативном правовом уровне подходов, поскольку Порядок оказания медицинской помощи больным с БСК, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 918н [191], Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 922н [192], а также Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н [193], соответствующих норм не содержат (Глава 4).

Вместе с тем, полученные нами данные и результаты разработанных и внедренных подходов к повышению доступности и качества медицинской помощи пациентам с ЗПА, оптимальных схем их маршрутизации, механизмы создания условий их охвата ДН, доступности специализированной медицинской помощи и ее преемственности с иными этапами оказания медицинских услуг, информационной доступности медицинской помощи на всех этапах ее предоставления, позволяют сформировать рекомендации по «Порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий» (Приложение У). Структура разработанного порядка соответствует нормативным документам соответствующего уровня, применяемым в настоящее время в Российской Федерации в сфере здравоохранения, а содержательная часть

по существу – на основе доказательной базы, представленной на предыдущих этапах исследования (Таблица 8.3).

Видится, что распространение предложенного «Порядка оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА» на организацию медицинской помощи пациентам этой группы в МО позволит обеспечить должный уровень качества и доступности оказываемой им медицинской помощи.

Таблица 8.3 – Основные положения «Порядка оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий»

№	Положение	Пояснения
1.	Распространяется на оказание медицинской помощи при ЗПА	Применяется в отношении взрослого населения
2.	Определяет оказание всех видов медицинской помощи	Первичная медико-санитарная Скорая Специализированная, в том числе высокотехнологичная
3.	В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи при установлении диагноза ЗПА обязательна первичная консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга	Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга предоставляется в МО, оказывающей ПМСП или в МО, оказывающей специализированную (первичную специализированную) медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Маршрутизацию для консультирования пациентов у врача-сердечно-сосудистого хирурга устанавливает ОИВ в сфере здравоохранения субъекта РФ Срок ожидания консультации – не более 14 календарных дней
4.	Установление диспансерного наблюдения за пациентом с заболеванием периферических артерий является обязательным	Срок установления диспансерного наблюдения – 3 рабочих дня после установления диагноза
5.	Профиль специалиста, осуществляющего ДН, устанавливается в зависимости от конкретного диагноза заболевания	Диспансерное наблюдения может осуществляться: - врачом-сердечно-сосудистым хирургом (при наличии в МО)

№	Положение	Пояснения
	(в том числе сопутствующего заболевания)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- врачом-хирургом</li> <li>- врачом-терапевтом-участковым (врачом общей практики, семейным врачом)</li> </ul>
6.	Профилактический осмотр в рамках диспансерного наблюдения проводится не реже 1 раз в год врачами-специалистами	<p>Частота профилактического осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- врач, осуществляющий ДН – 1 раз в год;</li> <li>- врач-кардиолог – 1 раз в год;</li> <li>- врач-сердечно-сосудистый хирург – 1 раз в год (при осуществлении ДН врачом иной специальности)</li> </ul>
7.	При ДН учет рекомендаций врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-кардиолога является обязательным	Применяется во всех случаях, в том числе при ДН иными специалистами
8.	В рамках ДН обязательно выполнение клиничко-диагностического минимума	<p>Клиничко-диагностический минимум (ежегодный):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проба с физической нагрузкой;</li> <li>- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, аорты, артерий нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса;</li> <li>- липидограмма;</li> <li>- эхокардиография;</li> <li>- клинический и биохимический анализ крови;</li> <li>- электрокардиограмма;</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки;</li> <li>- компьютерная томографическая ангиография (по показаниям)</li> </ul>
9.	В рамках ДН обязательным является самоконтроль показателей здоровья пациентом, отражающийся в «Записной книжке пациента»	<p>Показатели для самоконтроля:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дистанция безболевого ходьбы;</li> <li>- состояние кожного покрова стоп;</li> <li>- уровень глюкозы крови (по показаниям);</li> <li>- артериальное давление;</li> <li>- индекс массы тела;</li> <li>- иные показатели</li> </ul>
10.	В рамках ДН проводится проактивное информирование пациента о дате и времени очередного профилактического осмотра	<p>Сроки информирования – не позднее 10-ти рабочих дней от запланированной даты осмотра</p> <p>При информировании осуществляется единовременная запись в МО на конкретную дату и время</p>
11.	Учет сведений о ДН пациентов проводится медицинской организацией в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской	Дополнительно учет сведений о ДН пациентов может проводиться в информационных системах МО, используемых для формирования соответствующего медико-статистического

№	Положение	Пояснения
	Федерации	регистра
12.	Медицинской организацией, органами исполнительной власти в сфере здравоохранения проводится оценка эффективности ДН	Показатели эффективности ДН: - охват ДН лиц с ЗПА – не менее 70 %; - охват ежегодным консультированием лиц с ЗПА врачом-сердечно-сосудистым хирургом – не менее 80 %; - охват ежегодным консультированием лиц с ЗПА с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском врачом-кардиологом – не менее 80 %; - сокращение случаев экстренной госпитализации пациентов с ЗПА, состоящих под ДН, по профилю их заболевания в связи с его обострением или осложнением не менее, чем на 20 %
13.	Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии с установленными требованиями Министерства здравоохранения РФ	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179
14.	Специализированная медицинская помощь оказывается в соответствии с требованиями, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 № 796н Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05.10.2005 № 617 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.10.2019 № 824н
15.	Специализированная помощь оказывается пациентам врачами-специалистами в профильных отделениях МО	При угрожающих жизни состояниях медицинская помощь (экстренная) оказывается в медицинских организациях, предоставляющих ее круглосуточно по профилям «анестезиология и реанимация», «сердечно-сосудистая хирургия». Плановая медицинская помощь оказывается по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» Лечащим врачом пациента является врач-сердечно-сосудистый хирург Для оказания медицинской помощи могут привлекаться врачи-специалисты: врач-хирург, врач-кардиолог, врач-невролог, врач функциональной диагностики, врач по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, врачи иных специальностей.
16.	Медицинские организации, предоставляющие помощь пациентам с ЗПА, организуют	Правила и положения, предложенные в Порядке: - Правила организации деятельности

№	Положение	Пояснения
	свою деятельность в соответствии с предложенными правилами и положениями	кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга; - Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга; - Рекомендуемый стандарт оснащения кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга; - Правила организации деятельности отделения сосудистой хирургии; - Рекомендуемые штатные нормативы отделения сосудистой хирургии; - Рекомендуемый стандарт оснащения отделения сосудистой хирургии на 30 коек и операционного блока.

Вместе с тем, с учетом значимости упорядочения организации предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА на основе обеспечения полноценного учета всех пациентов с указанным диагнозом путем их динамического наблюдения, как до момента применения в деятельности МО «Порядка оказания взрослому населению медицинской помощи при ЗПА», так и после этого целесообразно расширить перечень показателей федерального проекта «Борьба с БСК» за счет показателей охвата больных ЗПА ДН, и показателей уровня удовлетворенности больных оказанной медицинской помощью:

1. «Доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН на конец отчетного периода, процент».

Показатель рассчитывается как соотношение количества граждан, состоящих под ДН по поводу ЗПА, к общему количеству граждан у которых зарегистрировано ЗПА, на соответствующий период по следующей формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{сдн}} = \frac{С}{З} \times 100$$

где:

$ЗПА_{сдн}$  - доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН на конец отчетного периода, процент;

$С$  - количество граждан, состоящих под ДН по поводу ЗПА на конец отчетного периода;

$З$  - количество граждан с зарегистрированными ЗПА на конец отчетного периода.

Целевое значение показателя – не менее 70%.

2. «Доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент».

Показатель рассчитывается как соотношение количества граждан, состоящих под ДН по поводу ЗПА и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, к общему числу граждан, состоящих под ДН по поводу ЗПА, на соответствующий период по следующей формуле:

$$ЗПА_{пдн} = \frac{П}{С} \times 100$$

где:

$ЗПА_{пдн}$  - доля граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент;

$П$  - количество граждан с ЗПА, состоящих под ДН и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде;

$С$  - количество граждан, состоящих под ДН по поводу ЗПА на конец отчетного периода.

Целевое значение показателя – не менее 90%.

3. «Доля граждан с ЗПА, посетивших МО, предоставляющую ПМСП в текущем году, удовлетворенных оказанной медицинской помощью, процент».

Показатель рассчитывается как соотношение граждан, удовлетворенных оказанной медицинской помощью, к общему числу опрошенных граждан, посетивших МО, предоставляющую ПМСП в соответствующий период по следующей формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{удв}} = \frac{У}{О} \times 100$$

где:

$\text{ЗПА}_{\text{удв}}$  - доля граждан с БПА удовлетворенных оказанной медицинской помощью в отчетном периоде, процент;

У - количество граждан с БПА, удовлетворенных медицинской помощью в отчетном периоде;

О - количество граждан с БПА, опрошенных по вопросам удовлетворенности медицинской помощью на конец отчетного периода.

Целевое значение показателя – не менее 75%.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить недостатки организации, в том числе учета и планирования медицинской помощи пациентам с ЗПА на всех этапах оказания им медицинской помощи, что позволило обосновать, разработать и внедрить комплекс мер по совершенствованию организации им медицинской помощи (Рисунок 8.4)

Согласно проведенному анализу, основными направлениями совершенствования организации медицинской помощи пациентам с ЗПА должны стать совершенствование учета заболеваний этой группы, в том числе с возможностью применения для этих целей медико-статистических регистров как механизма преемственности медицинской помощи, что позволит в полном объеме обеспечить охват пациентов динамическим ДН и провести корректное планирование необходимой им специализированной медицинской помощи [27].

Реализация указанных мер должна быть основана на совершенствовании нормативного правового регулирования предоставления пациентам медицинской помощи путем внедрения в деятельность МО отдельного порядка ее оказания по этому профилю. При этом должна быть учтена необходимость обеспечения в полном объеме доступности и качества медицинской помощи на всех этапах.



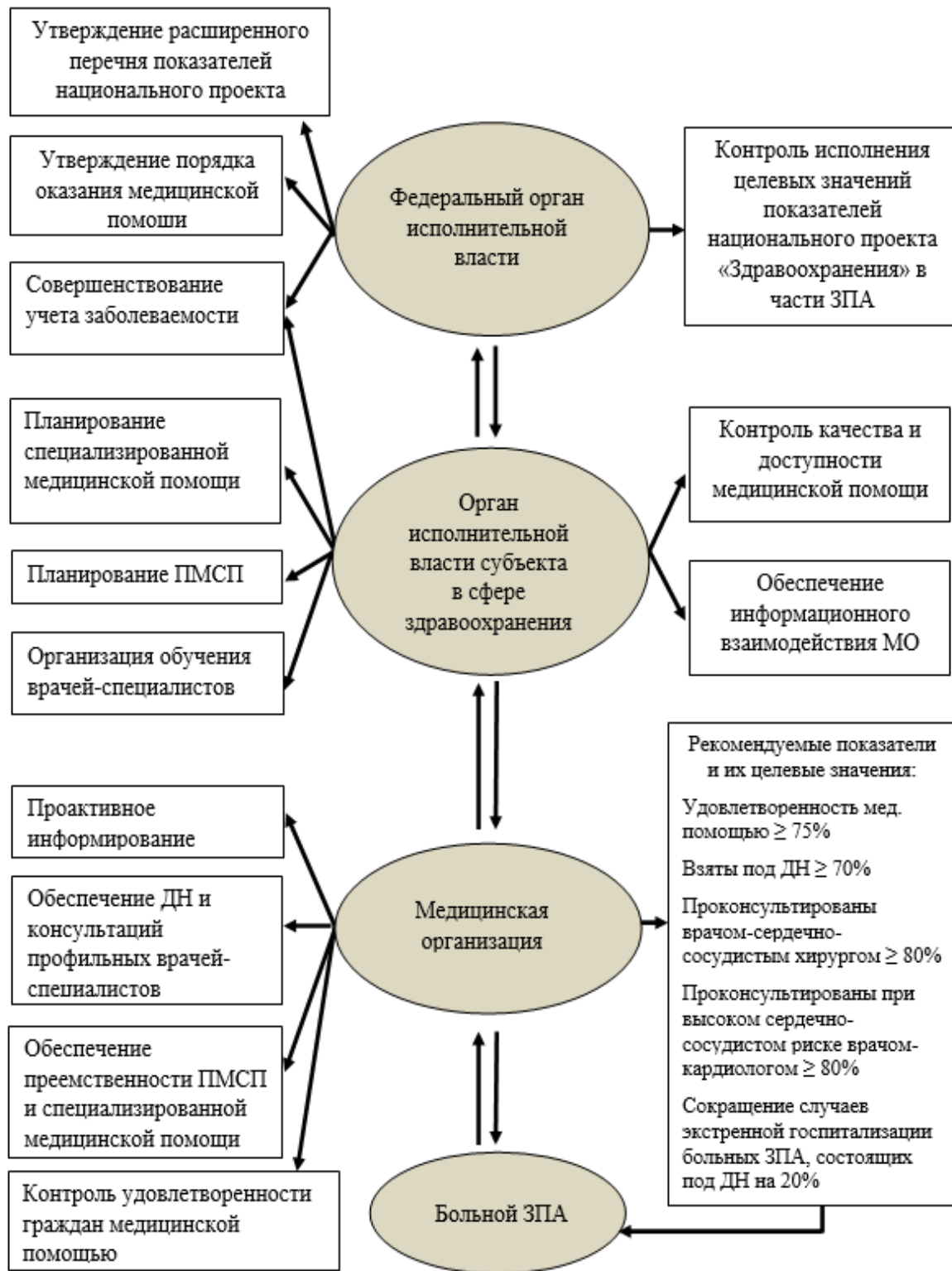


Рисунок 8.4 – Комплекс мер по оптимизации оказания медицинской помощи при ЗПА

На этапе первичной медико-санитарной помощи это может быть обеспечено путем введения этих пациентов в группу больных, подлежащих диспансерному наблюдению, которое в условиях дефицита профильных специалистов может быть обеспечено врачами различных специальностей (при реализации их дополнительного обучения по проблематике оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА) при обязательном участии врача-сердечно-сосудистого хирурга. Важными элементами обеспечения доступности и качества медицинской помощи на этом этапе является проактивное информирование пациентов о профилактических приемах врача с единовременной заблаговременной записью на прием, а также выполнения ими самоконтроля показателей здоровья на фоне повышения их информированности о факторах развития заболевания и его осложнений.

На этапе специализированной медицинской помощи важнейшим элементом обеспечения ее качества и доступности следует считать ее своевременное предоставление на профильных отделениях стационаров, для чего должно быть развернуто достаточная численность профильных коек, позволяющих беспрепятственно получать плановую специализированную медицинскую помощь пациентам при наличии сформированных лечащим врачом показаний.

Реализация разработанных мероприятий позволит внести существенный вклад в снижение смертности населения от наиболее значимой причины – БСК, что позволит внести значимый вклад в достижение национальной цели РФ «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» по повышению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, установленных Указом Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития РФ на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» [195].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволили на основе проведенного анализа сформировать научно-обоснованную систему организационных мер по оптимизации медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий, создания условий ее преемственности на всех этапах, основанных на современных организационных решениях и совершенствовании нормативно-правового регулирования предоставления медицинской помощи.

Одним из направлений анализа проблем организации медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий стала оценка масштабов соответствующей заболеваемости населения. Выявлено, что она не может быть корректно оценена ввиду ограниченной регистрации в официальных статистических формах заболеваний этой группы (регистрации подлежат только отдельные заболевания этой группы). Следствие этого обстоятельства – осуществление фиксации заболеваемости в регионах Российской Федерации крайне неравномерно (от 8,1% до 40,8%).

Выявленные дефекты учета болезней периферических артерий на фоне их явной высокой медико-социальной значимости ввиду ассоциации с иными болезнями системы кровообращения, требуют совершенствования ведомственного статистического учета случаев оказания медицинской помощи в связи с указанными заболеваниями. Это послужило бесспорным обоснованием необходимости разработки научных подходов в этом направлении, что было реализовано путем установления истинной структуры заболеваний этой группы на основе фактической обращаемости пациентов за медицинской помощью.

Особую значимость совершенствование учета заболеваний периферических артерий приобретает для планирования финансовых затрат системы здравоохранения на предоставление медицинской помощи.

Конкретизированный порядок, устанавливающий наблюдение этих пациентов на уровне нормативно-правовых актов, не установлен. В настоящее

время этот процесс требует урегулирования, поскольку действующие нормативные документы, а именно Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н, не содержит полномочий по курации пациентов с заболеваниями периферических артерий врачами-терапевтами и врачами-кардиологами. Кроме того, пациенты с заболеваниями периферических артерий не включены в группу заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению этими специалистами. Наряду с этим, такие полномочия отсутствуют и у врача-хирурга, что стало очевидным по результатам анализа Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н. Также пациенты с заболеваниями периферических артерий не включены в группу подлежащих диспансерному наблюдению и в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н. Указанные обстоятельства, а также фактические сведения об оказанной пациентам с заболеваниями периферически артерий медицинской помощи и оценка их осведомленности о соблюдении рекомендаций лечащего врача, а также о приверженности к прохождению профилактических мероприятий, послужили основанием для разработки научно-обоснованных подходов к нормативно-правовому урегулированию порядка оказания медицинской помощи пациентам этой группы. Сформированы оценочные показатели исполнения МО реализованного подхода, которые целесообразно использовать в практическом здравоохранении в качестве критерия эффективности деятельности МО по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий. Кроме того, это позволило сформировать предложения по дополнительным показателям оценки деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических

артерий для включения в мониторинг, проводимый в соответствии с национальным проектом «Здравоохранение».

Широкомасштабный анализ оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе проведен на уровне ряда регионов Российской Федерации, в динамике за последние несколько лет. Удалось выявить, что значения основного показателя, характеризующего эффективность оказания медицинской помощи на этом этапе, а именно показателя по охвату пациентов диспансерным наблюдением, крайне неравномерно. По учитываемым в формах ведомственного статистического наблюдения нозологиям, относящимся к интересующей нас группе, доля охвата пациентов диспансерным наблюдением составляет от 34,4% (Карачаево-Черкесская республика) до 76,3% (Кировская область), в Санкт-Петербурге значение показателя составило 39,1%. Еще более низкий уровень показателя установлен среди впервые выявленных заболеваний периферических артерий. После установления диагноза впервые в регионах Российской Федерации берутся под диспансерное наблюдение от 12,2% до 68,3% пациентов.

Среди проблем первичной специализированной медико-санитарной помощи, выявленных в рамках исследования, одной из основных следует считать отсутствие ведущего специалиста, ответственного за ведение пациентов изучаемого профиля. В условиях отсутствия установленного порядка оказания медицинской помощи пациентам этой группы это приобретает ключевое значение. Установлено, что наиболее активно в медицинских организациях по месту прикрепления пациенты с заболеваниями периферических артерий обращаются к врачу-хирургу и врачу-терапевту. Вместе с тем, врачами-специалистами, наиболее соответствующими профилю заболевания изучаемой группы больных согласно Национальным рекомендациям [128, 129] являются врач-кардиолог и врач-сердечно-сосудистый хирург. Однако, фактическая ограниченная обеспеченность медицинских организаций первичного звена указанными врачами-специалистами, а также их недостаточные компетенции по

оказанию медицинской помощи пациентам интересующей нас группы, вынуждает пациентов обращаться в иные медицинские организации для получения профильной медицинской помощи – в консультативно-диагностические отделения стационаров, в консультативно-диагностические центры.

С учетом указанных обстоятельств, а также выявленных неудовлетворительных показателей охвата пациентов диспансерным наблюдением и полученных на последующих этапах исследования низких показателях их удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи, принимая во внимание профессиональную точку зрения врачей-сердечно-сосудистых хирургов, полученную путем анкетирования, были сформированы конкретизированные предложения по совершенствованию организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий. Доказанным в результате исследования следует считать, что медицинская помощь на этом этапе должна обеспечиваться на мультидисциплинарной основе с участием врачей-специалистов по профилям: «сердечно-сосудистая хирургия», «хирургия», «терапия», «кардиология». При этом для предоставления медицинской помощи в полном объеме могут быть задействованы кадровые и материально-технические ресурсы консультативно-диагностических центров и амбулаторно-поликлинических отделений стационаров. Указанные предложения были включены в разработанный по результатам проведенного исследования Порядок оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий (нормативно-правовой акт), а также апробированы в рамках реализованного в исследовании организационного эксперимента, что подтвердило их эффективность (Глава 8 настоящего исследования) [57].

Установлены ограничения преемственности медицинской помощи для пациентов данной группы, которые возникают ввиду следующих причин:

- недостаточная интенсивность динамического наблюдения за пациентами с заболеваниями периферических артерий на этапе первичной медико-санитарной

помощи, не позволяющая своевременно маршрутизировать пациентов на последующий этап для оказания специализированной медицинской помощи;

- отсутствие единых медико-клинических подходов при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий на этапах первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи;

- отсутствие в большинстве случаев адресной маршрутизации пациентов с заболеваниями периферических артерий после оказания специализированной медицинской помощи для ее последующего получения в медицинские организации первичного звена, в том числе для активного динамического наблюдения.

Полученные данные также позволили установить, что оказание специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в последние годы привело к их интенсификации. Объемы медицинской помощи, предоставляемой в стационарах снизились. Как следствие, это повлекло за собой сокращение расходов системы здравоохранения на ее оказание. Вместе с тем, отмечено существенное сокращение средних сроков продолжительности госпитализации пациентов соответствующего профиля и повышение оперативной активности. Таким образом, пациентов, в том числе прооперированных в условиях стационара, выписывают в более ранние, чем в предыдущие годы, сроки. Интенсификация оказания специализированной медицинской помощи не сопровождалась обеспечением соблюдения принципов преемственности: диспансерное наблюдение после госпитализации рекомендовано только 26,7% пациентов, в том числе пациентам, которым при госпитализации было проведено оперативное вмешательство по поводу ампутации конечностей – в 30,4% случаях.

С другой стороны, низкий охват диспансерным наблюдением пациентов на догоспитальном этапе не позволяет своевременно запланировать предоставление им специализированной медицинской помощи. Пациенты попадают в стационар

не по направлению лечащего врача, а вынуждены самостоятельно обращаться для госпитализации в случаях ухудшения показателей состояния здоровья. Исследование показало, что это происходит более, чем в половине случаев (53,8%).

Ввиду отсутствия активного динамического наблюдения пациентов на этапе первичной медико-санитарной помощи, недостаточного их предварительного обследования перед госпитализацией, пациенты с заболеваниями периферических артерий обследуются уже в период лечения в стационаре, что является нерациональным использованием этой ресурсоемкой медицинской помощи.

Полученные в результате исследования данные о пациентах, получающих специализированную медицинскую помощь, положены в основу научно-обоснованной разработки по организации взаимодействия медицинских организаций различных уровней, в том числе с использованием специально разработанного для этих целей медико-статистического регистра.

Пациенты с ЗПА крайне высоко оценили качество медицинской помощи, предоставляемой им в стационарах, однако указали на серьезные недостатки в организации ее предоставления на уровне первичного звена здравоохранения. Пациенты отмечали, что им трудно попасть на прием к профильному врачу по их заболеванию – сердечно-сосудистому хирургу, их беспокоят длительные сроки ожидания медицинской помощи. Многие пациенты указали, что ограничения доступности медицинской помощи, с которой они сталкиваются по месту ее получения в первичном звене здравоохранения, вынуждает их получать требуемые им консультации врачей-специалистов, а также выполнять диагностические исследования за счет собственных средств.

Результаты опроса подтвердили, что крайне незначительная часть пациентов с заболеваниями периферических артерий состоит на диспансерном наблюдении. По иным регионам Российской Федерации число состоящих под диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями периферических артерий



оказалось 9,4%, в том числе у врача-хирурга – 5,7%, у врача-кардиолога – 2,2%, у врачей прочих специальностей – 9,4% пациентов.

Данные о неудовлетворительной доступности медицинской помощи, а также о подтвержденных фактах низкого охвата пациентов с заболеваниями периферических артерий диспансерным наблюдением, полученные по результатам опроса пациентов, были использованы как дополнительное обоснование для разработки и внедрения предложений по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам интересующей нас группы.

Важным обстоятельством, выявленным по результатам опроса пациентов с ЗПА, является их низкая осведомленность о возможном развитии заболевания, методах его диагностики и лечения, а также о профилактических мерах, направленных на предупреждение развития осложнений. Установлено, что пациентов не удовлетворяют разъяснения, которые по этим вопросам они получают от лечащего врача – информация остается для них не ясной, несмотря на то, что лечащий врач является для них основным источником информации.

На фоне неудовлетворительной информированности пациентов с заболеваниями периферических артерий результаты опроса выявили их крайне низкую приверженность к прохождению профилактических мероприятий, в том числе профилактического осмотра в рамках диспансерного наблюдения.

Полученные данные позволили определить дополнительное направление научного поиска – это разработка организационных мер, направленных на повышение информационной доступности медицинской помощи для пациентов с заболеваниями периферических артерий, что было реализовано путем разработки и внедрению подходов к их медико-информационному сопровождению (Глава 8).

Результаты опроса врачей-сердечно-сосудистых хирургов позволили выявить недостатки в организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, приводящие к нарушению преемственности оказания им медицинской помощи, несвоевременной госпитализации. Одной из причин дефектов ведения пациентов в условиях

предоставления первичной медико-санитарной помощи врачи, принявшие участие в опросе, считают ограниченные компетенции врачей-специалистов (терапевтов, кардиологов, хирургов), обеспечивающих наблюдение пациентов, что, однако, по их мнению, может быть преодолено путем повышения квалификации по специалистам иных профилей, осуществляющих взаимодействие с пациентами. Принимая во внимание это обстоятельство, в рамках исследования был разработан, а также апробирован учебно-методический комплекс по вопросам диагностики и лечения ЗПА.

В основу организационных технологий по созданию условий для обеспечения преемственности медицинской помощи должна быть положена организация взаимодействия медицинских организаций на основе медико-статистического регистра, сформированного по пациентам с ЗПА.

С учетом комплексной оценки оказания пациентам с ЗПА медицинской помощи на всех этапах, а также принимая во внимание мнения пациентов, страдающих этими заболеваниями, и врачей-сердечно-сосудистых хирургов, занятых в оказании им медицинской помощи, по результатам исследования разработана и внедрена система мер по совершенствованию ее предоставления, эффективность реализации которой доказана.

Пациентоориентированными мерами предоставления медицинской помощи при ЗПА следует считать: обеспечение их учета в полном объеме, введение порядка оказания медицинской помощи, обеспечение диспансерного наблюдения пациентов и повышение их информированности, повышение квалификации врачей по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий, нормирование профильной специализированной медицинской помощи, обеспечение информационного обмена между медицинскими организациями на основе медико-статистического регистра.

Основные результаты работы представлены в автореферате, а их теоретическая и практическая значимость в научно-обоснованных разработках, сведения о которых имеются в приложениях к диссертационному исследованию.

## ВЫВОДЫ

1. Имеющаяся в РФ система учета ЗПА не позволяет корректно оценить их распространенность. Это подтверждается несоответствием высокого уровня, с тенденцией к росту, заболеваемости БСК (в период 2010-2019 годов ежегодный рост, в целом на 17,1%, в последующие годы под влиянием пандемии COVID-19 – незначительное снижение и последующий возобновившийся рост), в структуре которых преобладают болезни, ассоциированные с ЗПА (повышенное кровяное давление – 38,7%, ЦВБ – 25,5%, ИБС – 22,5%), и стабильным регистрируемым уровнем заболеваемости по учитываемым ЗПА.

2. При совершенствовании нормативно-правового регулирования предоставления медицинской помощи в РФ целесообразно введение отдельного порядка ее оказания при ЗПА и показателей медицинских организаций по его исполнению:

- охват ДН лиц с ЗПА – не менее 70%;
- охват ежегодным консультированием лиц с ЗПА врачом-сердечно-сосудистым хирургом – не менее 80%;
- охват ежегодным консультированием лиц с ЗПА с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском врачом-кардиологом – не менее 80%;
- сокращение случаев экстренной госпитализации пациентов с ЗПА, состоящих под ДН не менее, чем на 20%.

3. Доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи при ЗПА ограничена, что подтверждается низким охватом пациентов ДН (от 34,3% до 76,3% в регионах РФ, в том числе по впервые выявленным – от 12,2% до 68,3%), а также вынужденным их обращением в МО более высокого уровня – для консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга – 30,2% случаев, врача-хирурга – 27,6%, УЗИ сердца и сосудов – 20,5%.

4. Развитие современных технологий специализированной медицинской помощи при ЗПА позволили обеспечить ее интенсификацию, что в течение

последнего пятилетнего периода на фоне снижения объемов ее оказания на 33,5% и уровня финансирования на 25,6% сопровождалось сокращением средней длительности госпитализации с 11,8 до 9,9 дней ( $t = 3,6$ ,  $p < 0,05$ ) и повышением оперативной активности с 82,3 до 97,2 на 100 больных ( $t = 3,6$ ,  $p < 0,05$ ) при неизменной структуре причин госпитализации.

5. Преимущество оказания медицинской помощи при ЗПА не обеспечивается, что подтверждается вынужденным самостоятельным обращением пациентов для госпитализации (67,4% иногородних пациентов и 26,6% жителей Санкт-Петербурга), продолжительным обследованием в стационаре перед операцией (в 27,9% свыше 3-х дней), расхождением диагноза направления и клинический диагноза в стационаре в 22,2% случаях.

6. Пациенты с ЗПА недовольны доступностью первичной специализированной медико-санитарной помощи: указали, что трудно попасть на прием к врачу – 27,7%, в том числе к врачу-сердечно-сосудистому хирургу – 25,5%, длительные сроки ожидания исследований – 16,0%, вынуждены оплачивать исследования перед госпитализацией 6,7% жителей Санкт-Петербурга и 12,8% жителей иных регионов – 12,8%; не осведомлены о факторах развития ЗПА 61,8%, не удовлетворены разъяснениями лечащего врача по этому вопросу 56,1% пациентов.

7. По мнению врачей-сердечно-сосудистых хирургов оптимизация медицинской помощи при ЗПА должна предусматривать внедрение на федеральном уровне порядка оказания медицинской помощи – 87,5% опрошенных, обеспечение взаимодействия МО на основе медико-статистического регистра – 82,3% опрошенных, организацию ДН – 58,8% опрошенных, повышение квалификации врачей-специалистов по вопросам диагностики и лечения ЗПА – 56,9% опрошенных, разъяснительную работу с пациентами – 47,1% опрошенных, упорядочение нагрузки врачей в стационаре – 28,6% опрошенных.

8. Реализация разработанных в рамках организационного эксперимента научно-обоснованных пациентоориентированных организационных мер оптимизации медицинской помощи при ЗПА позволяет обеспечить:

- повышение охвата пациентов ДН с 56,1% до 88,4% ( $t = 4,0$ ,  $p < 0,05$ );
- охват пациентов консультацией врача-сердечно-сосудистого хирурга в 96,0%;
- адресное направление пациентов в стационар по показаниям;
- повышение удовлетворенности пациентов разъяснениями врача с 56,1% до 80,0% ( $t = 3,6$ ,  $p < 0,05$ ), медицинской помощью с 67,8% до 84,6% ( $t = 4,7$ ,  $p < 0,05$ )
- повышение компетенций врачей-специалистов о методах диагностики ЗПА с 39,7% до 78,6% ( $t = 3,0$ ,  $p < 0,05$ ), методах лечения с 34,7% до 89,8% ( $t = 3,9$ ,  $p < 0,05$ ).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Федеральным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения – МЗ РФ:**

1. В целях совершенствования планирования медицинской помощи при ЗПА обеспечить полный учет случаев их выявления и оказания медицинской помощи путем введения соответствующих изменений в формы федерального статистического наблюдения № 12 и № 14.

2. В целях оптимизации предоставления медицинской помощи при ЗПА обеспечить совершенствование нормативно-правового регулирования предоставления медицинской помощи при указанных заболеваниях, предусмотрев:

- отдельный порядок оказания медицинской помощи при ЗПА на всех этапах ее предоставления;
- обязательное ДН пациентов с ЗПА на этапе первичной специализированной медико-санитарной помощи на основе мультидисциплинарного подхода;

- порядок маршрутизации пациентов с ЗПА на всех этапах оказания медицинской помощи;

- нормирование предоставления специализированной медицинской помощи в соответствии с предложенными расчетами;

- критерии выполнения МО дополнительных показателей достижения качества и доступности медицинской помощи при ЗПА.

3. При дальнейшем развитии национального проекта «Здравоохранение» обеспечить мониторинг дополнительных показателей деятельности МО по охвату граждан с ЗПА ДН и их удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

4. При совершенствовании учебных программ последипломной подготовки врачей-специалистов, занятых в оказании населению ПМСП, предусмотреть их обучение по вопросам диагностики и лечения ЗПА.

**Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ:**

1. Обеспечить контроль корректного учета МО ЗПА в формах федерального статистического наблюдения.

2. Организовать маршрутизацию пациентов с ЗПА для своевременного получения ими первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология» с учетом имеющейся региональной структуры организации медицинской помощи.

3. В целях обеспечения преемственности оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА обеспечить взаимодействие МО субъекта по оказанию им медицинской помощи на основе подходов к разработанному медико-статистическому регистру.

4. При организации деятельности Комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в субъекте Российской Федерации предусмотреть:

- планирование выполнения МО объемов медицинской помощи при ЗПА и ее финансовое ресурсное обеспечение с учетом сложившейся потребности пациентов, в том числе постоянно проживающих за пределами субъекта РФ;

- при разработке порядков применения тарифов в сфере ОМС учитывать целесообразность мультидисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам с ЗПА на этапе первичной специализированной медико-санитарной помощи.

### **Территориальным фондам ОМС:**

1. При планировании финансирования медицинской помощи пациентам с ЗПА учитывать уточненный уровень их распространенности, фактические объемы оказания медицинской помощи при ЗПА.

2. При использовании средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования предусмотреть финансирование дополнительного обучения врачей-специалистов, занятых в оказании населению первичной медико-санитарной помощи, по вопросам диагностики и лечения ЗПА.

3. Организовать социологический мониторинг удовлетворенности пациентов с ЗПА медицинской помощью в МО различного уровня, результаты размещать в открытом доступе.

### **Медицинским организациям:**

#### **1. Для МО, предоставляющих ПМСП:**

- организовать ДН пациентов с ЗПА с учетом мультидисциплинарного подхода к организации им медицинской помощи;

- обеспечить проактивное информирование пациентов с ЗПА с целью их привлечения к своевременному прохождению профилактических мероприятий, повышения их осведомленности о негативных факторах развития их заболевания, в том числе с использованием «Записной книжки диспансерного пациента»;

- принимать участие в информационном обмене с МО, предоставляющими специализированную медицинскую помощь, на основе разработанного

медико-статистического регистра оказания медицинской помощи пациентам с ЗПА.

**2. Для медицинских организаций, предоставляющих специализированную медицинскую помощь:**

- обеспечить передачу сведений о пациентах с ЗПА в МО, предоставляющие ПМСП с использованием разработанного медико-статистического регистра;

- обеспечить выделение коек для пациентов с ЗПА в соответствии с предложенными в настоящем исследовании нормативами.

**Перспективы дальнейшей разработки темы.** Дальнейшие научные изыскания по совершенствованию организации предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА должны быть направлены на конкретизацию критериев качества оказываемой пациентам медицинской помощи, в том числе при оказании ПМСП – при реализации предлагаемого мультидисциплинарного подхода, при специализированной медицинской помощи – с учетом соблюдения предлагаемых принципов преемственности. Для решения этой задачи целесообразно подвергнуть анализу случаи предоставления медицинской помощи при ЗПА, при условии внедрения полноценного учета заболеваний этой группы на основе предложенных принципов. Полученные по результатам критерии качества медицинской помощи могут быть включены в соответствующие клинические рекомендации и использованы при проведении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Важным направлением дальнейшей разработки темы следует считать разработку комплекса дополнительных профилактических мер при ЗПА у населения, основанных на патогенетической основе развития этих заболеваний, определение организационных технологий их реализации в системе здравоохранения, в том числе в рамках проводимой в настоящее время диспансеризации взрослого населения.



## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Дальнейшие научные изыскания по совершенствованию организации предоставления медицинской помощи пациентам с ЗПА должны быть направлены на конкретизацию критериев качества оказываемой пациентам медицинской помощи, в том числе при оказании первичной медико-санитарной помощи – при реализации предлагаемого мультидисциплинарного подхода, при специализированной медицинской помощи – с учетом соблюдения предлагаемых принципов преемственности. Для решения этой задачи целесообразно подвергнуть анализу случаи предоставления медицинской помощи при ЗПА, при условии внедрения полноценного учета заболеваний этой группы на основе предложенных принципов. Полученные по результатам критерии качества медицинской помощи могут быть включены в соответствующие клинические рекомендации и использованы при проведении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Важным направлением дальнейшей разработки темы следует считать разработку комплекса дополнительных профилактических мер ЗПА у населения, основанных на патогенетической основе развития этих заболеваний, определение организационных технологий их реализации в системе здравоохранения, в том числе в рамках проводимой в настоящее время диспансеризации взрослого населения.

### Список литературы

1. Абидкулова, А.Е. Применение антикоагулянтной терапии в профилактике и лечении ТЭЛА / А.Е. Абидкулова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – № 1. – С. 189-190.
2. Абышов, Н.С. Ближайшие результаты «больших» ампутаций у больных с окклюзионными заболеваниями артерий нижних конечностей / Н.С. Абышов, Э.Д. Закирджаяев // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 1518.
3. Агранович, Н.В. Вопросы организации оказания медицинской помощи пожилым больным с сердечно-сосудистой патологией на амбулаторном этапе / Агранович Н.В., Андросова Т.А., Ермолаева Н.Ю. // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2(81) – С.14.
4. Амбулаторная ангиология / Под общ. ред. А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. – Москва: Литтерра, 2007.
5. Амбулаторное наблюдение больных атеросклерозом сосудов нижних конечностей с позиций кардиолога / А.Н. Сумин, М.А. Косова, Ю.Д. Медведева [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 12 (140). – С. 58-63.
6. Анализ базы зарегистрированных заболеваний периферических артерий в Екатеринбурге / Е.П. Бурлева, Ю.В. Бабушкина, Д.А. Лобанова, Т.А. Баркан // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 288-292.
7. Анализ ключевых показателей вторичной профилактики у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе по результатам российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V / Н.В. Погосова, Р.Г. Оганов, С.А. Бойцов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 6. – С. 67-78.
8. Анализ показателей заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения / Б. С. Будаев, И. С. Кицул, И. Ю. Тармаева, О. Г. Богданова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 4. – С. 865-870.

9. Анализ причин госпитальной летальности больных с заболеваниями периферических артерий / Д.Н. Макаров, Е.М. Васильченко, Д.Г. Золоев, С.А. Батискин // Медицина в Кузбассе. – 2011. – № 4. – С. 50-52.
10. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО): Часть I / Н. М. Ахмеджанов, Д.В. Небиеридзе, А.С. Сафарян [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т. 11, № 3. – С. 253-260.
11. Анализ распространенности показателей, характеризующих атерогенность спектра липопротеинов, у жителей Российской Федерации (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / В.А. Метельская, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 15-23.
12. Анализ факторов, ассоциированных с госпитальной летальностью, у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (по данным регистра РЕГИОН-М) / А. В. Загребельный, Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 62-69.
13. Антитромбоцитарная терапия при периферическом атеросклерозе / М.Р. Кузнецов, В.Ю. Богачев, С.В.Сапелкин [и др.] // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2020. – Т. 4, № 2. – С. 89-94.
14. Апресян, А.Ю. Место заболеваний периферических артерий в общей структуре оказания первичной медико-санитарной помощи / А.Ю. Апресян // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 25: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, - СПб, 2020. - С. 216-217.
15. Апресян, А.Ю. К вопросу о диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями периферических артерий / А.Ю. Апресян // Материалы международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать...болезнь». 12-13 ноября 2020 г. Университетская клиника. 2020. Приложение. – С. 20-21.
16. Апресян, А.Ю. Оценка ресурсов оказания медицинской помощи больным с заболеваниями периферических артерий на амбулаторном этапе / А.Ю. Апресян // Сборник статей III международной научно-практической конференции

«Медицина и здравоохранение в современном обществе». 05.12.2020 – Пенза, 2020. – С. 14-16.

17. Апресян, А.Ю. К вопросу о распространенности болезней системы кровообращения среди населения Санкт-Петербурга / А.Ю. Апресян // Материалы научно-практической конференции «Интеграция теории и практики мирового научного знания в XXI веке». 30 января 2021 г. – Казань, 2021. – С. 220-224.

18. Апресян, А.Ю. Тенденции оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий / А.Ю. Апресян // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Джанелидзеовские чтения – 2021». 16-17 апреля 2021 г. – Санкт-Петербург, 2021. – С.28-31.

19. Апресян, А.Ю. Динамика объемов оказания скорой медицинской помощи при болезнях системы кровообращения / А.Ю. Апресян // Материалы 20-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием) «Скорая медицинская помощь – 2021». 10-11 июня 2021 г. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 7.

20. Апресян, А.Ю. Оценка использования стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий / А.Ю. Апресян // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 26: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, - СПб, 2021. - С.149-152.

21. Апресян А.Ю. Современное состояние кадровых ресурсов сосудистых хирургов в Санкт-Петербурге / А.Ю. Апресян // Материалы II международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», 23-24 сентября 2021 г. – Саратов, 2021. – С. 26-29.

22. Апресян А.Ю. К вопросу преемственности оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий /А.Ю. Апресян // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. № 3. – С. 320-334.

23. Апресян А.Ю. Мониторинг заболеваемости атеросклерозом и другими болезнями периферических артерий / Материалы V инновационного петербургского медицинского форума, 18-21 мая 2022 г. – Санкт-Петербург, 2022. – С. 131-133.
24. Апресян А.Ю. Актуальность ребрендинга системы оказания медицинской помощи при болезнях периферических артерий // Материалы XII международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук», 25-27 мая 2022 г. – Тюмень, 2022. – С. 34-37.
25. Апресян А.Ю. Динамика объемов оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в условиях противоэпидемических ограничений / Материалы X Евразийского конгресса кардиологов, 16-17 мая 2022 года – 2022. – С. 41-42.
26. Апресян А.Ю. Оценка пациентами оказания первичной медико-санитарной помощи при заболеваниях периферических артерий / Медицина и организация здравоохранения. – 2022. Т 7. № 3. – С. 36-43.
27. Апресян А.Ю. Вопросы доступности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в федеральных клиниках. Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 27: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, – СПб, 2022. – С. 58-61.
28. Апресян А.Ю. Организация хирургического лечения заболеваний артерий нижних конечностей. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. № 4. – С. 361-377.
29. Апресян А.Ю. Вопросы оказания экстренной специализированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий. Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: инновации в экстренной медицине», 14 октября 2022 года. – Наманган, Республика Узбекистан, 2022. – Т15. № 3-4. – С. 209-210.

30. Апресян А.Ю. Вопросы доступности амбулаторной медицинской помощи больным атеросклерозом артерий конечностей // Материалы III международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», 29-30 сентября 2022 г. – Саратов, 2022. – С. 16-18.
31. Апресян А.Ю. Проблемы оценки распространенности заболеваний периферических артерий у взрослого населения Российской Федерации. Вестник Ивановской медицинской академии. – 2022. Т 27. № 3. – С. 25-30.
32. Апресян А.Ю. Взгляд врачей на проблемы организации медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий. Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2022. № 4. – С. 25-33.
33. Апресян А.Ю. О совершенствовании механизмов регистрации и учета болезней системы кровообращения. Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 28: Сборник научных трудов / Под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова, - СПб, 2023. – С. 51-54.
34. Апресян А.Ю. Пути совершенствования организации квалифицированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий / А.Ю. Апресян // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы образования и науки». Тамбов, 31 июля 2023 года. Научный альманах. – 2023. Т 7-2. № 105. – С. 44-47.
35. Апресян А.Ю. Инструментарий повышения доступности медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий / А.Ю. Апресян // Сборник материалов научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций – 2023». Саратов, 5-6 октября 2023 года. – С. 6-8.
36. Борщук Е.Л. Дополнительная подготовка врачей первичного звена здравоохранения как метод повышения эффективности диспансерного наблюдения при болезнях системы кровообращения / Е.Л. Борщук, А.Ю. Апресян, Л.В. Кочорова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(3): 492-497.

37. Апресян А.Ю. Информационное сопровождение больных при заболеваниях периферических артерий: реалии и перспективы / А.Ю. Апресян, Е.Л. Борщук, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;(5):.
38. Артамонова, Г. В. Болезни системы кровообращения в современном обществе / Г. В. Артамонова, С. А. Максимов. – Кемерово: Фирма ПОЛИГРАФ, 2017. – 212 с.
39. Архипов, М.В. Выбор антитромбоцитарной терапии у пациентов со стабильной стенокардией / М.В. Архипов // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № S1. – С. 36-41.
40. Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами и исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях / С.В. Виллевалде, Н.Э. Звартау, А.Н. Яковлев и др. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № S4. – С. 62-70.
41. Ассоциации привычек питания и употребления алкоголя с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом во взрослой популяции. Результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ / Н.С. Карамнова, А.И. Рытова, О.Б. Швабская [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 233-242.
42. Ассоциированы ли потребление алкогольных напитков и характер питания во взрослой популяции? Результаты российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ / Карамнова Н.С., Рытова А.И., Швабская О.Б. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 6-18.
43. Бакшеев, В.И. Альтернативная медицина. Прошлое, настоящее и будущее. Часть 2 / В.И. Бакшеев, Н.М. Коломоец, Т.В. Костычева // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87, № 12. – С. 50-55.
44. Барбараш, Л.С. Роль врача – кардиолога в ведении больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей на амбулаторном этапе. Опыт Кузбасского

кардиологического центра / Л.С. Барбараш, О.Л., Барбараш Г.В. Артамонова // Заместитель главного врача. – 2013. – № 8. – С. 23-29

45. Барбараш, О.Л. Европейская программа «Stent for life»: предпосылки, история создания, основные цели и задачи / О.Л. Барбараш // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2013. – № 1. – С. 10-18.

46. Барбараш, О.Л. Лечение пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. Все ли проблемы решены? / О.Л. Барбараш, В.В. Кашталап // Сердце. – 2016. – № 15 (5). – С. 320-326.

47. Барбараш, О.Л. Экология и сердечно-сосудистые заболевания / О.Л. Барбараш // Экология человека. – 2014. – № 5. – С. 53-59.

48. Барбараш, О.Л. Сердечно-сосудистая коморбидность: пациент с ишемической болезнью сердца и атеросклерозом периферических артерий. Как выявить и управлять рисками ишемических событий? / О.Л. Барбараш, В.В. Кашталап, И.А. Шибанова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 607-613.

49. Бегун, Д.Н. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема / Д.Н. Бегун, Т.А. Морозова, А.В. Сурикова // Молодой ученый. – 2019. – Т. 246, № 8. – С. 25-28.

50. Белов, Ю. В. Концепция подхода к хирургическому лечению критической ишемии нижних конечностей / Ю. В. Белов, И. А. Винокуров // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 8, № 5. – С. 9-13.

51. Белоусов, Ю.Б. Факторы риска, клинические проявления и течение атеротромбоза: проспективное многоцентровое российское исследование / Ю.Б. Белоусов // Клиническая фармакология и терапия. – 2008. – Т. 17, № 3. – С. 51-58.

52. Бойцов, С. А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России / С. А. Бойцов, Р. Г. Оганов // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – С. 6-13.

53. Бойцов, С.А. Современное содержание и совершенствование стратегии высокого сердечно-сосудистого риска в снижении смертности от сердечно-



- сосудистых заболеваний / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина // Терапевтический архив. – 2021. – Т. 93, № 1. – С. 4-6
54. Бокерия, Л.А. Хирургическая помощь при заболеваниях сердца: некоторые аспекты организации, доступности, эффективности / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 4-12.
55. Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей в 4 т. / под ред. Е. И. Чазова. – Москва: Медицина, 1992. – Т. 3 / Г. Г. Арабидзе [и др.]. – 446 с.
56. Бритов, А.Н. Атеросклероз периферических артерий как важная цель профилактики сердечно-сосудистых заболеваний – акцент на антиагреганты / А.Н. Бритов, Т.В. Рыжова, Н.П. Беда // Трудный пациент. – 2013. – Т. 11, № 7. – С. 4-9.
57. Вишняков Н.И. Проблемы организации динамического наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий /Н.И. Вишняков, А.Ю. Апресян, Л.В. Кочорова// Профилактическая медицина. – 2022. Т 25. № 5. – С. 46-51.
58. Вишняков Н.И. Совершенствование статистического учета как мера повышения эффективности профилактики болезней системы кровообращения /Н.И. Вишняков, Л.В. Кочорова, А.Ю. Апресян // Менеджер здравоохранения. – 2023. - №6. – С. 35-41.
59. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, В.А. Куценко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 164-174.
60. Влияние ожирения на эхокардиографические особенности и N-концевой предшественник мозгового натрийуретического пептида у больных с сердечной недостаточностью и промежуточной фракцией выброса левого желудочка: нерешенные вопросы / Е.А. Лясникова, А.А. Куулар, А.В. Павловская [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 6. – С. 90-99.

61. Влияние региональных особенностей проживания на среднесрочные сердечно-сосудистые исходы: проспективный этап исследования ЭССЕ-РФ / С.А. Максимов, С.А. Шальнова, В.А. Куценко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 214-223.
62. Возженников, А.Ю. Гендерно-возрастные аспекты гипертонического ремоделирования внутренних сонных артерий у больных артериальной гипертензией 1 стадии, 1-2 степени, без субклинического поражения органов-мишеней / А.Ю. Возженников, Т.А. Мидленко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 319.
63. Возможности регистра как инструмента контроля качества фармакотерапии на амбулаторном этапе у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (РЕГИСТР «ЛИС-1») / М. Л. Гинзбург, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2014. – № 10 (3). – С. 288-292.
64. Возможности современных эхокардиографических технологий в ранней диагностике кардиотоксического действия химиотерапевтических препаратов антрациклинового ряда у онкологических больных / Ю.А. Васюк, Несветов В.В., Е.Л. Школьник [и др.] // Кардиология. – 2017. – Т. 57, № S4. – С. 31-37.
65. Возможность госпитального регистра ОКSpST в оценке качества медицинской помощи (сравнение с данными Европейского регистра ACS-II) / Д. В. Дупляков, С. М. Хохлунов, А. А. Тухбатова [и др.] // Материалы III съезда кардиологов Приволжского федерального округа. – Самара, 2010. – С. 162-164.
66. Выступление В. В. Путина на первой глобальной министерской конференции. – Текст: электронный. – URL: <https://ria.ru/20100913/275198820.html> (дата обращения: 10.07.2021).
67. Гавровская, Л.К. Влияние производных таурина на сердечно-сосудистую систему / Л.К. Гавровская, И.Б. Крылова, А.Ф. Сафонова [и др.] // Психофармакология и биологическая наркология. – 2007. – Т. 7, № 4-1. – С. 1648.

68. Гендерные особенности периферического атеросклероза: роль метаболических нарушений / Н.И. Глушков, М.А. Иванов, П.Б. Бондаренко [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2018. – № 1 (66). – С. 57-64.
69. Гиляров, М.Ю. Ацетилсалициловая кислота: нестареющий ветеран / М.Ю. Гиляров // Клиницист. – 2006. – № 4. – С. 60-68.
70. Гиляров, М.Ю. Место ацетилсалициловой кислоты в современной фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / М.Ю. Гиляров // Кардиология. – 2007. – Т. 47, № 9. – С. 90-6.
71. Глазунов, И.С. Значение для практики результатов последних отечественных исследований по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / И.С. Глазунов // Кардиология. – 1987. – № 3. – С. 5-8.
72. Гормональные детерминанты предгипертензии в случайной выборке жителей г. Санкт-Петербурга (по материалам ЭССЕ-РФ) / А.М. Ерина, М.А. Бояринова, Е.В. Могучая [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 5. – С. 67-73.
73. Госпитальная хирургия: учебник для медицинских вузов: в 2 т. / под ред. Б.Н. Котив, Л.Н. Бисенкова. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – Т. 1. – С. 753.
74. Двадцатилетний опыт лечения аневризм и расслоений грудной и торакоабдоминальной аорты без использования искусственного кровообращения / В.В. Шломин, П.Б. Бондаренко, А.В. Гусинский [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2021. – Т. 14, № 4. – С. 266-275.
75. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Шапошник И.И. Особенности поражения периферических сосудов у пациентов с гипертонической болезнью. Лечебное дело. – 2016. – № 2. – С. 33-36.
76. Диагностика и лечение больных с выраженной гиперхолестеринемией в реальной амбулаторно-поликлинической практике (по данным регистра РЕКВАЗА) / А.И. Ершова, А.Н. Мешков, С.С. Якушин [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10, № 6. – С. 612-616.

77. Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «Рекорд») / Л. В. Васильева, И. И. Шевченко, А. Д. Эрлих [и др.] // Трудный пациент. – 2016. – № 14 (1). – С. 5-10.
78. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ / А.А. Савина, С.И. Фейгинова, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 52-58.
79. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: метод. рекомендации / под ред. С. А. Бойцова, А. Г. Чучалина. – Москва, 2014. – 112 с.
80. Дистанционный мониторинг пациентов с сердечной недостаточностью в реальной клинической практике / С.Н. Насонова, А.Е. Лаптева, И.В. Жиров [и др.] // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 8. – С. 76-86.
81. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 6. – С. 7-85.
82. Заваруев, А.В. Профилактика ишемического повреждения головного мозга в хирургии брахиоцефальных артерий / А.В. Заваруев // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2021. – Т. 14, № 5. – С. 376-379.
83. Захарьян, Е. А. Отношения к здоровью и копинг-стратегии у пациентов кардиологического профиля / Е. А. Захарьян, Р. Э. Ибрагимова // Атеросклероз. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 14-15
84. Зачатин, М.М. Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в деятельности отделения кардиохирургии / М.М. Зачатин, Я.А. Накатис, О.А. Демина // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2011. – №4 (36). – С. 168-173.
85. Значимость генетических маркеров для диагностики и выбора хирургического лечения больных с хронической артериальной недостаточностью / С.Н. Жабин,

- С.С. Дудченко, А.К. Гавриков [и др.] // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2019. – № 4. – С. 39-48.
86. Значимость оценки распространенности и мониторинга исходов у пациентов с сердечной недостаточностью в России / Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 12. – С. 146-154.
87. Золоев, Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности / Г.К. Золоев. – Москва: Медицина, 2004. – 432 с.
88. Зубко, А. В. Роль терапевтов государственных и частных медицинских организаций в выявлении облитерирующих заболеваний артерий конечностей / А. В. Зубко, С. Г. Руднев, Т. П. Сабгайда // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 10. – С. 31-40.
89. Зудин, А.М. Эпидемиологические аспекты хронической критической ишемии нижних конечностей / А.М. Зудин, М.А. Засорина, М.А. Орлова // Хирургия. – 2014. – № 10. – С. 78-82.
90. Изучение влияния вспомогательных веществ на высвобождаемость клопидогреля из ректальных суппозиториях / Е.А. Редькина, В.В. Гладышев, Б.С. Бурлака, И.А. Пухальская // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2018. – Т. 11, № 1 (26). – С. 74-78.
91. Иммуноморфологическое исследование нейрососудистых взаимоотношений в стенке аорты человека в зоне формирования нестабильных атеросклеротических поражений / Е.И. Чумасов, П.В. Пигаревский, Д.Э. Коржевский [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2018. – Т. 17, № 1-4. – С. 49-55.
92. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, А.Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 65-72.

93. Информационный бюллетень. Документы ВОЗ и международные проекты. Выпуск 6. Май 2005 года. Тема номера: качество медицинской помощи. – URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/10.html>
94. Использование осциллометрических тонометров высокой точности для определения лодыжечно-плечевого индекса при обследовании больных с подозрением на наличие атеросклероза артерий нижних конечностей / А.А. Карлов, Н.А. Карлова, Е.А. Золозова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – Т. 19, № 1. – С. 40-45.
95. Исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации). Десять лет спустя / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина, Е.В. Шляхто [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 143-152.
96. Кадыков, А.С. Профилактика повторного ишемического инсульта / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 4. – С. 4-9.
97. Кайли, А.Е. Диагностика и лечение заболеваний периферических сосудов. Возможности городских поликлиник / А.Е. Кайли // Хирург. – 2012. – № 3. – С. 62-70.
98. Кайли, А.Е. Диспансерный учет пациентов с заболеваниями периферических сосудов в условиях поликлиники / А.Е. Кайли // Анналы хирургии, –2011.– № 5.– С. 62-64.
99. Кайли, А.Е. Организация амбулаторной помощи больным с атеросклеротическими заболеваниями периферических сосудов / А.Е. Кайли // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 56-60.
100. Кайли, А.Е. Проблемы в области оказания помощи пациентам с болезнями периферических сосудов на амбулаторном этапе / А.Е. Кайли // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 5. – С. 102-105.

101. Кайли, А.Е. Сосудистый центр: модель мультидисциплинарной помощи больным с патологией периферических сосудов / А.Е. Кайли // Хирург, 2012. – № 2. – С. 54-57.
102. Калашникова, Л.А. Синдром Снеддона / Л.А. Калашникова // Российский медицинский журнал. – 2001. – № 4. – С. 27-31.
103. Канорский, С.Г. Ишемическая болезнь сердца с высоким риском осложнений: как идентифицировать таких пациентов и выбирать тактику ведения? / С.Г. Канорский // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2020. – Т. 16, № 3. – С. 465-473.
104. Канорский, С.Г. Комбинированная антитромботическая терапия у больных со стабильным течением сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом: какое направление показал COMPASS? / С.Г. Канорский // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 2. – С. 131-141.
105. Карпов, Ю.А. Ацетилсалициловая кислота: позиции во вторичной профилактике сохраняются / Ю.А. Карпов // Русский медицинский журнал. – 2017. – Т. 25, № 20. – С. 1457-1462.
106. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертонией врачом-терапевтом участковым / О.М. Драпкина, Р.Н. Шепель, Л.Ю. Дроздова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № S1. – С. 26.
107. Клиническая и прогностическая значимость мультифокального атеросклероза у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST / С. А. Бернс, Д. С. Зыкова, Е. А. Шмидт [и др.] // Кардиология. -2012. – Т. 52, № 7. – С. 4-8.
108. Клиническая характеристика больных инфарктом миокарда по данным популяционного исследования / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская, Е.В. Болотова // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2010. – Т. 11, № S3. – С. 200.

109. Козлов, С.Г. Неинвазивная диагностика стабильной ишемической болезни сердца у пациентов старших возрастных категорий / С.Г. Козлов, О.В. Чернова, Ф.Н. Палеев // Атеросклероз и дислипидемии. – 2021. – Т. 2, № 43. – С. 24-34.
110. Колосова, К.С. Особенности клинического течения и показателей высокочастотной электрокардиограммы у больных ишемической болезнью сердца различных возрастных групп: специальность 14.01.05 «Кардиология»: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ксения Сергеевна Колосова; Казан. гос. мед. ун-т. – Казань, 2020. – 23 с.
111. Комплексное лечение больных с критической ишемией нижних конечностей в сочетании с сахарным диабетом / А. В.Гавриленко, Д. А. Воронов, А. Э. Котов, Д. А. Лоиков //Анналы хирургии. – 2014. – № 3. – С. 41-46.
112. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: учебное пособие / Сост.: Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева, Н.Г. Сафонова [и др.] – Иркутск, 2016. – 68 с.
113. Концевая, А.В. Исследование ЭССЕ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья / А.В. Концевая, С.А. Шальнова, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 224-232.
114. Кошкин, В. М. Лечение больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в условиях амбулаторной практики / В. М. Кошкин, М. Р. Кузнецов, П. Б. Калашов // Усовершенствованные медицинские технологии; Под ред. В. С. Савельева. – Москва, 2005. – 26 с.
115. Кошкин, В.М. Терапия облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей: состояние и перспективы / В.М. Кошкин // Проблемы клинической медицины. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 56-61.
116. Кузнецов, М. Р. Основные принципы диагностики и лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / М. Р. Кузнецов // Лечебное дело. – 2008. – № 1. – С. 3-8.



117. Кухарчук, В.В. О новой версии рекомендаций по коррекции дислипидемии с целью профилактики атеросклероза и его осложнений / В.В. Кухарчук // Атеросклероз и дислипидемии. – 2020. – Т. 1, № 38. – С. 5-6.
118. Лазарев А.В. Организационные резервы сбережения здоровья населения от болезней системы кровообращения / А.В. Лазарев, А.А. Калининская, Т.П. Васильева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28(S). – С. 762-765.
119. Макаров, Д.Н. Взаимосвязь госпитальной летальности и нехирургических послеоперационных осложнений при ампутации нижней конечности у пациентов с заболеваниями периферических артерий / Д.Н. Макаров, Е.М. Васильченко // Медицина в Кузбассе. – 2018. – № 3. – С. 14-18.
120. Максимов, С. А. Распространенность курения в профессиональных группах Западной Сибири / С. А. Максимов, Е. В. Индукаева, Г. В. Артамонова // Профилактическая медицина. – 2015. – Т. 18, № 1. – С. 28-31.
121. Малай, Л. Н. Оценка госпитальных и отдаленных результатов лечения пациентов с инфарктом миокарда и влияния на них факторов сердечно-сосудистого риска, тактики лечения и приверженности к терапии в рамках хабаровского регистра: Специальность 14.01.04 «Внутренние болезни»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Малай Людмила Николаевна. – Хабаровск, 2017. – 23 с.
122. Мельников М.В. Преемственность оказания медицинской помощи больным как мера профилактики осложнений при лечении эмболий периферических артерий / Мельников М.В., Апресян А.Ю. // Профилактическая медицина. – 2023. – Т 26. № 12. – С. 27-33.
123. Методические аспекты мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии среди населения Российской Федерации в ходе выполнения целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации на 2002-2008 гг.» / В.В.

Константинов, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика // – 2007. – Т. 6. №2. – С. 66-70.

124. Методические подходы к классификации заболеваний системы кровообращения по степени тяжести на основе статистики обращений населения за медицинской помощью / Н. В. Зайцева, Д. А. Кирьянов, М. Ю. Цинкер, С. В. Бабина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 4. – С. 871-876.

125. Методические рекомендации для медицинских сестер кабинета больных с хронической сердечной недостаточностью / С.А. Бойцов, Ф.Т. Агеев, З.Н. Бланкова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 283-306

126. Мищенко, О.Я. Клопидогрель в сравнении с аспирином для вторичной профилактики ишемического инсульта и смертности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: фармакоэкономический аспект / О.Я. Мищенко, В.Ю. Адонкина, Ю.К. Терентьева // Клиническая фармация. – 2014. – Т. 18, № 1. – С. 45-48.

127. Наблюдательные исследования и регистры. Их качество и роль в современной доказательной медицине / С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко, Ю.В. Лукина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 61-66.

128. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. – Москва, 2013. – 76 с.

129. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. – Москва, 2019. – 89 с.

130. Национальный проект «Здравоохранение» как основной ресурс повышения качества медицинской помощи / В.С. Фисенко, А.Н. Плутницкий, М.Ю. Дьяченко, А.А. Мангилева // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 1. – С. 30-37.

131. Некоторые вопросы организации неотложной помощи больным с эмболиями аорты и магистральных артерий конечностей в условия мегаполиса /

А.Ю. Апресян, М.В. Мельников, Г.Д. Папава, И.Т. Лакашия, Р.М. Овакимян // *Материалы международной конференции по сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии. XXXVIII конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов и V конференция по патологии сосудов Российского научного общества специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению. 23–25 июня 2023 года, Москва.* – С. 22-23.

132. Некоторые результаты исследования «Структура болезней системы кровообращения и потребность в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи среди взрослых пациентов, обратившихся за помощью в государственные медицинские учреждения» (Стерх) в Краснодарском крае / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская [и др.] // *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания.* – 2007. – Т. 8, № S6. – С. 333.

133. Необратимая ишемия конечности при эмболиях периферических артерий у больных сахарным диабетом 2-го типа / Глушков Н.И., Горбунов Г.Н., Мельников В.М., Апресян А.Ю., Кветный М.Б. *Современные проблемы науки и образования.* – 2020. № 4. – С. 125.

134. Неотложные ангиохирургические проблемы в кардиохирургической клинике / В.В. Селезнев, Н.С. Микуцкий, П.Ф. Черноглаз [и др.] // *Новости хирургии.* – 2014. – Т. 22, № 3. – С. 374-378.

135. Новые возможности антитромботической терапии больных с периферическим и распространенным атеросклеротическим поражением / А.Л. Комаров, Е.С. Новикова, Е.В. Гуськова [и др.] // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* – 2018. – Т. 14, № 2. – С. 272-283.

136. Оганов, Р. Г. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента / Оганов Р. Г., Драпкина О.М. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 4-9.

137. Оганов, Р. Г. Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению / Р. Г. Оганов // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 4-7.

138. Оганов, Р. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем / Р. Оганов, Г. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 6, № 8. – С. 7-14,
139. Оганов, Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 3. – С. 4-8.
140. Окружающая среда как фактор риска развития ишемической болезни сердца в урбанизированном регионе с развитой химической промышленностью / Г. В. Артамонова, Э. Б. Шаповалова, С. А. Максимов [и др.] // Кардиология. – 2012. – Т. 52, № 10. – С. 86-90.
141. Опыт организации и работы первичного сосудистого центра в условиях городской клинической больницы скорой медицинской помощи / А.В. Чернов, И.Э. Сазонов, В.В. Белинская [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 76-79.
142. Опыт организации эпидемиологического исследования факторов риска неинфекционных заболеваний в Рязанской области (по результатам пилотного проекта МЕРИДИАН-РО) / С.С. Якушин, С.А. Шальнова, Р.А. Потемкина [и др.] // Профилактическая медицина. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 20-25.
143. Организационные аспекты лечения больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей на амбулаторном этапе / И.Ю. Лончакова, С.А. Макаров, Г.В. Артамонова, Л.С. Барбараш // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 21, № 3. – С. 38-42.
144. Организация работы липидных центров в Российской Федерации – новые возможности / М. В. Ежов, О. Л. Барбараш, М. И. Воевода [[и др.]] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – № 6. – С. 16-23.
145. Основы планирования медицинской помощи / Н.С. Апханова, Е.В. Душина, А.В. Гашенко; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск: ИГМУ, 2020 – 52 с.

146. Особенности течения мозгового инсульта у больных сахарным диабетом по данным регистра РЕГИОН-М / В. П. Воронина, А. В. Загребельный, Ю. В. Лукина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18, № 5. – С. 60-65.
147. Остроумова, О.Д. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний: распространенность, влияние на прогноз, возможные стратегии прекращения курения и их эффективность. Часть 2. Преимущества отказа от курения. Стратегии борьбы с курением / О.Д. Остроумова, И.И. Копченков, Т.Ф. Гусева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 111-121.
148. Ответственность граждан за свое здоровье (исследование в фокус-группе). Часть 2 / Е.В. Усова, М.В. Попович, А.В. Маньшина, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 24-29.
149. Оценка факторов риска развития атеросклероза у лиц с абдоминальным ожирением на основе использования калькулятора Aterostop. / П.П. Малышев, М.Ю. Зубарева, А.А. Аншелес, И.В. Сергиенко // Атеросклероз и дислипидемии. – 2021. – Т. 2, № 43. – С. 57-65.
150. Оценка эндотелиальной дисфункции в профилактике осложнений у больных с поражением периферических артерий / А.В. Покровский, В.А. Кульбак, Т.А. Кременчугская, Е.Е. Федоров // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2017. – Т. 23, № 4. – С. 29-33.
151. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16). – Текст: электронный. – 2018. – URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.11.2021).
152. Пациентоцентричная модель организации диспансерного наблюдения при заболеваниях периферических артерий / Е.Л. Борщук, А.Ю. Апресян, Л.В. Кочорова, Н.И. Вишняков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. – № 1. – С. 608-624.

153. Поведенческие факторы риска в российской популяции: результаты обследования по модифицированной методологии STEPS / Ю.А. Баланова, А.В. Капустина, С.А. Шальнова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 5. – С. 56-66.
154. Подзолков, В.И. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и коморбидная патология как причины инфаркта миокарда у молодого пациента / В.И. Подзолков, Н.А. Драгомирецкая, Д.У. Наткина // Клиническая медицина. – 2015. – Т. 93, № 10. – С. 52-57.
155. Подходы к выбору антикоагулянтной терапии в лечении больного с сочетанием фибрилляции предсердий, ишемической болезни сердца и периферического атеросклероза: возможности апиксабана / О.Д. Остроумова, А.И. Кочетков, И.Ю. Орлова [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 441-450.
156. Покровский, А. В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А. В. Покровский. – Москва: Медицина, 2004. – 888 с.
157. Покровский, А. В. Что могут сегодня сосудистые хирурги? / А. В. Покровский // Ангиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 24. – С. 45-57.
158. Потемкина, Р.А. Руководство по проведению изучения поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний / Р.А. Потемкина, И.С. Глазунов, Т.В. Камардина. – Москва, 2002. – 53 с.
159. Потери здоровья от инфаркта миокарда, обусловленные антропогенным загрязнением атмосферы промышленного центра / Г. В. Артамонова, С. А. Максимов, М. В. Табакаев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2015. – № 3. – С. 30-34.
160. Потребление алкоголя и зависимость от социально-демографических факторов у лиц трудоспособного возраста (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / С. А. Шальнова, С. А. Максимов, Ю. А. Баланова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 5. – С. 45-53.

161. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов. Практические материалы / С.В. Виллевалде, А.Е. Соловьева, Н.Э. Звартау [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, S3. – С. 45-58.
162. Правительство Санкт-Петербурга. Распоряжение. «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2019 - 2024 годы». Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 № 20-рп. – URL:<https://base.garant.ru/43466642/> <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/7213085> (дата обращения:11.10.2023).
163. Правительство Санкт-Петербурга. Постановление. «О мерах по противодействию распространению в Санкт-Петербурге новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 13.03.2020 № 121. – URL: <https://www.gov.spb.ru/covid-19/dokument/> (дата обращения:11.10.2023).
164. Проблема стратификации сердечно-сосудистого риска в зависимости от выраженности атеросклероза сонных и бедренных артерий / А.И. Ершова, Т.В. Балахонова, А.А. Иванова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 75-81.
165. Проблемы и перспективы дальнейшего развития многоуровневой системы организации медицинской помощи / А.С. Сергеев, В.К. Цой, О.В. Селедцова, Г.Н. Царик // Медицина в Кузбассе. – 2011. – Т. 10, №3. – С. 3-6.
166. Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): дизайн исследования и первые результаты / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутищенко, Д. П. Сичинава [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 81-86.
167. Профилактика неинфекционных заболеваний: от изучения факторов риска до национальных программ / Р. А. Потемкина, Л. А. Мыльникова, Н. Н.

Камынина, О. А. Пивоварова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 5. – С. 440-446.

168. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -Приложение 1. – 2013. – № 4. – С. 40-51.

169. Пурсанов, М.Г. Баллонная ангиопластика периферических тромбозов ветвей легочной артерии при хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (современное состояние вопроса) / М.Г. Пурсанов, В.В. Лосев, И.А. Жеблани // Медицинский альманах. – 2017. – № 3 (48). – С. 62-68.

170. Пути повышения эффективности организации хирургической помощи пациентам с атеросклеротическим поражением магистральных артерий в многопрофильном лечебном учреждении / К.С. Замский, А.В. Гайдуков, Б.Б. Родивиллов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 2. – С. 97-101.

171. Пятидесятилетнее наблюдение за больным с заболеванием периферических артерий / Мельников М.В., Апресян А.Ю., Зелинский В.А., Тадевосян Р.Э., Вершинин Д.М. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2017. Т. 10, № 5. – С. 74-77.

172. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России / И.С. Глазунов, Р.А. Потемкина, М.В. Попович [и др.] – Москва: МАКС Пресс; 2002. – 35 с.

173. Ранняя кардиоваскулярная мультиморбидность в амбулаторной и госпитальной практике: возрастные характеристики и медикаментозное лечение пациентов (данные регистров Рекваза и Рекваза-клиника) / Е.Ю. Андреев, М.М. Лукьянов, С.С. Якушин [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 5. – С. 195-203.

174. Распределение показателей липидного спектра у мужчин и женщин трудоспособного возраста в Российской Федерации: результаты исследования



- ЭССЕ-РФ за 2012-2014 гг. / А.Н. Мешков, А.И. Ершова, А.Д. Деев [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 62-67.
175. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2) / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Э. Имаева [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 450-466.
176. Распространенность курения в России. Что изменилось за 20 лет? / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина. – 2015. – Т. 18, № 6. – С. 47-52.
177. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЭ / Ю.А. Баланова, А.В. Концевая, С.А. Шальнова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2014. – Т. 18, № 5. – С. 42-52.
178. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. результаты исследования ЭССЕ-РФ / Г.А. Муромцева, А.В. Концевая, В.В. Константинов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, №6. – С. 4-11.
179. Расстройства микроциркуляции у больных ишемической болезнью сердца, отягощенной облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и возможности их фармакологической коррекции корватомом / А.А. Гарганеева, А.Л. Тепляков, А.М. Чернявский, О.В. Соловьев // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 1999. – № 1. – С. 40-43.
180. Реализованные модели и перспективы управления нарушениями липидного обмена. концепция центров по редким заболеваниям в липидологии / Алиева А.С., Реутова О.В., Павлюк Е.И. [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 6. – С. 9-15.
181. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики / С.А.

Бойцов, М.М. Лукьянов, С.С. Якушин [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 6. – С. 44-50.

182. Регистры в кардиологии. Основные правила и реальные возможности / С. А. Бойцов, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – № 12 (1). – С. 4-9.

183. Резидуальный (остаточный) риск у больных очень высокого риска с атерогенными дислипидемиями, находящихся на терапии статинами. Проспективное исследование «КРИСТАЛЛ» Часть 1: Цель, задачи, дизайн и исходные характеристики включенных пациентов / М.Ю. Зубарева, Т.А. Рожкова, Н.Б., Горнякова [и др.] // Атеросклероз и дислипидемии. – 2013. – № 1. – С. 26-34.

184. Результаты однолетнего наблюдения и динамика качества жизни у пациентов пожилого возраста после кардиохирургических вмешательств / А.С. Клинова, О.В. Каменская, И.Ю. Логинова [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2021. – Т. 14, № 3. – С. 200-205.

185. Результаты первого этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в РФ (2003-2004), проведенного в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ» / Ю.А. Баланова, А.Д. Деев, В.М. Иванов [и др.] // Медицина для Вас: Информационно-статистический сборник. – Москва, 2005. – С. 144.

186. Результаты применения эндоваскулярных технологий при устранении критической ишемии нижних конечностей у пациентов региональных сосудистых центров, развернутых на базе многопрофильных стационаров / Б.С. Артюшин, К.Н. Мовчан, В.К. Сухов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4. – С. 188.

187. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества оказываемой медицинской помощи / К.Н. Мовчан, В.В. Ерошкин, А.Д. Тарасов [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – № 4. – С. 164-169.

188. Роль биобанкирования в организации крупномасштабных эпидемиологических исследований / М.С. Покровская, А.Л. Борисова, В.А. Метельская [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 153-163.
189. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 г. № 404н. – URL:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/> (дата обращения: 11.10.2023).
190. Российская Федерация. Законы. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. – URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 11.10.2023).
191. Российская Федерация. Законы. «Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 года N 918н. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902391957> (дата обращения: 11.10.2023).
192. Российская Федерация. Законы. «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 922н. – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_145382/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_145382/) (дата обращения: 11.10.2023).
193. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»: Приказ Минздрава РФ от 15.03.2022 № 168н. – URL: <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения: 11.10.2023).
194. Российская Федерация. Законы. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»: Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 // Российская газета. – № 97. – 09.05.2018.
195. Российская Федерация. Законы. «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»:

указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 // – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202405070015> (дата обращения: 20.05.2024).

196. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2021 № 543н. – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_132071/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/) (дата обращения: 11.10.2023)

197. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 205н. – URL: <https://base.garant.ru/70344038/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 11.10.2023).

198. Российская Федерация. Законы. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»: Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299. – URL: <https://base.garant.ru/400165890/> (дата обращения: 11.10.2023).

199. Российская Федерация. Законы. «Порядок направления застрахованных лиц в федеральные медицинские организации для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.12.2020 № 1363н. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400051946/> (дата обращения: 11.10.2023).

200. Российская Федерация. Законы. «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»: Приказ Федеральной службы государственной статистики от 27.12.2022 № 985. – URL:

[https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_436893/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436893/) (дата обращения: 11.10.2023).

201. Российские рекомендации: Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Атеросклероз и липидемия. – 2012. – № 4. – С. 2-52.
202. Российский статистический ежегодник 2018: Стат.сборник. – Росстат, М., 2018. – 694 с.
203. Российский статистический ежегодник. 2021: Стат.сборник. – Росстат. – М., 2021 – 692 с.
204. Рублевская, А. С. Влияние индекса массы тела и курения на развитие артериальной гипертензии у беременных / А. С. Рублевская, Н. А. Бичан // Атеросклероз. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 24-25
205. Рудченко, И. В. Питание – один из важных факторов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом / И. В. Рудченко, В. В. Тыренко, В. А. Качнов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 3, Ч. 1. – С. 63-70.
206. Савина, Н.М. Эффективность ривароксабана в снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ишемической болезнью сердца и заболеванием периферических артерий: результаты исследования COMPASS / Н.М. Савина // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 3. – С. 94-100.
207. Савустьяненко, А.В. Актуальность применения ацетилсалициловой кислоты в низких дозах для профилактики сердечно-сосудистых осложнений / А.В. Савустьяненко // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 4 (24). – С. 79-84.
208. Сахарный диабет 2 типа и множественные хронические заболевания / Н.С. Асфандиярова, О.В. Дашкевич, Н.В. Дорошина, Е.И. Сучкова // Сахарный Диабет. – 2018. – Т. 21, № 6. – С. 455-461.
209. Сергиенко, И.В. Мобильное приложение АТЕРОSTOP для комплексной оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов в российской популяции / И.В.

- Сергиенко, А.А. Аншелес, С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2021. – Т. 93, № 4. – С. 415-420.
210. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы / Е. В. Шляхто, Н. Э. Звартау, С. В. Виллевалде [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2019. – Т. 24, № 11. – С. 69-82.
211. Системы поддержки принятия решений при нарушениях липидного обмена: актуальность, перспективы / А.С. Алиева, Е.И. Павлюк, Э.М. Алборова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 6. – С. 124-127.
212. Смертность населения от различных болезней системы кровообращения в Москве и Санкт-Петербурге в 2015 и 2018 годах / С.А. Бойцов, Е.З. Голухова, О.М. Драпкина [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 1. – С. 73-78.
213. Современные подходы диагностики и лечения многоуровневых поражений артерий нижних конечностей ниже паховой складки в стадии критической ишемии / В. А. Янушко, Д. В. Турлюк, П. А. Ладыгин, Д. В. Исачкин // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 6. – С. 115-128.
214. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994 / Ф. Милле, В.М. Школьников, В. Эртриш, Ж. Валлен. – Москва, 1996. – 137 с.
215. Сосудистая хирургия: Национальное руководство. Краткое издание. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
216. Сохраняющиеся нарушения показателей липидного спектра у пациентов с дислипидемией, получающих статины, в реальной клинической практике в Российской Федерации (российская часть исследования DYSIS) / Р.Г. Оганов, В.В. Кухарчук, Г.П. Арутюнов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 70-78.
217. Сравнительный анализ заболеваемости артериальной гипертензией и распространенности факторов риска среди сотрудников органов внутренних дел

- казанского гарнизона / Р.Ш. Хисамиев, Н.Б. Амиров, Л.Р. Гинятуллина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 6. – С. 89-95.
218. Ступаков, И.Н. Сердечно-сосудистые центры консервативного лечения – оптимизация оказания медицинской помощи населению / И.Н. Ступаков, А.Е. Кайли // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2011. – Т. 12, № S6. – С. 282.
219. Сумин, А.Н. Проблема неизменных коронарных артерий: какие неинвазивные тесты способны ее решить? / А.Н. Сумин, Е.В. Корок // Атеросклероз и дислипидемии. – 2019. – Т. 4, № 37. – С. 5-17.
220. Тиенопиридины в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Часть I. Тиклопидин / Д.В. Фетцер, Д.В. Преображенский, Т.А. Батыралиев [и др.] // Кардиология. – 2009. – Т. 49, № 4. – С. 72-83.
221. Тимошевская, Е.И. История организации специализированной медицинской помощи больным с сосудистой патологией на базе ЧОКБ / Е.И. Тимошевская, Г.А. Трейгер, М.А. Черных // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2014. – № 3. – С. 46-47.
222. Толпыгина, С.Н. Изучение динамики частоты приема основных классов лекарственных препаратов, показанных при лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, с 2004 по 2014 г. Данные регистра ПРОГНОЗ ИБС / С.Н. Толпыгина, С.Ю. Марцевич // Клиницист. – 2016. – Т. 10, № 1. – С. 29-35.
223. Уйба, В.В. Современные методы диагностики и реабилитации при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей / В.В. Уйба, С.А. Романов // Медицина экстремальных ситуаций. – 2014. – №, – С. 15-25.
224. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019-2024 гг. / Г.Э. Улумбекова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 416 с.
225. Управление медицинской организацией: концепция Smart Hospital / Е. В. Шляхто, И. В. Ильин, А. О. Конради [[и др.]]; под редакцией Е. В. Шляхто [[и

др.]]; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого. – Санкт-Петербург: Политех-Пресс, 2020. – 244 с.

226. Условия оптимизации качества экстренной хирургической помощи пациентам с критической ишемией нижних конечностей при их обследовании и лечении в узкопрофильной медицинской организации / Хохлова И.М., Кожевников В.Б., Мовчан К.Н. [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2020. – Т. 7, № 2. – С. 64-74.

227. Усовершенствованные медицинские технологии / Под ред. В.С. Савельева. – Москва, 2005. – 26 с.

228. Факторы риска неинфекционных заболеваний населения Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО как пилотного проекта исследования ЭССЕ-РФ) / С.А. Бойцов, Е.В. Филиппов, С.А. Шальнова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 6. – С. 48-54.

229. Факторы риска развития и особенности течения периферической атеросклеротической болезни у женщин / Н.И. Глушков, М.А. Иванов, П.Б. Бондаренко [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 30-34.

230. Фаттахов, В. В. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей в практике поликлинического хирурга / В. В. Фаттахов // Практическая медицина. – 2010. – № 41. – С. 126-130.

231. Фенотипы сосудистого старения в российской популяции – биологические и социально-поведенческие детерминанты / Ротарь О.П., Бояринова М.А., Толкунова К.М. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 175-184.

232. Филиппов, Е.В. Дислипидемии и их связь с хроническими неинфекционными заболеваниями (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) / Е.В. Филиппов, Ю.А. Баланова // Медицинский совет. – 2015. – № 12. – С. 104-105.



233. Фокин, А.А. Новые возможности антитромботической терапии, улучшающие прогноз у пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий / А.А. Фокин, Г.А. Трейгер // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2020. – Т. 26, № 2. – С. 16-22.
234. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей – диагностика и тактика лечения / В. Н. Оболенский, Д. В. Яншин, Г. А. Исаев, А. А. Плотников // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18, № 17. – С. 1049-1054.
235. Чазова, И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова // Евразийский Кардиологический Журнал. – 2015. – № 2. – С. 3-30.
236. Шальнова, С.А. Значение исследования ЭССЕ-РФ для развития профилактики в России / С.А. Шальнова, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 3. – С. 20-215.
237. Шальнова, С.А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 5. – С. 58-63.
238. Шляхто, Е. В. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 800 с.
239. Шляхто, Е.В. Основные направления снижения сердечно-сосудистой смертности: что можно изменить уже сегодня / Е.В. Шляхто, Е.И. Баранова // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 7. – С. 3983.
240. Шмырёв, В. Тактика ведения пациентов с высоким сосудистым риском: статины / В. Шмырёв, С. Крыжановский, М. Можаровская // Врач. – 2011. – № 7. – С. 37-39.
241. Экономический ущерб от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году / А.В. Концевая, А.О.

- Мырзаматова, Д.К. Муканеёва [и др.] // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 6. – С. 18-23.
242. Экстренная помощь больным с эмболиями аорты и магистральных артерий конечностей в Санкт-Петербурге: анализ 3498 наблюдений за 50 лет / М.В. Мельников, А.Ю. Апресян, А.В. Сотников, Д.С. Кожевников, Г.Д. Папава // «Вестник хирургии им. И.И. Грекова». – 2021. Т 180. № 4. – С. 28–34.
243. Экстренный микрохирургический анастомоз у пациента с ангиоспазмом и ишемией головного мозга после разрыва аневризмы головного мозга / Е.В. Григорьева, В.А. Лукьянчиков, В.В. Крылов [и др.] // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2015. – Т. 7, № 1. – С. 53-58.
244. Эмпирические модели питания в российской популяции и факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (исследование ЭССЕ-РФ) / С.А. Максимов, Н.С. Карамнова, С.А. Шальнова [и др.] // Вопросы питания. – 2019. – Т. 88, № 6. – С. 2
245. Эндоваскулярная коррекция структурной патологии клапанов и аорты у реципиентов сердца / Саховский С.А., Абугов С.А., Вартанян Э.Л. [и др.] // Эндоваскулярная хирургия. – 2021. – Т. 8, № 1. – С. 53-59.
246. Эпидемиологические методы выявления основных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска при массовых обследованиях населения: Методическое пособие / А.М. Калинина, С.А. Шальнова, М.Г. Гамбарян [и др.] / Под редакцией Бойцова С.А. – Москва, 2015. – 96 с.
247. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России. Обоснование и дизайн исследования / С.А. Бойцов, Е.И. Чазов, Е.В. Шляхто [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – Т.16, № 6. – С. 25-34
248. Эрлих, А. Д. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST в практике российских стационаров: сравнительные данные регистров РЕКОРД-2 и РЕКОРД / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Кардиология. – 2012. – № 10. – С. 9-16.

249. Эрлих, А. Д. Острый коронарный синдром у больных с сахарным диабетом. Данные регистра РЕКОРД / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Кардиология. – 2011. – № 11. – С. 16-21.
250. Эрлих, А. Д. Первый московский регистр острого коронарного синдрома: результаты 6-месячного наблюдения / А. Д. Эрлих // Неотложная кардиология. – 2014. – № 2. – С. 3-9.
251. Явелов, И.С. Антитромботическая терапия после обострения ишемической болезни сердца: общие подходы и возможности индивидуализировать лечение / И.С. Явелов // Лечебное дело. – 2011. – № 1. – С. 10-16.
252. Ягудина, Р. И. Регистры пациентов: структура, функции, возможности использования / Р. И. Ягудина, М. М. Литвиненко, И. В. Сороковиков // Фармакоэкономика. – 2011. – № 4. – С. 3-7.
253. Яменсков, В.В. Бальнеофизioterапeвтичeское воздействие для профилактики микроциркуляторных нарушений у больных атеросклерозом периферических артерий нижних конечностей / В.В. Яменсков, К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – Т. 16, № 12. – С. 72-73.
254. 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization / F.J. Neumann, R.A. Byrne, V. Falk [et al.] // European Heart Journal. – 2019. – Vol. 40, № 2. – P. 87-165.
255. 2018 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization / M. Sousa-Uva, F.J. Neumann, A. Ahlsson [et al.] // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 2019. – Vol. 55, № 1. – P. 4-90.
256. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European respiratory society (ERS) / S.V. Konstantinides, G. Meyer, H. Bueno [et al.] // European Heart Journal. – 2020. – Vol. 41, № 4. – P. 543-603.

257. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes / J. Knuuti, W. Wijns, S. Achenbach [et al.] // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41, № 3. – P. 407-477.
258. 2019 ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD / F. Cosentino, P.J. Grant, V. Aboyans [et al.] // *Revista Espanola de Cardiologia*. – 2020. – Vol. 73, № 5. – P. 404.
259. 2019 ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD / F. Cosentino, I. Johansson, L.G. Mellbin [et al.] // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41, № 2. – P. 255-323.
260. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach, C. Baigent, A.L. Catapano [et al.] // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41, № 1. – P. 111-188.
261. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach, C. Baigent, A.L. Catapano [et al.] // *Atherosclerosis*. – 2020. – Vol. 290. – P. 140-205.
262. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach, K.C. Koskinas, C. Mueller [et al.] // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41, № 1. – P. 111-188.
263. 2020 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation / J.-P. Collet, H. Thiele, E. Barbato [et al.] // *European Heart Journal*. – 2021. – Vol. 42, № 14. – P. 1289-1367.
264. 2020 ESC guidelines for the management of adult congenital heart disease / H. Baumgartner, S.V. Babu-Narayan, W. Budts [et al.] // *European Heart Journal*. – 2021. – Vol. 42, № 6. – P. 563-645.
265. 2020 ESC guidelines for the management of adult congenital heart disease: the task force for the management of adult congenital heart disease of the European society of cardiology (ESC). endorsed by: Association for European paediatric and congenital cardiology (AEPC), International society for adult congenital heart disease (ISACHD) /

H. Baumgartner, J. De Backer, S.V. Babu-Narayan [et al.] // *Revista Espanola de Cardiologia*. – 2021. – Vol. 74, № 5. – P. 436.

266. A clinical prediction model for the presence of peripheral arterial disease – the benefit of screening individuals before initiation of measurement of the ankle-brachial index: an observational study / B.L. Bendermacher, J.A. Teijink, E.M. Willigendael [et al.] // *Vascular Medicine*. – 2007. – Vol. 12. – P. 5-11.

267. A qualitative evaluation of 40 voluntary, smoke-free, multiunit, housing policy campaigns in California / T.D. Satterlund, J. Treiber, R. Kipke, D. Cassady // *Tobacco Control*. – 2014. – Vol. 23, № 6. – P. 491-495.

268. A Woman-centered Educational Program for Primary Prevention of Lung Cancer in a Cuban Municipality, 2012-2013 / A. Cruz, Z. Castillo, J. Pérez, A. Abeledo // *MEDICC Review*. – 2015. – Vol. 17, № 4. – P. 44-47.

269. ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS 2010 performance measures for adults with peripheral artery disease / J.W. Olin, D.E. Allie, M. Belkin [et al.] // *Vascular Medicine*. – 2010. – Vol. 15, № 6. – P.481-512.

270. Adult Oral Health Programs in Japanese Municipalities: Factors Associated with Self-Rated Effectiveness / T. Yamamoto, S. Fuchida, J. Aida [et al.] // *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. – 2015. – Vol. 237, № 4. – P. 259-266.

271. Al-Omran, M. Perceptions of Canadian vascular surgeons toward pharmacological risk reduction in patients with peripheral arterial disease / M. Al-Omran, T.F. Lindsay, J. Major // *Annals of Vascular Surgery*. – 2006. – Vol. 20. – P. 555-563.

272. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis / F.G. Fowkes, G.D.Murray, I. Butcher [et al.] // *JAMA*. – 2008. – Vol. 300, № 2. – P. 197-208.

273. Association between the number of boardcertified cardiologists and the risk of in-hospital mortality: A nationwide study involving the Japanese registry of all cardiac and vascular diseases / K. Yoneyama, K. Kanaoka, S. Okayama [et al.] // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9, № 12. – P. e024657.

274. Association of Diabetes Mellitus With Health Status Outcomes in Patients With Peripheral Artery Disease: Insights From the PORTRAIT Registry / K.K. Patel, H. Alturkmani, K. Gosch [et al.] // *Journal of the American Heart Association*. – 2020. – Vol. 9, № 22. – P. e017103.
275. Association of myocardial and serum MIRNA expression patterns with the presence and extent of coronary artery disease: a cross-sectional study / E.A. Polyakova, M.I. Zارايسкий, E.I. Baranova [et al.] // *International Journal of Cardiology*. – 2021. – Vol. 322. – P. 9-15.
276. Associations between conventional cardiovascular risk factors and risk of peripheral artery disease in men / M.M. Joosten, J.K. Pai, M.L. Bertioia [et al.] // *Journal of American Medical Association*. – 2012. – Vol. 308, № 16. – P. 1660-1667.
277. Atherosclerotic risk factor reduction in peripheral arterial disease: results of a national physician survey / M.M. McDermott, E.A. Hahn, P. Greenland [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2002. – Vol. 17, № 12. – P. 895-904.
278. Auerbach, A.D. Shop for Quality or Volume? Volume, Quality, and Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery / A.D. Auerbach // *Annals of Internal Medicine*. – 2009. – Vol. 150, № 10. – P. 696.
279. Batista, M. Actions of the School Health Program and school meals in the prevention of childhood overweight: experience in the municipality of Itapevi, São Paulo State, Brazil, 2014 / M. Batista, L. Mondini, P.C. Jaime // *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. – 2017. – Vol. 26, № 3. – P. 569-578.
280. Biomarkers of inflammation and thrombosis as predictors of near-term mortality in patients with peripheral arterial disease: a cohort study / H. Vidula [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. – 2008. – Vol. 148, № 1. – P. 85-93.
281. Blood pressure response to a community-based program and long-term cardiovascular outcome / M.R. Salazar, W.G. Espeche, M. Aizpurúa [et al.] // *American Journal of Hypertension*. – 2014. – Vol. 27, № 8. – P. 1061-1068.
282. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution

- bias / S. MacMahon, R. Peto, J. Cutler [et al.] // *Lancet*. – 1990. – Vol. 335. – P. 765-774.
283. Bozkurt, A.K. Peripheral artery disease assessed by ankle-brachial index in patients with established cardiovascular disease or at least one risk factor for atherothrombosis – CAREFUL Study: A national, multi-center, cross-sectional observational study / A.K. Bozkurt, O. Tabak, M. Gumus // *BMC Cardiovascular Disorders*. – 2011. – Vol. 11, № 1. – P. 4.
284. Brown, M.S. Familial hypercholesterolemia: defective binding of lipoproteins to cultured fibroblasts associated with impaired regulation of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase activity / M.S. Brown, J.L. Goldstein // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 1974. – Vol. 71. – P. 788-792.
285. Cardiac arrhythmias and sudden unexpected death in epilepsy: results of long-term monitoring / S. Serdyuk, K. Davtyan, O. Drapkina [et al.] // *Heart Rhythm*. – 2021. – Vol. 18, № 2. – P. 221-228.
286. Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update 2016 / N. Townsend, L. Wilson, P. Bhatnagar [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – Vol. 37, № 42. -P. 3232-3245.
287. Cardiovascular diseases on the global agenda: the United Nations high level meeting, Sustainable Development Goals, and the way forward / J. Ralston, K.S. Reddy, V. Fuster, J. Narula // *Global Heart*. – 2016. – Vol. 11. – P. 375-379.
288. Carpentier, P.H. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France / P.H. Carpentier, H.R. Maricq, C. Biro // *Journal of Vascular Surgery*. – 2004. – Vol. 40, № 5. – P. 650-659.
289. Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities / M. Steenbakkers, M. Jansen, H. Maarse, N. de Vries // *Health Policy*. – 2012. – Vol. 105, № 3. – P. 288-295.
290. Chondur, R. Does relative remoteness affect chronic disease outcomes? Geographic variation in chronic disease mortality in Australia, 2002-2006 / R. Chondur,

S. Guthridge, P. Lawton // Australian and New Zealand Journal of Public Health. – 2014. – Vol. 38, № 2. – P. 117- 121.

291. Clinical Outcomes and Cost Comparisons of Stent and Non-Stent Interventions in Infringuinal Peripheral Artery Disease: Insights From the Excellence in Peripheral Artery Disease (XLPAD) Registry / S. Banerjee, H. Jeon-Slaughter, E. Armstrong [et al.] // J Invasive Cardiology. – 2019. – Vol. 31, № 1. – P. 1-9.

292. Coghill, C.L. Built environment interventions aimed at improving physical activity levels in rural Ontario health units: a descriptive qualitative study / C.L. Coghill, R.K. Valaitis, J.D. Eyles // BMC Public Health. – 2015. – Vol. 15. – P. 464.

293. Cohort study examining the relationship between remoteness and requirement for surgery to treat peripheral artery disease at a tertiary hospital in North Queensland / J. G. MChir, A. Drovandi, R. Velu, J. Moxon // Australian Journal of Rural Health. – 2021. – Vol. 29, № 4. – P. 512-520.

294. Combined use of brachial-ankle pulse wave velocity and ankle-brachial index for fast assessment of arteriosclerosis and atherosclerosis in a community / S. Y. Chuang, C. H. Chen, C. M. Cheng, P. Chou // International Journal of Cardiology. – 2005. 0 Vol. 9, № 1. – P. 99-105.

295. Comparative risk of renal, cardiovascular, and mortality outcomes in controlled, uncontrolled resistant, and nonresistant hypertension / J.J. Sim, S.K. Bhandari, J. Shi [et al.] // Kidney International. – 2015. – Vol. 88. – P. 622-632.

296. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: A systematic review and analysis / F.G. Fowkers, D. Rudan, I. Rudan [et al.] // Lancet. – 2013. – Vol. 382, № 9901. – P. 1329-1340.

297. Correlates for a low ankle-brachial index in elderly Chinese / J. Woo [et al.] // Atherosclerosis. – 2006. – Vol. 186. – P. 360-366.

298. Creager, M.A. Medical management of peripheral arterial disease / M.A. Creager // Cardiol. Rev. – 2001. – Vol. 9. – P. 238-245.

299. Creating Integrated Strategies for Increasing Access to Healthy Affordable Food in Urban Communities: A Case Study of Intersecting Food Initiatives / M. Silver, A.



- Bediako, T. Capers [et al.] // *Journal of Urban Health*. – 2017. – Vol. 94, № 4. – P. 482-493.
300. Criqui, M.H. Epidemiology of peripheral artery disease / M.H. Criqui, V. Aboyans // *Circulation Research*. – 2015. – Vol. 116. – P. 1509-1526.
301. Criqui, M.H. Peripheral arterial disease epidemiological aspects / M.H. Criqui // *Vascular Medicine*. – 2001. – Vol. 6, № 1. – P. 3-7.
302. Criqui, M.H. The epidemiology of peripheral arterial disease: importance of identifying the population at risk / M.H. Criqui, J.O. Denenberg, R.D. Langer // *Vascular Medicine*. – 1997. – Vol. 2. – P. 221-226.
303. Daniel, M. Framing the biosocial pathways underlying associations between place and cardiometabolic disease / M. Daniel, S. Moore, Y. Kestens // *Health Place*. – 2008. – Vol. 14, № 2. – P. 117-132.
304. Decousus, H. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment / H. Decousus, M. Epinat, K. Guillot // *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. – 2003. – Vol. 9, № 7. – P. 393-397.
305. Delis, K.T. Improving walking ability and ankle brachial pressure indices in symptomatic peripheral vascular disease with intermittent pneumatic foot compression: a prospective controlled study with one-year follow-up / K.T. Delis, A.N. Nicolaides, J.H. Wolfe // *Journal of Vascular Surgery*. – 2000. – Vol. 31, № 5. – P. 650-661.
306. Diabetes and vascular disease: pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part II / J.A. Beckman, F. Paneni, F. Cosentino, M.A. Creager // *European Heart Journal*. – 2013. – Vol. 34, № 31. – P. 2444-2452.
307. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies / N. Sarwar, P. Gao, S.R.K. Seshasai [et al.] // *Lancet*. – 2010. – Vol. 375. – P. 2215-2222.
308. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death / S.R.K. Seshasai, S. Kaptoge, A. Thompson [et al.] // *The New England Journal of Medicine*. – 2011. – Vol. 364. – P. 829-841.

309. Disparities in socioeconomic context and association with blood pressure control and cardiovascular outcomes in ALLHAT / A. Shahu, J. Herrin, S.S. Dhruva [et al.] // *Journal of the American Heart Association*. – 2019. – Vol. 8, № 15. – P. e012277.
310. Distribution of the ankle-brachial index and peripheral arterial disease in middle-aged and elderly Chinese: a population-based study of 18,000 men and women / W. An [et al.] // *Circulation*. – 2010. – Vol. 122. – P. e43.
311. Donaldson, L. Registering a need / L. Donaldson // *British Medical Journal*. – 1992. – Vol. 305, № 6854. – P. 597-598.
312. Dynamic resistant hypertension patterns as predictors of cardiovascular morbidity: a 4-year prospective study / C. Tsioufis, A. Kasiakogias, A. Kordalis [et al.] // *Journal of Hypertension*. – 2014. – Vol. 32, № 2. – P. 415-422.
313. Early-life state-of-residence characteristics and later life hypertension, diabetes, and ischemic heart disease / D.H. Rehkopf, E.A. Eisen, S. Modrek [et al.] // *American Journal of Public Health*. – 2015. – Vol. 105, № 8. – P. 1689-1695.
314. Effect of salt substitution on community-wide blood pressure and hypertension incidence / A. Bernabe-Ortiz, V.G. Sal y Rosas, V. Ponce-Lucero [et al.] // *Nature Medicine*. – 2020. – Vol. 26. – P. 374-378.
315. Effects of salt substitutes on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials / Y.G. Peng, W. Li, X.X. Wen [et al.] // *American Journal of Clinical Nutrition*. – 2014. – Vol. 100, № 6. – P. 1448-1454.
316. Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review / C.K. Chow, K. Lock, K. Teo [et al.] // *International Journal of Epidemiology*. – 2009. – Vol. 38, № 6. – P. 1580-1594.
317. Erratum: 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European association of cardio-thoracic surgery (EACTS) (*Eur Heart J* (2021) 42 (373-498) / G. Hindricks, T. Potpara, N. Dagres [et al.] // *European Heart Journal*. – 2021. – Vol. 42, № 5. – P. 546-547.
318. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral,

mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. The Task Force on the Diagnosis and Treat / M. Tendera, V. Aboyans, M.L. Bartelink [et al.] // *European Heart Journal*. – 2011. – Vol. 32, № 22. – P. 2851-906.

319. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases of the European Society of Cardiology (ESC) / M. Tendera [et al.] // *European Heart Journal*. – 2011. – Vol.32. – P. 2851-2906.

320. Estimation of the death rate from mental diseases and diseases of the circulatory system: problems of coding and statistical accounting of deaths / I.I. Samorodskaya, M.A. Vatolina, V.B. Belov, S.A. Boitsov // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2021. – Т. 2014, № 5. – С. 8.

321. Ethnic-specific prevalence of peripheral arterial disease in the United States / M. A. Allison [et al.] // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2007. – Vol. 32. – P. 328-333.

322. European society of cardiology: cardiovascular disease statistics 2019 / A. Timmis, S.E. Petersen, D. Kazakiewicz [et al.] // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41, № 1. – P. 12-85.

323. Factors associated with county-level variation in premature mortality due to noncommunicable chronic disease in the United States, 1999-2017 / S. Song, M.G. Trisolini, K.A. LaBresh [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2020. – Vol. 3, № 2. – P. e200241.

324. Factors Influencing the Prescription of Cardiovascular Preventive Therapies in Patients with Peripheral Arterial Disease / M.L. Montminy, V. Gauvin, S. Turcotte [et al.] // *PLoS One*. – 2016. – Vol. 11, № 2. – P. e0148069

325. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society / B.G. Nordestgaard, M.J. Chapman,

S.E. Humphries [et al.] // *European Heart Journal*. – 2013. – Vol. 34, № 45. – P. 3478-3490a.

326. Forsberg, P.O. Causal nature of neighborhood deprivation on individual risk of coronary heart disease or ischemic stroke: a prospective national Swedish co-relative control study in men and women / P.O. Forsberg, H. Ohlsson, K. Sundquist // *Health Place*. – 2018. – Vol. 50. – P. 1-5.

327. Forsberg, P.O. Neighborhood socioeconomic characteristics and statin medication in patients with myocardial infarction: a Swedish nationwide follow-up study / P.O. Forsberg, X. Li, K. Sundquist // *BMC Cardiovascular Disorders*. – 2016. – Vol. 16. – P. 146.

328. Fowkes, F.G. Epidemiology of atherosclerotic arterial disease in the lower limbs / F.G. Fowkes // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. – 1988. – Vol. 2. – P. 283-291.

329. Frequency of a low ankle brachial index in the general population by age, sex and deprivation: cross-sectional survey of 28,980 men and women / J. F. Price, M. C. Stewart, A. F. Douglas [et al.] // *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. – 2008. – Vol. 15. – P. 370-375.

330. Gaps in public knowledge of peripheral arterial disease: the first national PAD public awareness survey / A.T. Hirsch, T.P. Murphy, M.B. Lovell [et al.] // *Circulation*. – 2007. – Vol. 116. – P. 2086-2094.

331. Geographic and arealevel socioeconomic variation in cardiometabolic risk factor distribution: a systematic review of the literature / R. Toms, A. Bonney, D.J. Mayne [et al.] // *International Journal of Health Geographics*. – 2019. – Vol. 18, № 1. – P. 1.

332. Geographic variation of the incidence rate of lower limb amputation in Australia from 2007-12 / M.P. Dillon, L.V. Fortington, M. Akram [et al.] // *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12, № 1. – P. e0170705.

333. Gertler, M.M. Coronary Heart Disease in Young Adults. A multi-disciplinary study / M.M. Gertler, P.D. White // *Science*. – 1954. 0 Vol. 120, № 1. – P.1-2.

334. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects / P.C. Hallal, L.B. Andersen, F.C. Bull [et al.] // *Lancet*. – 2012. – Vol. 380, № 9838. – P. 247e57.
335. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015 / G.A. Roth, C. Johnson, A. Abajobir [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2017. – Vol. 70. – P. 1-25.
336. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis / P. Song, D. Rudan, Y. Zhu [et al.] // *Lancet Global Health*. – 2019. – Vol. 7, № 8. – P. e1020-e1030.
337. Going upstream — an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities / Y. Naik, P. Baker, S.A. Ismail [et al.] // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 1678.
338. Goldstein, J.L. A century of cholesterol and coronaries: from plaques to genes to statins / J.L. Goldstein, M.S. Brown // *Cell*. – 2015. – Vol. 161. – P. 161-172.
339. Golomb, B.A. Peripheral arterial disease morbidity and mortality implications / B.A. Golomb, T.T. Dang, M.H. Criqui // *Circulation*. – 2006ю – Vol. 114. – P. 688-99.
340. Golomb, B.A. Peripheral arterial disease: morbidity and mortality implications / B.A. Golomb, T.T. Dang, M.H. Criqui // *Circulation*. – 2006. – Vol. 114, № 7. – P. 688-699.
341. Guldbrandsson, K. What makes things happen? An analysis of the development of nine health-promoting measures aimed at children and adolescents in three Swedish municipalities / K. Guldbrandsson, S. Bremberg, H. Bäck // *Social Science & Medicine*. – 2005. – Vol. 61, № 11. – P. 2331-2344.
342. Harris, E. Developing healthy local communities at local government level: lessons from the past decade / E. Harris, J. Wills // *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. – 1997. – Vol. 21, № 4. – P. 403-412.
343. Healthy Retail as a Strategy for Improving Food Security and the Built Environment in San Francisco / M. Minkler, J. Estrada, S. Dyer [et al.] // *American Journal of Public Health*. – 2019. – Vol. 109, suppl. 2. – P. 137-140.

344. High-Molecular-Weight and Total Adiponectin Levels and Incident Symptomatic Peripheral Artery Disease in Women / Clinical Perspective. / D.Y. Ho, N.R. Cook, K.A. Britton [et al.] // *Circulation*.- 2011. – Vol. 124, № 21. – P. 2303-2311.
345. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions / Ross J.S., Normand S.-L.T., Wang Y. [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 362, № 12. – P. 1110-1118.
346. Hospitalization outcome of heart diseases between patients who received medical care by cardiologists and non-cardiologist physicians: A propensity-score matched study / Y.-M. Wu, C.-C. Liu, C.-C. Yeh [et al.] // *PLOS ONE*. – 2020. – Vol. 15, № 7. – P. e235207.
347. Impact of Cross-Sectoral Alcohol Policy on Youth Alcohol Consumption / M.C. De Goeij, M.A. Jacobs, P. van Nierop [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2016. – Vol. 77, № 4. – P. 596-605.
348. Implementation of a smoke-free policy on school premises and tobacco control as a priority among municipal health promotion activities: nationwide survey in Japan / K. Kayaba, C. Wakabayashi, N. Kunisawa [et al.] // *American Journal of Public Health*. – 2005. – Vol. 95, № 3. – P. 420-422.
349. Incidence of and risk factors for asymptomatic peripheral arterial occlusive disease: a longitudinal study / J.D. Hooi, A.D. Kester, H.E. Stoffers [et al.] // *American Journal of Epidemiology*. – 2001. – Vol. 153, № 7. – P. 666-672.
350. In-hospital outcomes of endovascular versus surgical revascularization for chronic total occlusion in peripheral artery disease / M. Zghouzi, H. M. Pacha, W. Ullah [et al.] // *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. – 2021. – Vol. 98, № 4. – P. E586-E593
351. Innovative Approaches to Prevention: Tackling the Global Burden of Cardiovascular Disease / F. Riahi, G. Dorling, R. Callahan [et al.] // *World Innovation Summit for Health*, – Doha, Qatar, 2016. – P.11.

352. Intermittent claudication. A risk profile from the Framingham Heart Study / J.M. Murabito, R.B. D'Agostino, H. Silbershatz, W.F. Wilson // *Circulation*. – 1997. – Vol. 96, № 1. – P. 44-49.
353. Intermittent claudication: An overview / A.V. Meru, S. Mitra, B. Thyagarajan, A. Chugh // *Atherosclerosis*. – 2006. – Vol. 187, № 2. – P. 221-237.
354. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy [et al.] // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. – 2007. – Vol. 33, Suppl. 1. – P. S1-S75.
355. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy [et al.] // *Journal of Vascular Surgery*. – 2007. – Vol. 45, Suppl. S. – P. S5-S67.
356. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II) / L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy [et al.] // *Journal of Vascular Surgery*. – 2007. – Vol. 45, Suppl. – P. S5-67.
357. Jonason, T. Diabetes mellitus and intermittent claudication. Relation between peripheral vascular complications and location of the occlusive atherosclerosis in the legs / T. Jonason, I. Ringqvist // *Acta medica Scandinavica*. – 1985. – Vol. 218, № 2. – P. 217-221.
358. Jones, L. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of clopidogrel and modified-release dipyridamole in the secondary prevention of occlusive vascular events: a systematic review and economic evaluation / L. Jones, S. Griffin, S. Palmer // *Health Technology Assessment*. – 2004. – Vol. 8, № 3-4. – P. 1-196.
359. Kelly, C. Colorado Healthy Eating and Active Living Cities and Towns Campaign / C. Kelly, J. George, E.R. Lanman // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2018. – Vol. 54, № 5, suppl. 2. – P. 145-149.
360. Kim, H.J. Healthy City Kwachon 21 Project: a community health promotion program in Korea / Kim H.J. // *Asia Pacific Journal of Public Health*. – 2000. – Vol. 12. – P. 67-70

361. Lepäntalo, M. Outcome of unreconstructed chronic critical leg ischaemia / M. Lepäntalo, S. Mätzke // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. – 1996. – Vol. 11, № 2. – P. 153-157.
362. Lerdal, A. Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program / A. Lerdal, E.H. Celius, G. Pedersen // *Journal Physical Act Health*. – 2013. – Vol. 10, № 7. – P. 1016-1023.
363. Levine, D.M. The Quality of Outpatient Care Delivered to Adults in the United States, 2002 to 2013 / D.M. Levine, J.A. Linder, B.E. Landon // *JAMA Internal Medicine*. – 2016. – Vol. 176, № 12. – P. 1778-1790.
364. Lipperman-Kreda, S. Rating the effectiveness of local tobacco policies for reducing youth smoking / S. Lipperman-Kreda, K.B. Friend, J.W. Grube // *The Journal of Primary Prevention*. – 2014. – Vol. 35, № 2. – P. 85-91.
365. Long-term prognosis of patients with peripheral arterial disease: a comparison in patients with coronary artery disease / G.M. Welten, O. Schouten, S.E. Hoeks [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2008. – Vol. 51, № 16. – P. 1588-1596.
366. Long-term survival after initial hospital admission for peripheral arterial disease in the lower extremities / I. Vaartjes, G. Borst, J. Reitsma [et al.] // *BMC Cardiovascular Disorders*. – 2009. – Vol. 9, № 1. – P. 43.
367. Low anklebrachial pressure index predicts increased risk of cardiovascular disease independent of the metabolic syndrome and conventional cardiovascular risk factors in the edinburgh artery study / S.H. Wild, C.D. Byrne, F. Smith[et al.] // *Diabetes Care*. – 2006. – Vol. 29, № 3. – P. 637-42.
368. Major adverse limb events and 1-year outcomes after peripheral artery revascularization / C.N. Hess, R.K. Rogers, T.Y. Wang [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2018. – Vol. 72, № 9. – P. 999-1011.



369. Maksimov, S.A. Modeling of arterial hypertension's risk in occupational group / S.A. Maksimov, G.V. Artamonova // *Russian Open Medical Journal*. – 2013. – T. 2, № 1. – С. 1-4.
370. Manifestations of integrated public health policy in Dutch municipalities / D. Peters, J. Harting, H. van Oers [et al.] // *Health Promotion International*. – 2016. – Vol. 31, № 2. – P. 290-302.
371. Marso, S.P. Peripheral arterial disease in patients with diabetes / S.P. Marso, W.R. Hiatt // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2006. – Vol. 47, № 5. – P.921-929.
372. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association / V. Aboyans [et al.] // *Circulation*. – 2012. – Vol. 126. – P. 2890-2909.
373. Mohler, E.R. Peripheral arterial disease. Identification and implications / E.R.Mohler // *Archives of Internal Medicine*. – 2003. – Vol. 163. – P. 2306-2314.
374. Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease / C. Diehm, J.R. Allenberg, D.Pittrow [et al.] // *Circulation*. – 2009. – Vol. 120. – P. 2053-2206.
375. Mortality associated with diastolic hypertension and isolated systolic hypertension among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial / G.H. Rutan, L.H. Kuller, J.D. Neaton [et al.] // *Circulation*. – 1988. – Vol. 77. – P. 504-514.
376. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors / R. Doll, R. Peto, J. Boreham, I. Sutherland // *British Medical Journal*. – 2004. – Vol. 328. – P. 1519-1520.
377. National trends in lower extremity bypass surgery, endovascular interventions, and major amputations / Goodney P.P., Beck A.W., Nagle J. [et al.] // *Journal of Vascular Surgery*. – 2009. – Vol. 50, № 1. – P. 54-60.
378. Natural history of claudication: long-term serial follow-up study of 1244 claudicants / R. Aquino, C. Johnnides, M. Makaroun [et al.] // *Journal of Vascular Surgery*. – 2001. – Vol. 34, № 6. – P. 962-970.

379. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease / A.V. Diez Roux, S.S. Merkin, D. Arnett [et al.] // *The New England Journal of Medicine*. – 2001. – Vol. 345, № 2. – P. 99-106.
380. Neighborhood socioeconomic status and coronary heart disease in individuals between 40 and 50 years / A.C. Carlsson, X. Li, M.J. Holzmann [et al.] // *Heart*. – 2016. – Vol. 102, № 10. – P. 775-782.
381. Neighborhood socioeconomic status at the age of 40 years and ischemic stroke before the age of 50 years: A nationwide cohort study from Sweden / A.C. Carlsson, X. Li, M.J. Holzmann [et al.] // *International Journal of Stroke*. – 2017. – Vol. 12, № 8. – P. 815-826.
382. Newman, A.B. Peripheral arterial disease: Insights from population studies of older adults / A.B. Newman // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2000. – Vol. 48. – P. 1157-1162.
383. Novel instrumental markers of proximal scleroderma provided by imaging photoplethysmography / O.V. Mamontov, T.V. Krasnikova, M.A. Volynsky [et al.] // *Physiological Measurement*. – 2020. – Vol. 41, № 4. – P. 044004.
384. Novo, S. Classification, epidemiology, risk factors, and natural history of peripheral arterial disease / S. Novo // *Diabetes, Obesity and Metabolism*. – 2002. – Vol. 4. – P. S1-S6.
385. Number of Cardiologists per Cardiovascular Beds and In-Hospital Mortality for Acute Heart Failure: A Nationwide Study in Japan / K. Kanaoka, S. Okayama, M. Nakai [et al.] // *Journal of the American Heart Association*. – 2019. – Vol. 8, № 18. – P. e012282.
386. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis / P.G. Steg, D.L. Bhatt, P.W. Wilson [et al.] // *JAMA*. – 2007. – Vol. 297, № 11. – P. 1197-1206.
387. Organization WH. WHO Mortality Database. WHO. Updated 2015 [Electronic resource]. – URL: [http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/) (Date of access: 05.06.2021).

388. Ouriel, K. Peripheral arterial disease / K. Ouriel // *Lancet*. – 2001. – Vol. 358. – P. 1257-1264.
389. Pabayo, R. US State-level income inequality and risks of heart attack and coronary risk behaviors: longitudinal findings / R. Pabayo, I. Kawachi, S.E. Gilman // *International Journal of Public Health*. – 2015. – Vol. 60, № 5. – P. 573-588.
390. Pande, R. L. Socioeconomic inequality and peripheral artery disease prevalence in US adults / R. L. Pande, M. A. Creager // *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. – 2014. – Vol. 7. – P. 532-539.
391. Paradoxically lower prevalence of peripheral arterial disease in South Asians: a systematic review and meta-analysis / M. Sebastianski, M. J. Makowsky, M. Dorgan, R. T. Tsuyuki // *Heart*. – 2014. – Vol. 100, № 2. – P. 100-105.
392. Parkin, D.M. The evolution of the population-based cancer registry / D.M. Parkin // *Nature Reviews Cancer*. – 2006. – Vol. 6, № 8. – P. 603-612.
393. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam / A. Wagemakers, R. Corstjens, M. Koelen [et al.] // *Promotion & Education*. – 2008. – Vol. 15, № 4. – P. 17-23.
394. Pass, H.I. Medical registries. Continued attempts for robust quality data / H.I. Pass // *Journal of Thoracic Oncology*. – 2010. – Vol. 5. – P. S198-199.
395. Pathophysiology of peripheral arterial disease in diabetes mellitus / S.L. Yang, L.Y. Zhu, R. Han [et al.] // *Journal of Diabetes*. – 2017. – Vol. 9, № 2. – P. 133-140.
396. Patterns of treatment for peripheral arterial disease in the United States: 1996-2005 / V.L. Rowe, W. Lee, F.A. Weaver, D. Etzioni // *Journal of Vascular Surgery*. – 2009. – Vol. 49. – P. 910-917.
397. Perceived quality of life in the «healthy people» municipal community health promotion program in Ciudad Lineal-Madrid / M. Esteban-Peña, S. Gerechter-Fernandez, A.M. Martínez-Simancas [et al.] // *SEMERGEN – Medicina de Familia*. – 2017. – Vol. 43, № 5. – P. 358-363.
398. Performance indicators in a newly established organized cervical screening programme: registry-based analysis in the Czech Republic / O. Májek, J. Dušková, V.

- Dvořák [et al.] // *European Journal of Cancer Prevention*. – 2017. – Vol. 26, № 3. – P. 232-239.
399. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care / A. T. Hirsch [et al.] // *JAMA* – 2001. – Vol. 286. – P. 1317-1324.
400. Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients: a comparison of severity and outcome / E.B. Jude, S.O. Oyibo, N. Chalmers, A.J. Boulton // *Diabetes Care*. – 2001. – Vol. 24, № 8. – P. 1433-1437.
401. Peripheral arterial disease in people with diabetes // *Diabetes Care*. – 2003. – Vol. 26, № 12. – P. 3333-3341.
402. Peripheral arterial disease: lack of awareness in Canada / M. Lovell, K. Harris, T. Forbes [et al.] // *Canadian Journal of Cardiology*. – 2009. – Vol. 25, № 1. – P. 39-45.
403. Peripheral artery disease, diabetes, and reduced lower extremity functioning / N.C. Dolan, K. Liu, M.H. Criqui [et al.] // *Diabetes Care*. – 2002. – Vol. 25, № 1. – P. 113-120.
404. Peripheral artery disease: epidemiology and global perspectives / F.G. Fowkes, V. Aboyans, F.J. Fowkes [et al.] // *Nature Reviews Cardiology*. – 2017. – Vol. 14, № 3. – P. 156-170.
405. Physical activity and mortality in patients with stable coronary heart disease / R.A.H. Stewart, C. Held, N. Hadziosmanovic [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2017. – Vol. 70. – P. 1689e700.
406. Physical activity during daily life and mortality in patients with peripheral arterial disease / P.K. Garg, L. Tian, M.H. Criqui [et al.] // *Circulation*. – 2006. – Vol. 114. – P. 242.
407. Physical Activity in Patients with Symptomatic Peripheral Artery Disease: Insights from the PORTRAIT Registry / P. A. Peri-Okonny, K. Gosch, S. Patel [et al.] // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. – 2020. – Vol. 60, № 6. – P. 889-895.
408. Pregnancy outcomes in women after arterial switch operation for transposition of the great arteries: results from ROPAC (registry of pregnancy and cardiac disease) of

- the european society of cardiology eurobservational research programme / O. Tutarel, K.P. Ramlakhan, L. Baris [et al.] // Journal of the American Heart Association. – 2021. – Vol. 10, № 1. – P. 1-11.
409. Prevalence of peripheral arterial disease and correlative risk factors among natural population in China / Y. Wang [et al.] // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. – 2009. – Vol. 37. – P. 1127-1131.
410. Prevalence of peripheral arterial disease and its association with smoking in a population-based study in Beijing, China / Y. He [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2006. – Vol. 44. – P. 333-338.
411. Prevalence of peripheral artery disease in the elderly population in urban and rural areas of Central Africa: the EPIDEMCA study / I. Desormais [et al.] // European Journal of Preventive Cardiology. – 2015. – Vol. 22. – P. 1462-1472.
412. Profile of cardiovascular risk factors and mortality in patients with symptomatic peripheral artery disease / S.G. Zanati, G.G. Mouraria, L.S. Matsubara [et al.] // Clinics (Sao Paulo). – 2009. – № 64. – P. 323-326.
413. Progression of peripheral arterial disease predicts cardiovascular disease morbidity and mortality / M.H. Criqui, J.K. Ninomiya, D.L. Wingard [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2008. – Vol. 52. – P. 1736-1742.
414. Rahman, M.S. Atherosclerosis / Rahman M.S., Woollard K. // Advances in Experimental Medicine and Biology. – 2017. – Vol. 1003. – P. 121-144.
415. REACH Registry Investigators. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes in patients with peripheral artery disease: insights from the REACH registry / D.J. Kumbhani, P.G. Steg, C.P. Cannon [et al.] // European Heart Journal. – 2014. – Vol. 35, № 41. – P. 2864-2872.
416. Regional and practice variation in adherence to guideline recommendations for secondary and primary prevention among outpatients with atherothrombosis or risk factors in the United States: a report from the REACH Registry / A. Kumar, G.C. Fonarow, K.A. Eagle [et al.] // Critical Pathways in Cardiology. – 2009. – Vol. 8, № 3. – P. 104-111.

417. Registry-based assessment of the status of cervical screening in Sweden / K.M. Elfström, P. Sparén, P. Olausson [et al.] // *Journal of Medical Screening*. – 2016. – Vol. 23, № 4. – P. 217-226.
418. Registry-based randomized controlled trials – what are the advantages, challenges, and areas for future research? / Li G., Sajobi T.T., Menon B.K. [et al.] // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2016. – Vol. 80. – P. 16-24.
419. Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association / R.M. Carey, D.A. Calhoun, G.L. Bakris [et al.] // *Hypertension*. – 2018. – Vol. 72, № 5. – P. e53-e90.
420. Rigatelli, G. Peripheral vascular disease endovascular management in patients scheduled for cardiac surgery: a clinical-angiographic approach / G. Rigatelli, P. Cardaioli, M. Giordan // *The International Journal of Cardiovascular Imaging*. – 2006. – Vol. 22, № 3. – P. 305-310.
421. Risk factors for peripheral arterial disease incidence in persons with diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study / K. Wattanakit, A.R. Folsom, E. Selvin [et al.] // *Atherosclerosis*. – 2005. – Vol. 180, № 2. – P. 389-397.
422. Roger, V.L. Cardiovascular diseases in populations: secular trends and contemporary challenges-Geoffrey Rose lecture, European Society of Cardiology meeting 2014 / V.L. Roger // *European Heart Journal*. – 2015. – Vol. 36, № 32. – P. 2142-2146.
423. Rosenfield, K. Disease of peripheral vessels / K. Rosenfield, P.R. Vale, J.M. Isner // *Textbook of Cardiovascular Medicine*; Ed. E.J. Topol. – 2nd. edition. – Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – P. 2109-2138.
424. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines / P. Tricoci, J.M. Allen, J.M. Kramer [et al.] // *JAMA*. – 2009. – Vol. 301, № 8. – P. 831-841.
425. Self-reported peripheral arterial disease predicts future vascular events in a community-based cohort / M.J. Salameh, T. Rundek, B. Boden-Albala [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2008. – Vol. 23. – P. 1423-1428.

426. Serum Total Bilirubin Level and Prevalent Lower-Extremity Peripheral Arterial Disease / T.S. Perlstein, R.L. Pande, J.A. Beckman, M.A. Creager // *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. – 2008.- Vol. 28, № 2. – P. 166-172.
427. Sex-specific time trends in first admission to hospital for peripheral artery disease in Scotland 1991-2007 / S. C. Inglis, J. D. Lewsey, D. Chandler [et al.] // *British Journal of Surgery*. – 2012. – Vol. 99, № 5. – P. 680-687.
428. Shifting paradigms in the treatment of lower extremity vascular disease: a report of 1000 percutaneous interventions / B.G. DeRubertis, P.L. Faries, J.F. McKinsey[et al.] // *Annals of Surgery*. – 2007. – Vol. 246. – P. 415-422.
429. Social and physical environments and disparities in risk for cardiovascular disease: the healthy environments partnership conceptual model / A.J. Schulz, S. Kannan, J.T. Dvonch [et al.] // *Environmental Health Perspectives*. – 2005. – Vol. 113, № 12. – P. 1817-1825.
430. Sociodemographic and regional determinants of dietary patterns in Russia / S. Maksimov, N. Karamnova, S. Shalnova [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17, № 1. – P. 328.
431. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women / S. Stringhini, C. Carmeli, M. Jokela [et al.] // *Lancet*. – 2017. – Vol. 389, № 10075. – P. 1229-1237.
432. Stańczyk, T.A. Realisation of a project on combating alcoholism as the element of comprehensive project «Pabianice – A Healthy Town» / T.A. Stańczyk, J.M. Lesman // *Wiadomości Lekarskie*. – 2002. – Vol. 55, suppl. 1, pt. 2. – P. 909-913.
433. Stansby G. Prospective registry and evaluation of peripheral arterial risks, events and distribution investigators. High risk of peripheral arterial disease in the United Kingdom: 2-year results of a prospective registry / G. Stansby, R. Mister, G. Fowkes // *Angiology*. – 2011. – Vol. 62, № 2. – P. 111-118.

434. Sternitzky, R. Risikoadaptierte Therapie von Gefässerkrankungen-- Antihypertensive Behandlung bei AVK / R. Sternitzky // Zeitschrift für Kardiologie. – 2005. – Bd. 94, Suppl. 4. – S. 19-23.
435. Strategies for Reducing the Door-to-Balloon Time in Acute Myocardial Infarction / E.H. Bradley, J. Herrin, Y. Wang [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2006. – Vol. 355, № 22. – P. 2308-2320.
436. Strategies. Implemented by 20 Local Tobacco Control Agencies to Promote Smoke-Free Recreation Areas, California, 2004-2007 / T.D. Satterlund, D. Cassady, J. Treiber, C. Lemp // Preventing Chronic Disease. – 2011. – Vol. 8, № 5. – P. 111.
437. Suggested objective performance goals and clinical trial design for evaluating catheter-based treatment of critical limb ischemia / M.S. Conte, P.J. Geraghty, A.W. Bradbury [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2009. – Vol. 50, № 6. – P. 1462-1473.
438. The care transitions intervention: translating from efficacy to effectiveness / R. Voss, R. Gardner, R. Baier [et al.] // Archives of Internal Medicine. – 2011. – Vol. 171, № 14. – P.1232-1237.
439. The Dynamics of The Development of the Load on the Anesthesiology and Critical Care Services in a Large City / Apresyan A.U., Vishnyakov N.I., Klukovkin K.S., Okulov M.V., Kozhin S.A. Geintec. – 2021. - № 4 (11). – P. 863-872.
440. The morbidity and mortality following a diagnosis of peripheral arterial disease: long-term follow-up of a large database /J. Caro, K. Migliaccio-Walle, K Ishak., I. Proskorovsky // BMC Cardiovascular Disorders. – 2005. – Vol. 5, № 1. – P. 14.
441. The role of cardiac registries in evidence-based medicine / A.K. Gitt, H. Bueno, N. Danchin [et al.] // European Heart Journal. – 2010. – Vol. 31. – P. 525-529.
442. The role of diabetes in the development of peripheral artery diseases and recent ways of revascularization of lower limb arteries (review) / M.A. Zhakubayev, T.Zh. Egemberdiev, A.Zh. Matkerimov[et al.] // Вестник хирургии Казахстана. – 2019. – № 2 (59). – С. 17-22.



443. The role of medical registries, potential applications and limitations / B. Pop, B. Fetica, M.L. Blaga [et al.] // *Medicine and Pharmacy Reports*. – 2019. – Vol. 92, № 1. – P. 7-14.
444. The serum lipoprotein transport system in health, metabolic disorders, atherosclerosis and coronary heart disease / J.W. Gofman, O. Delalla, F. Glazier [et al.] // *Journal of Clinical Lipidology*. – 2007. – Vol. 1. – P. 104-141.
445. Thomas, M.M. Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program / M.M. Thomas, W. Hodge, B.J. Smith // *Health Promotion International*. – 2009. – Vol. 24, № 4. – P. 353-362.
446. Trends and causes of readmission following peripheral vascular intervention in patients with peripheral vascular disease / H. M. Pacha, T. Mir, Y. Al-khadra [et al.] // *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. – 2021. – Vol. 98, № 3. – P. 540-548.
447. Trends in vascular surgery since the introduction of percutaneous transluminal angioplasty / J.P. Pell, M.R. Whyan, F.G. Fowkes [et al.] // *British Journal of Surgery*. – 1994. – Vol. 81. – P. 832-835.
448. Trends, complications, and mortality in peripheral vascular surgery / R. Nowygrod, N. Egorova, G. Greco [et al.] // *Journal of Vascular Surgery*. – 2009. – Vol. 43. – P. 205-216.
449. United Nations. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. – Текст: электронный. – 2012. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2011/04/first-global-ministerial-conference-on-healthy-lifestyles-and-ncd-control> (дата обращения: 10.07.2021).
450. Using Zoning as a Public Health Tool to Reduce Oversaturation of Alcohol Outlets: an Examination of the Effects of the New «300 Foot Rule» on Packaged Goods Stores in a Mid-Atlantic City / C.L. Hippensteel, R.C. Sadler, A.J. Milam [et al.] // *Prevention Science*. – 2019. – Vol. 20. – P. 833-843.

451. Variation in coronary angiography rates in Australia: correlations with socio-demographic, health service and disease burden indices / D.P. Chew, A.I. MacIsaac, J. Lefkovits [et al.] // *The Medical Journal of Australia*. – 2016. – Vol. 205, № 3. – P. 114-120.
452. Vital Signs: Prevalence of Key Cardiovascular Disease Risk Factors for Million Hearts 2022 – United States, 2011-2016 / H.K. Wall, M.D. Ritchey, C. Gillespie [et al.] // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2018. – Vol. 67, № 35. – P. 983-991.
453. Watson, K. Peripheral arterial disease: a review of disease awareness and management / K. Watson, B.D. Watson, K.S. Pater // *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. – 2006. – Vol. 4, № 4. – P. 365-379.
454. Wee, L.E. Individual and neighborhood social factors of hypertension management in a low-socioeconomic status population: a community-based case-control study in Singapore / L.E. Wee, G.H. Koh // *Hypertension Research*. – 2012. – Vol. 35, № 3. – P. 295-303.
455. What regional living conditions affect individual smoking of adults in Russia / S.A. Maksimov, S.A., Shalnova Y.A. Balanova [et al.] // *International Journal of Public Health*. – 2021. – Vol. 66. – P. 599.
456. WHO. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and NCD Control — About the conference. – Текст: электронный. – 2011. – URL: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2011/04/first-global-ministerial-conference-on-healthy-lifestyles-and-ncd-control/about-the-conference> (дата обращения: 12.07.2021).
457. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. – Geneva, 2014. – 210 p.
458. Winkleby, M. Inequities in CHD incidence and case fatality by neighborhood deprivation / M. Winkleby, K. Sundquist, C. Cubbin // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2007. – Vol. 32, № 2. – P. 97-106.

**Карта изучения динамики заболеваемости болезнями системы кровообращения, в том числе заболеваниями периферических артерий в Российской Федерации**

1. Год \_\_\_\_\_

2. ФО (отметить)

Российская Федерация	Сибирский	Дальневосточный
Центральный	Приволжский	Уральский
Северо-Западный	Южный	Северо-Кавказский

3. Наименование субъекта РФ \_\_\_\_\_

4. Показатели заболеваемости

Показатель	Значение показателя
Заболеваемость (грубый на 100 000 насел.) всего, в том числе:	
<b>Болезни системы кровообращения всего, в т.ч.:</b>	
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	
ишемические болезни сердца	
цереброваскулярные болезни	
эндартериит, тромбангиит облитерирующий	
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	
Заболеваемость (стандартизованный на 100 000 населения, мировой стандарт) всего, в том числе:	
<b>Болезни системы кровообращения всего, в т.ч.:</b>	
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	
ишемические болезни сердца	
цереброваскулярные болезни	
эндартериит, тромбангиит облитерирующий	
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	

**Карта изучения динамики заболеваемости болезнями системы кровообращения, в том числе заболеваниями периферических артерий в субъектах Российской Федерации**

5. Год \_\_\_\_\_

6. Наименование субъекта РФ

<b>Области</b>				
Кировская	Саратовская	Волгоградская	Оренбургская	Новгородская
Ленинградская	Калининградская	Псковская	Мурманская	Вологодская
<b>Республики и автономные округа</b>				
Адыгея	Чувашская	Карелия	Башкортостан	Коми
Удмурдская	Чеченская	Татарстан	Карачаево-Черкесская	Ненецкий
<b>Края</b>				
Краснодарский	Ставропольский			
<b>Города федерального значения</b>				
Санкт-Петербург				

7. Показатели заболеваемости

Показатель	Абс. количество больных	Доля в %
<b>Болезни системы кровообращения всего, в т.ч.:</b>		
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением		
ишемические болезни сердца		
цереброваскулярные болезни		
эндартериит, тромбангиит облитерирующий		
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов		



**Карта изучения заболеваемости болезнями системы кровообращения,  
в том числе заболеваниями периферических артерий в Санкт-Петербурге по  
данным об оказанной медицинской помощи**

1. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

2. Год \_\_\_\_\_ 3. Тип медицинской организации: 1. АПУ 2. Стационар

4. Сведения о медицинской помощи

	Код диагноза по МКБ-10	Кол-во случаев оказания медицинской помощи	Сумма оплаты по установленным тарифам в сфере ОМС в руб.
<b>Болезни системы кровообращения всего, в т.ч.:</b>	<b>I00-I99</b>		
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I13		
Ишемические болезни сердца	I20-I25		
Цереброваскулярные болезни	I60-I69		
эндартериит, тромбангиит облитерирующий	I70.2, I73.1		
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	I80-I83, I85-I89		

**Карта изучения организации динамического наблюдения больных заболеваниями периферических артерий в Российской Федерации по данным медицинской статистики**

1. Наименование субъекта РФ \_\_\_\_\_

2. Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

3. Численность прикрепленного населения \_\_\_\_\_

4. Сведения:

	Численность состоящих на ДН	Число случаев оказания медицинской помощи в течении года
<b>Болезни системы кровообращения всего, в т.ч.:</b>		
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением		
ишемические болезни сердца		
цереброваскулярные болезни		
эндартериит, тромбангиит облитерирующий		
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов		

### КАРТА ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

**Базовые сведения о больном:**

1. Пол: 1. М 2. Ж 2. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_ 3. Район проживания в СПб \_\_\_\_\_ 4. Социальная группа: 1. работает  
2. учится 3. пенсионер 4. не работает 0. нет сведений 5. Наличие инвалидности: 1. нет 2. есть (указать группу и заболевание) \_\_\_\_\_

**Сведения о заболеваниях:**

6. Основной диагноз заболевания периферических артерий \_\_\_\_\_ 7. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_  
8. Сопутствующие диагнозы \_\_\_\_\_  
9. Год установления диагноза заболевания периферических артерий \_\_\_\_\_ 10. Диспансерное наблюдение: 1. нет. 2. да (указать запланированную частоту осмотров) \_\_\_\_\_ 11. Визиты к врачу, в т.ч. в рамках диспансерного наблюдения: 1. раз в неск. месяцев  
2. раз в полгода 3. раз в год 4. раз в несколько лет 6. нет сведений 12. Стационарное лечение по поводу заболевания периферических артерий: 1. нет; 2. да (в круглос. стационаре, указать кол-во случаев) \_\_\_\_\_ 3. да (в дневном стационаре, указать кол-во случаев) \_\_\_\_\_  
13. Хирургическое лечение заболевания периферических артерий: 1. нет 2. да (указать дату, описание оперативного пособия)

**Сведения о посещениях медицинской организации в \_\_\_\_\_ году по поводу заболевания периферических артерий:**

14. Общие сведения о посещениях (в столбцах, где указаны варианты ответов - выбрать соответствующий):

№	Дата	Специальность врача	Цель посещения	Кем направлен	Отметка о направлении в иное МО для обследования, консультации (указать конкретно)	Результат посещения
1						

15. Сведения о лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятиях, выполненных (назначенных) при посещениях медицинской организации (указать какие методы, лекарственные препараты назначены):

№	Дата	Лечебные/реабилитационные мероприятия	Диагностические исследования
1			



### Карта оценки организации медицинской помощи в дневном стационаре при заболеваниях периферических артерий в Санкт-Петербурге

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Количество коек ДС всего \_\_\_\_\_, в том числе по профилю сердечно-сосудистая хирургия \_\_\_\_\_

Год предоставления медицинской помощи: 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2019, 2020, 2021, 2022 (отметить)

Движение пациентов в дневном стационаре	Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь								
	в стационарных условиях			в амбулаторных условиях			на дому		
	выписано пациентов	проведено пациенто дней	умерло	выписано пациентов	проведено пациенто дней	умерло	выписано пациентов	проведено пациенто дней	умерло
Всего пролечено больных									
Болезни системы кровообращения									
Заболевания периферических артерий									

Использование коек дневного стационара по профилям	Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях					
	Число коек		Выписано пациентов		Проведено пациенто дней	
	для взрослых		всего взрослых	лиц старше трудоспособного возраста	всего взрослыми	лицами старше трудоспособного возраста
на конец года	средне-годовых					
Все койки						
Койки сосудистой хирургии						





**Карта изучения объемов специализированной медицинской помощи при  
заболеваниях периферических артерий в Санкт-Петербурге**

№	Параметр	Значение (внести или отметить)
1.	Год оказания медицинской помощи (услуги)	
2.	Возраст (к-во лет)	
3.	Диагноз	I70- I79
		I70
		I70.2
		I70.9
		I73
		I73.1
		I74
		I74.3
4.	Район проживания в Санкт-Петербурге	
5.	Наименование медицинской организации, направившей пациента в стационар	
6.	Наименование стационара	
7.	Профиль отделения стационара	
8.	Оказанная медицинская помощь (услуги)	
9.	Условия оказания помощи	амбулаторные
		Госпитализация на один день
		Осмотр в приемном отделении
		госпитализация
		прочее (указать)
10.	Исход лечения	выписан
		улучшение
		переведен в другое отделение
		переведен в другой стационар
		умер
11.	Количество проведенных больным койко-дней	
12.	Сумма оплаты за оказанную медицинскую помощь	

## КАРТА СЛУЧАЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ЗПА

Наименование стационара \_\_\_\_\_ Профиль отделения \_\_\_\_\_

### Базовые сведения о больном:

1. Пол: 1 М 2 Ж 2. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_ 3. Район проживания в СПб \_\_\_\_\_ 4. Социальная группа: 1 работает; 2 учится; 3 пенсионер; 4 не работает 5 нет сведений 5. Наличие инвалидности: 1 нет 2 есть (указать группу и заболевание) \_\_\_\_\_

### Госпитализация:

6. Форма госпитализации: 1 плановая 2 экстренная 7. Направление в стационар: 1 без направления 2 скорой помощь 3 поликлиника 4 стационар 5 иное \_\_\_\_\_ 8. Дата направления на госпитализацию \_\_\_\_\_ 9. Госпитализация в текущем году: 1 первичная 2 повторная 11. Дата и время поступления в приемное отделение \_\_\_\_\_ 10. Дата и время поступления в профильное отделение \_\_\_\_\_ 11. Дата и время выписки \_\_\_\_\_ 12. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_ 13. Исход госпитализации: 1 выздоровление 2 улучшение 3 без перемен 4 ухудшение 5 умер 14. Результат госпитализации: 1 выписан 2 переведен в другое МО 3 переведен в дневной стационар 4 умер 5 иной вариант (указать) \_\_\_\_\_ 14. Рекомендовано: 1. дисп. наблюдение в поликлинике 2. реабилитация амбулат. 3. реабилит. в стационаре 4. сан-кур лечение 5. иное (указать) \_\_\_\_\_

### Заболевания:

15. Диагноз направления \_\_\_\_\_ 16. Диагноз приемного отделения: \_\_\_\_\_ 17. Клинический диагноз: Основной \_\_\_\_\_ Осложнения \_\_\_\_\_ Сопутствующий \_\_\_\_\_

### Лечение:

18. Оперативное пособие:

№	Дата и время	Наименование	Осложнения
1			

19. Другие методы лечения:

№	Название лечения	Схема лечения	Дата (период) выполнения (применения)
1			

20. Диагностика:

№	Название диагностического исследования	Дата выполнения	№	Название диагностического исследования	Дата выполнения
1			2		

## Анкета изучения мнения пациента с заболеванием периферических артерий об оказании первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации

*Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение по вопросам оказания медицинской помощи сосудистым больным очень важно при совершенствовании здравоохранения! Благодарим за участие в опросе!*

1. Ваш возраст: \_\_\_ (полных лет) 2. Ваш пол: 1. М 2. Ж 3. Вы работаете? 1. Да 2. Нет
4. Ваше образование: 1. Неполное среднее 2. Среднее 3. Высшее (незаконченное высшее)
5. Имеете ли Вы инвалидность по сердечно-сосудистому заболеванию: 1. Да 2. Нет
6. Укажите, пожалуйста, Ваш основной диагноз:  
\_\_\_\_\_
7. Ваша госпитализация: 1. Плановая 2. Экстренная 0. Затрудняюсь ответить
8. Давно ли у Вас выявлено сердечно-сосудистое заболевание, по поводу которого Вы проходите стационарное лечение? 1. Несколько дней 2. Несколько недель 3. Несколько месяцев 4. Несколько лет 5. Более 10 лет 0. Затрудняюсь ответить
9. Как было выявлено Ваше сердечно-сосудистое заболевание? 1. Случайная находка при проф.осмотре в поликлинике 2. Обратился к врачу поликлиники, так как были симптомы. 3. Случайная находка при плановом стационарном лечении другого заболевания 4. Заболевание стало причиной экстренной госпитализации в стационар каретой скорой помощи.
10. С момента выявления у Вас сердечно-сосудистого заболевания, находитесь ли Вы под наблюдением врача? 1. Да, посещаю врача поликлиники регулярно 2. Да, посещаю врача иной медицинской организации регулярно 3. Нет, я вообще нигде регулярно не наблюдаюсь, обращаюсь к врачу только при наличии проблем, жалоб 4. Иной вариант \_\_\_\_\_
11. Как часто Вы посещаете врача? 1. Ежемесячно 2. Раз в полгода 3. Раз в год 4. Раз в несколько лет 0. Затрудняюсь ответить
12. Какого врача Вы посещаете с целью наблюдения Вашего сердечно-сосудистого заболевания? 1. Кардиолог 2. Хирург 3. Терапевт 4. Сосудистый хирург 5. Иной специалист \_\_\_\_\_
13. Состоите ли Вы под диспансерным наблюдением в поликлинике по поводу Вашего сосудистого заболевания? 1. Да 2. Нет
14. Вас приглашают в поликлинику на диспансерный осмотр (напоминают о необходимости осмотра)? 1. Да, мне напоминают (звонят, пишут) из поликлиники 2. Да, мне напоминают (звонят, пишут, направляют смс -сообщения) из моей страховой компании 3. Нет 0. Затрудняюсь ответить
15. Удовлетворены ли Вы информацией, полученной от врачей поликлиники по особенностям Вашего заболевания, необходимости и регулярности наблюдения и т.п.? 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но информацию пришлось «вытягивать» 3. Нет, мне ничего не разъяснили
16. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале диспансерное наблюдение в поликлинике в связи с Вашим сердечно-сосудистым заболеванием?  1  2  3  4  5
17. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале в целом работу Вашей поликлиники по лечению сердечно-сосудистых заболеваний?  1  2  3  4  5
18. Укажите, чем именно Вы не удовлетворены в работе Вашей поликлиники по лечению сердечно-сосудистых заболеваний (можно отметить несколько вариантов ответов)?  
1. Трудно попасть на прием к врачу-специалисту по профилю моего сердечно-сосудистого заболевания

2. В поликлинике нет кардиолога/сосудистого хирурга, а в другое учреждение не направляют
3. В поликлинике нет кардиолога/сосудистого хирурга, направляют на консультацию в другое учреждение, но туда не попасть – очень большие сроки ожидания и т.п.
4. Трудно сделать необходимые диагностические исследования (ЭКГ, УЗИ, ангиографию и пр.)
5. Трудно сделать необходимые лабораторные исследования (анализы крови и пр.)
6. Плохое оснащение современным медицинским оборудованием
7. Приходится платить за медицинские услуги (проходить обследование платно)
8. Длительные сроки ожидания медицинских услуг
9. Низкая квалификация медицинского персонала
10. Прочее \_\_\_\_\_

19. Укажите что в процессе наблюдения Вашего сердечно-сосудистого заболевания было наиболее эффективным:	19а. При лечении в поликлинике	19б. При лечении в больнице
1. Консультация кардиолога		
2. Консультация сосудистого хирурга		
3. Лекарственная терапия		
4. Оперативное лечение		
5. Физиотерапия		
6. Диетотерапия		
7. Психотерапия		
8. Лабораторная диагностика		
9. УЗИ диагностика		
10. Рентгенодиагностика		
11. Прочее _____		

20. Считаете ли Вы, что обострение Вашего заболевания (необходимость госпитализации) связано с недостаточно тщательным (несвоевременным) наблюдением Вашего заболевания на амбулаторном этапе? 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить
21. Проводилось ли хирургическое лечение по поводу Вашего заболевания? 1. Нет, пока вопрос о хирургическом лечении не рассматривался 3. Нет, хирургическое лечение только планируется 2. Да, мне уже сделали операцию
22. Если хирургическое лечение уже было проведено, скажите, пожалуйста, как вы перенесли операцию? 1. Хорошо, послеоперационный период прошел без осложнений, я быстро вернулся к обычной жизни 2. Тяжело, после операции мне потребовалось время для восстановления в домашних условиях 3. Тяжело, мне потребовалось восстановительное лечение в поликлинике 4. Тяжело, мне потребовалось восстановительное лечение в стационаре 0. Затрудняюсь ответить
23. В процессе лечения заболеваний периферических артерий было бы полезным проведение санаторно-курортного лечения? Да 2. Скорее да 3. Скорее нет 4. Нет 0. Затрудняюсь ответить
24. Укажите, как Вы следите за своим здоровьем после выявления сердечно-сосудистого заболевания? (можно отметить несколько вариантов ответов)
  1. Не курю
  2. Не употребляю алкоголь
  3. Правильно питаюсь
  4. Занимаюсь физкультурой
  5. Регулярно проверяю свое здоровье, посещаю диспансеризацию в поликлинике
  6. Регулярно принимаю все прописанные мне лекарства
  7. Ничего особенного не делаю, делаю все как раньше

*Большое спасибо за участие в опросе!*

**Анкета изучения мнения пациента с заболеванием периферических артерий об оказании  
медицинской помощи в консультативно-диагностическом центре**

*Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение по вопросам оказания медицинской помощи сосудистым больным очень важно при совершенствовании здравоохранения! Благодарим за участие в опросе!*

1. Ваш возраст: \_\_\_\_ (полных лет) 2. Ваш пол: 1. М 2. Ж 3. Вы работаете? 1. Да 2. Нет
4. Ваше образование: 1. Неполное среднее 2. Среднее 3. Высшее (незаконченное высшее)
5. Укажите, пожалуйста, Ваш основной диагноз: \_\_\_\_\_
6. Давно ли у Вас выявлено сердечно-сосудистое заболевание, по поводу которого Вы проходите лечение? 1. Несколько дней 2. Несколько недель 3. Несколько месяцев 4. Несколько лет 5. Более 10 лет 0. Затрудняюсь ответить
7. С момента выявления у Вас сердечно-сосудистого заболевания, находитесь ли Вы под наблюдением врача? 1. Да, посещаю врача поликлиники регулярно 2. Да, посещаю врача иной медицинской организации регулярно 3. Нет, я вообще нигде регулярно не наблюдаюсь, обращаюсь к врачу только при наличии проблем, жалоб 4. Иной вариант \_\_\_\_\_
8. Какого врача Вы посещаете с целью наблюдения Вашего сердечно-сосудистого заболевания?  
1. Кардиолог 2. Хирург 3. Терапевт 4. Сосудистый хирург 5. Иной специалист \_\_\_\_\_
9. Состоите ли Вы под диспансерным наблюдением в поликлинике по поводу Вашего сосудистого заболевания? 1. Да 2. Нет
10. В рамках наблюдения у врача в поликлинике как часто Вас направляли на консультации или обследование в КДЦ? 1. Несколько раз в год 2. ежегодно 3. Раз в несколько лет 4. Ни разу не направляли 0. Затрудняюсь ответить
11. Удовлетворены ли Вы информацией, полученной от врачей поликлиники по особенностям Вашего заболевания, необходимости и регулярности наблюдения, в том числе консультаций и обследований в КДЦ, и т.п.? 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но информацию пришлось «витягивать» 3. Нет, мне ничего не разъяснили
12. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале диспансерное наблюдение в поликлинике в связи с Вашим сердечно-сосудистым заболеванием?  1  2  3  4  5
13. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале в целом работу Вашей поликлиники по лечению сердечно-сосудистых заболеваний?  1  2  3  4  5
14. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале полноту проведения лечебно-диагностических мероприятий в КДЦ по направлению Вашего лечащего врача?  1  2  3  4  5
15. Укажите, чем именно Вы не удовлетворены в работе Вашей поликлиники по организации лечебно-диагностических мероприятий в КДЦ?  
1. Направляют в КДЦ «не охотно» 2. Трудно попасть в КДЦ – очень большие сроки ожидания и т.п.



3. Трудно сделать необходимые диагностические исследования (ЭКГ, УЗИ, ангиографию и пр.) в КДЦ
4. Трудно сделать необходимые лабораторные исследования (анализы крови и пр.) в КДЦ
5. Плохое оснащение современным медицинским оборудованием в КДЦ
6. Приходится платить за медицинские услуги (проходить обследование платно) в КДЦ
7. Прочее \_\_\_\_\_

**16. Какого врача Вы посещали в КДЦ по поводу Вашего сердечно-сосудистого заболевания?**

1. Кардиолог 2. Хирург 3. Терапевт 4. Сосудистый хирург 5. Иной специалист
- \_\_\_\_\_

**17. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале в целом работу КДЦ по лечению сердечно-сосудистых заболеваний?**  1  2  3  4  5

**18. Были ли госпитализации по поводу Вашего заболевания?** 1. Нет, пока вопрос о стационарном лечении не рассматривался 2. Нет, стационарное лечение только планируется 3. Да

**19. Укажите срок ожидания Вами приема врача КДЦ после получения направления от врача поликлиники?** 1. до 3-х дней 2. от 4 до 7 дней 3. от 8 до 14 дней 4. более 15 дней 0. затрудняюсь ответить

**20. Какой из вариантов записи на прием к врачу КДЦ Вы использовали?** 1. регистратура КДЦ 2. Интернет 3. Телефон 4. Меня записал врач поликлиники со своего рабочего места 5. Иное \_\_\_\_\_ 0. затрудняюсь ответить

**21. Вам было удобно записываться на прием к врачу КДЦ?** 1. да 2. скорее да 3. скорее нет 4. нет 0. затрудняюсь ответить

**22. Как Вы в целом оцениваете организацию работы КДЦ в Вашем районе?** 1. отличная 2. хорошая 3. Удовлетворительная 4. Плохая 0. Затрудняюсь ответить

**23. Укажите, пожалуйста, наиболее значимые для Вас проблемы (пожелания) при получении медицинской помощи врача-специалиста при Вашем сосудистом заболевании в КДЦ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Большое спасибо за участие в опросе!*

**Анкета изучения мнения пациента с заболеваниями периферических артерий  
о медицинской помощи в стационаре**

*Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение по оказанию медицинской помощи сосудистым больным очень важно!*

*Благодарим за участие в опросе!*

Стационар \_\_\_\_\_ Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

1. Ваш возраст? \_\_\_\_\_ (укажите число полных лет)
2. Ваш пол 1 мужской 2 женский
3. Ваше образование: 1 Неп. среднее 2 Среднее 3 Неоконч. высшее 4 Высшее
4. Вы работаете? 1 Да 2 Нет
5. Как Вы попали в больницу? 1 привезла скорая 2 пришел сам 3 по направлению из поликлиники 4 по направлению иного мед.учреждения 5 точно не помню
6. Как долго Вы ожидали госпитализации с направлением? 1 неделю 2 две недели 3 один месяц 4 три месяца 5 точно не помню
7. Вы давно болеете данным заболеванием? 1 узнал при данной госпитализации 2 менее года 3 несколько лет 4 точно не помню
8. Как Вас лечили до направления в больницу? (может быть несколько вариантов ответа) 1 только в поликлинике 2 направляли в КДЦ 3 в стационаре 4 в дневном стационаре 5 я не лечился 6 проходил реабилитацию 7 был в санатории 8 Иное лечение \_\_\_\_\_
9. Оцените свое самочувствие при госпитализации? 1 Хорошее 2 Удовлетворительное 3 Плохое 4 точно не помню
10. Вы участвовали в выборе стационара? 1 Да 2 Нет 3 не знал об этом
11. Как Вас лечат в стационаре? 1 хирургическая операция 2 медикаментозно 3 физиотерапия 4 Иное \_\_\_\_\_
12. Вам стало лучше в ходе госпитализации? 1 Да 2 Нет 3 сложно оценить
13. Как Вы думаете, вас вовремя госпитализировали? 1 Да 2 Нет 3 сложно оценить
14. Вы удовлетворены работой стационара? 1 Да 2 Нет 3 сложно оценить
15. Какое лечение Вы бы считали нужным в дальнейшем? 1 периодические визиты к врачу для контроля состояния 2 в дневном стационаре 3 восстановительное лечение 4 санаторий 5 никакое 3 сложно оценить

*Благодарим за участие в опросе!*

## Анкета изучения мнения пациента с заболеванием периферических артерий об оказании медицинской помощи в федеральной клинике

*Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение по оказанию медицинской помощи сосудистым больным очень важно! Благодарим за участие в опросе!*

1. **Возраст:** \_\_\_\_\_ (полных лет) 2. **Пол:** 1. М 2. Ж 3. **Вы работаете?** 1. Да 2. Нет
4. **Регион постоянного проживания:** 1. Санкт-Петербург 2. Иной (укажите) \_\_\_\_\_
5. **Ваше образование:** 1. Неполное среднее 2. Среднее 3. Высшее (незаконченное высшее)
6. **Имеете ли Вы группу инвалидности по сосудистому заболеванию:** 1. Да 2. Нет
7. **Укажите, пожалуйста, Ваш диагноз:** 1. Атеросклероз артерий конечностей 2. Атеросклероз иных сосудов 3. Генерализованный атеросклероз 4. Облитерирующий тромбангиит 5. Иное заболевание периферических сосудов (указать) \_\_\_\_\_
8. **Давно ли у Вас выявлено сосудистое заболевание, по поводу которого Вы проходите стационарное лечение?** 1. Несколько дней 2. Несколько недель 3. Несколько месяцев 4. Несколько лет 5. Более 10 лет 0. Затрудняюсь ответить
9. **Как было выявлено Ваше сосудистое заболевание?** 1. Случайная находка при профилактическом осмотре в поликлинике 2. Обратился к врачу поликлиники, так как были жалобы. 3. Случайная находка при плановом стационарном лечении другого заболевания 4. Заболевание стало причиной экстренной госпитализации в стационар каретой скорой помощи.
10. **С момента выявления у Вас сосудистого заболевания, находитесь ли Вы под постоянным наблюдением врача?** 1. Да, посещаю врача поликлиники регулярно 2. Да, посещаю врача иной медицинской организации регулярно 3. Нет, я вообще нигде регулярно не наблюдаюсь, обращаюсь к врачу только при наличии проблем, жалоб 4. Иной вариант \_\_\_\_\_
11. **Как часто Вы посещаете врача у которого наблюдаетесь?** 1. Ежемесячно 2. Раз в полгода 3. Раз в год 4. Раз в несколько лет 0. Затрудняюсь ответить
12. **У какого врача Вы постоянно наблюдаетесь по поводу сосудистого заболевания?** 1. Хирург 2. Терапевт/врач общей практики 3. Сосудистый хирург 4. Кардиолог 5. Иной специалист \_\_\_\_\_
13. **Состоите ли Вы под диспансерным наблюдением в поликлинике по поводу Вашего сосудистого заболевания?** 1. Да 2. Нет
14. **Вас приглашают в поликлинику на диспансерный осмотр (напоминают о необходимости осмотра)?** 1. Да, регулярно 2. Да, очень редко 3. Нет 0. Затрудняюсь ответить
15. **Принимаете ли Вы лекарства для лечения сосудистого заболевания?** 1. Да, регулярно 2. Да, периодически 3. Нет 0. Затрудняюсь ответить
16. **Сколько денежных средств Вы тратите на лекарства для лечения сосудистого заболевания ежемесячно?** 1. Более 10 тыс.руб. 2. Около 5-10 тыс.руб. 3. Несколько тыс.руб. 4. Менее 1 тыс.руб. 5. Получаю лекарства бесплатно
17. **Удовлетворены ли Вы информацией, полученной от врачей поликлиники по особенностям Вашего заболевания, необходимости и регулярности наблюдения и т.п.?** 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но мне не все понятно 3. Нет, мне ничего не разъяснили

**18. Информировали ли Вас врачи поликлиники о факторах, усугубляющих Ваше сосудистое заболевание, приводящих к развитию его осложнений?** 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но мне не все понятно 3. Нет, мне ничего не разъяснили

**19. Укажите факторы, которые как Вы считаете, наиболее всего влияют на неблагоприятное течение Вашего сосудистого заболевания (можно указать несколько вариантов ответов)?**

1. Курение 2. Употребление алкоголя 3. Неправильное питание 4. Сидячий образ жизни, отсутствие физической нагрузки 5. Отсутствие регулярного наблюдения у врача 6. Нерегулярный прием лекарств 7. Наследственность 8. Иные \_\_\_\_\_ 9. Мне такие факторы не известны

**20. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале работу Вашей поликлиники по оказанию медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий?**  1  2  3  4  5

**21. Укажите, чем именно Вы не удовлетворены (можно отметить несколько вариантов ответов)?** 1. Трудно попасть на прием к врачу 2. В поликлинике нет сосудистого хирурга, а в другое учреждение на консультацию не направляют 3. В поликлинике нет сосудистого хирурга, направляют на консультацию в другое учреждение, но туда не попасть – очень большие сроки ожидания и т.п. 4. Трудно сделать необходимые диагностические исследования (УЗИ и пр.) 5. Трудно сделать необходимые лабораторные исследования (анализы) 6. Плохое оснащение современным медицинским оборудованием 7. Приходится платить за медицинские услуги 8. Длительные сроки ожидания медицинских услуг 9. Низкая квалификация мед. персонала

**22. Проходили ли Вы ранее лечение по поводу сосудистого заболевания в стационаре?** 1. Да, однажды 2. Да, регулярно (укажите: раз в полгода, ежегодно, раз в несколько лет) 3. Нет

**23. Проводилось ли хирургическое лечение по поводу Вашего заболевания?** 1. Нет 2. Нет, но хирургическое лечение планируется 3. Да, мне уже сделали операцию

**24. Каковы были сроки ожидания настоящей госпитализации?** 1. Около 1 недели 2. Около 2 недель 3. Около месяца 4. Более месяца 5. 2 месяца и более 0. Затрудняюсь ответить

**25. Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале работу федеральной клиники по оказанию медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий?**  1  2  3  4  5

**26. Укажите, чем именно Вы не удовлетворены при настоящей госпитализации (можно отметить несколько вариантов ответов)?** 1. Мне не сразу дали направление 2. В моем регионе нет возможности стационарного лечения моего заболевания 3. Трудно добираться до стационара 4. Было трудно пройти необходимое обследование перед госпитализацией в моем регионе 5. Приходилось платить за медицинские услуги в стационаре 6. Приходилось платить за обследование перед госпитализацией 7. Длительные сроки ожидания госпитализации 8. Иное \_\_\_\_\_

<b>27. Отметьте, что при лечении Вашего сосудистого заболевания было наиболее эффективным:</b>	При лечении в поликлинике	При лечении в стационаре	При лечении в федеральной клинике
1. Консультация сосудистого хирурга			
2. Лекарственная терапия			
3. Оперативное лечение			
4. Физиотерапия			
5. Диетотерапия			
6. Психотерапия			
7. Лабораторная диагностика			
8. УЗИ диагностика			
9. Рентгенодиагностика			
10. Прочее _____			

### Карта оценки информационной доступности для граждан медицинской помощи при заболевании периферических артерий

№	Вопрос	Вариант ответа	Отметка о выборе варианта ответа
1	Оцените Ваш уровень информированности о заболевании периферических артерий?	низкий	
		средний	
		высокий	
		затрудняюсь ответить	
2	Какая форма предоставления информации о заболевании периферических артерий для вас предпочтительна? (м.б. несколько вариантов ответа)	печатные информационные материалы	
		видеоролики	
		занятия в «Школе пациента»	
		разъяснения врача стационара	
		разъяснения врача поликлиники	
3	Знаете ли Вы о рисках возникновения рецидива Вашего сосудистого заболевания?	да, я знаю свои факторы риска	
		да, я в целом информирован о факторах риска	
		нет, я не знаю свои факторы риска	
		нет, меня не информировали	
4	Знаете ли Вы о необходимости регулярного диспансерного наблюдения при Вашем сосудистом заболевании?	да, я знаю	
		да, я в целом информирован	
		нет, я не знаю	
		нет, меня не информировали	
5	Какие неблагоприятные факторы привели к развитию Вашего сосудистого заболевания? (м.б. несколько вариантов ответа)	повышенное артериальное давление	
		курение	
		стрессы	
		неблагоприятные условия труда	
		неправильное питание, вес	
		сахарный диабет	
		прием алкоголя	
		генетика	
6	Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья?	нет	
		затрудняюсь ответить	
		да	



**Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при  
болезнях системы кровообращения, в том числе заболеваниях  
периферических артерий**

*Уважаемый коллега! Просим Вас объективно ответить на вопросы анкеты. Большое спасибо!*

1. Возраст (лет) \_\_\_\_\_ 2. Пол: М / Ж 3. Должность \_\_\_\_\_
4. Стаж работы по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» (лет): \_\_\_\_\_
5. Основное место работы: \_\_\_\_\_ 6. Научная степень: 1. к.м.н. 2. д.м.н. 3. нет
7. Квалификационная категория: 0. высшая 1. первая 2. вторая 3. нет
8. Сведения о проф. подготовке по специальности «сердечно-сосудистая хирургия»: 1. интернатура 2. ординатура 3. первичная специализация или проф. переподготовка
9. Совмещаете ли Вы основную работу с работой в иных медицинских организациях?  
1. Нет 2. Да, с работой в ином государственном АПУ 3. Да, с работой в коммерческой мед. организации 4. Да, с работой в стационаре 5. Да, с преподавательской и/или научной деятельностью по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» 6. Иной вариант \_\_\_\_\_
10. Ваша нагрузка в должности врача сердечно-сосудистого хирурга АПУ: 1.1 ставка 2. 1,5 ставки 3. 2 ставки 4. 0,5 ставки 5. иной вариант \_\_\_\_\_
11. Среднее количество больных, курируемых Вами: Установлено \_\_\_\_\_  
Фактически \_\_\_\_\_ Было бы оптимально \_\_\_\_\_
12. Какова доля среди Ваших пациентов больных с заболеваниями периферических артерий (энтертериит, облитерирующий тромбангиит, генерализованный атеросклероз)?  
1. Менее 10% 2. 11-22% 3. Четверть из всех 4. Более половины 5. Иной вариант \_\_\_\_\_
13. Оцените организацию лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий в целом: 1. Отлично 2. Хорошо 3. Удов-но 4. Плохо 5. Очень плохо 0. Затрудняюсь ответить
14. Оцените по пятибалльной шкале отдельные этапы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий (впишите оценку): 1. Первичная медико-санитарная помощь (участковый врач, ВОП) \_\_\_\_ 2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь (сердечно-сосудистый хирург поликли-ки, КДЦ, АКО стац-ра) \_\_\_\_ 3. Специализированная медицинская помощь (сердечно-сосудистый хирург стационара) \_\_\_\_\_
15. Укажите основные причины недостаточно эффективного лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий на амбулаторно-поликлиническом этапе (можно выбрать несколько вариантов): 1. Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью 2. Низкая санитарная грамотность больных 3. В поликлиниках нет врачей сердечно-сосудистых хирургов 4. В поликлиниках нет оборудования для обследования таких больных (укажите какого) \_\_\_\_\_ 5. Длительные сроки ожидания диагностических исследований и консультаций 6. Недостаточная квалификация врачей поликлиник в части диагностики и организации медицинской помощи таким больным 7. Длительные сроки ожидания плановой госпитализации 8. Несоблюдение пациентками рекомендаций врача 9. Не проводится (проводится бессистемно) активное диспансерное наблюдение таких больных 10. Прочее \_\_\_\_\_
16. Назовите методы диагностики, которых Вам «не хватает»/ с которыми у Вас проблемы при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (можно выбрать несколько вариантов): 1. УЗИ 2. Рентгеновские методы 3. КТ 4. МРТ 5. ПЭТ  
6. Ангиография 7. Иное \_\_\_\_\_
17. Назовите конкретные лечебные возможности (методы), которых Вам «не хватает»/ с которыми у Вас проблемы при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (можно выбрать несколько вариантов): 1. Дневной стационар 2. Психотерапия 3.

Диетология 4. Восстановительное лечение 6. Физиотерапия 7. Санаторно-курортное лечение 8. Стационарное лечение 9. Иное \_\_\_\_\_

**18. Имеется ли необходимость, по Вашему мнению, организации работы сердечно-сосудистых хирургов в поликлиниках?** 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**19. Считаете ли Вы, что своевременная диагностика и лечение заболеваний периферических артерий может предотвратить в дальнейшем возникновение «сердечно-сосудистых катастроф»?** 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**20. Среди Ваших пациентов с заболеваниями периферических артерий, какова доля тех, кто регулярно наблюдается у врача (состоит под диспансерным наблюдением в поликлинике)?** 1. Менее 10% 2. 11-22% 3. Четверть 4. Более половины 5. Иное \_\_\_\_\_

**21. Какие медицинские мероприятия, по Вашему мнению, наиболее эффективны при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий? (можно выбрать несколько вариантов)?** 1. Своевременная диагностика 2. Своевременное начало лечения 3. Регулярное диспансерное наблюдение 4. Регулярное УЗИ обследование 5. Участие пациента в «школах здоровья» по профилю своего заболевания 6. Плановая госпитализация в необходимый срок 7. Психотерапевтическая помощь 8. Активное информирование пациентов по вопросам заболевания, организации медицинской помощи 9. Реабилитация, восстановительное лечение 10. Санаторно-курортное лечение 11. Обеспечение пациентов бесплатными лекарствами при амбулаторном лечении 12. Иное \_\_\_\_\_

**22. Применение методов восстановительного и санаторно-курортного лечения при заболеваниях периферических артерий эффективно:** 1. Только после хирургического лечения 2. Не зависимо от этапа лечения 4) Иной вариант \_\_\_\_\_

**23. Оцените по пятибалльной шкале работу стационаров по лечению пациентов с заболеваниями периферических сосудов?**  1  2  3  4  5

**24. Как Вы оцениваете качество информирования пациентов врачами стационаров о необходимости явки в поликлинику и дальнейшего диспансерного наблюдения?** 1. Полное 2. Не полное 3. Разъяснений не дают, только письменные рекомендации 0. Затрудн. ответить

**25. У какого специалиста, по Вашему мнению, должен состоять в поликлинике под диспансерным наблюдением пациент с заболеванием периферических артерий?**

1. Сердечно-сосудистый хирург 2. Хирург 3. Кардиолог 4. Терапевт (ВОП) 5. Иной \_\_\_\_\_

**26. Нужны ли, по Вашему мнению, четкие порядки/методические рекомендации по лечению больных с заболеваниями периферических сосудов?**

1. Да, нужно их установить на федеральном уровне

2. Да, нужно их установить в регионе

3. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**27. Нужно ли, по Вашему мнению, проведение циклов повышения квалификации для врачей поликлиник по диагностике и лечению заболеваний периферических сосудов?**

1. Да, для терапевтов и ВОП 2. Да, для хирургов 3. Да, для кардиологов 4. Да, для всех врачей-клиницистов поликлиник 5. Да, для врачей УЗИ диагностики 6. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**28. Считаете ли Вы необходимым внедрение электронного регистра больных с заболеваниями периферических артерий?** 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

*Спасибо за участие в опросе!*



## ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ УЧЕТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ФОРМАХ ВЕДОМСТВЕННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

### Методическое письмо

*Рекомендации разработаны с целью внедрения единообразных подходов к полноценному учету заболеваний системы кровообращения, в том числе в части заболеваний артерий, артериол и капилляров и планированию на его основе объемов оказания медицинской помощи больным с заболеваниями периферических артерий при профилактике рецидивов и осложнений.*

*В методическом письме представлено обоснование необходимости расширения нозологических форм заболеваний системы кровообращения, отдельно учитываемых в формах ведомственного статистического наблюдения, отражающих сведения о числе заболеваний, выявленных при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи.*

*Методическое письмо адресовано руководителям и специалистам органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, руководителям медицинских информационно-аналитических центров, главным врачам медицинских организаций, руководителям подразделений медицинской статистики медицинских организаций.*

### Введение

В последние десятилетия одной из основополагающих задач здравоохранения в Российской Федерации стало развитие профилактических программ, прежде всего, в отношении заболеваний, являющихся ведущими причинами смертности населения. Укрепление здоровья граждан, увеличение продолжительности жизни – это приоритетная задача, решаемая для развития человеческого потенциала [1].

Наиболее масштабным направлением профилактической работы в регионах стала программа «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», реализуемая в рамках национального проекта «Здравоохранение». Решение поставленных проектом задач призвано обеспечить всестороннюю медико-социальную помощь пациентам, страдающим болезнями системы кровообращения, а также населению, находящемуся в группах риска развития острых состояний, обусловленных заболеваниями этой группы. Для повышения ожидаемой продолжительности жизни граждан до возраста не менее 78 лет создаются условия оказания специализированной медицинской помощи должного качества, доступности диагностики, своевременности диспансерного наблюдения за пациентами, обеспечение их лекарственными препаратами.

Результаты реализации национального проекта «Здравоохранение» предусматривают организацию работы центров сердечно-сосудистой хирургии, первичных и региональных сосудистых центров, комплексное совершенствование структуры и функционирования региональных систем оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе

оптимизацию их маршрутизации, оснащение медицинских организаций современным лечебно-диагностическим оборудованием, подготовку и повышение квалификации медицинских работников, развитие электронного контура системы здравоохранения.

Несмотря на широкий спектр заявленных задач, основной акцент реализуемых программ делается на спасении жизни пациентов в остром периоде сердечно-сосудистого заболевания, когда нужна экстренная или неотложная медицинская помощь, а также на дальнейшем совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с патологией сердца. Вместе с тем, группа заболеваний сердечно-сосудистой системы весьма обширна и включает, в том числе, широкий спектр заболеваний, отнесенных к патологиям сосудов.

Болезням сосудов, в частности заболеваниям аорты и периферических артерий, в профилактических программах уделяется значительно меньшее внимание. Однако, пациенты именно с этой патологией, составляют в прогностическом горизонте одну из наиболее восприимчивых групп к проведению профилактических мероприятий. Их активное динамическое наблюдение, включающее своевременное обследование и функциональный контроль, позволяет избежать угрожающих жизни состояний, сохранить активный образ жизни больных, минимизировать случаи инвалидизации ввиду развития острой ишемии или критической ишемии конечности, что может привести к ампутации [2,3,4].

Организация диспансерного наблюдения должна быть основана на своевременном выявлении и учете пациентов. В соответствии с современными представлениями о профилактике неинфекционных заболеваний лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, их охват диспансерным наблюдением должен составлять не менее 70 %.

В литературе данные об эпидемиологии и структуре ЗПА, результатах их диспансерного наблюдения практически отсутствуют, крайне редки также исследования социального и клинического статуса больных данной группы. При этом, данные о высоком риске прогрессивного течения облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, который в 25-40% случаев из-за мультифокального и распространенного поражения делает невозможным проведение хирургического вмешательства, имеющего цель восстановление кровообращения в конечности, и обуславливает высокую частоту выполнения калечащих операций (ампутаций). О росте числа инвалидов вследствие заболевания облитерирующим атеросклерозом, весомой доле ампутаций (13,7%) в сравнении с реконструктивными операциями (20,1%) в общей структуре оперативных вмешательств, свидетельствуют о недостаточной активности выявления и наблюдения заболеваний этой группы [2,3,4]. Это приводит к крайне ограниченному объему направленных профилактических мер по отношению к данной категории больных, которые могли бы быть реализованы на государственном уровне, в том числе в рамках национального проекта «Здравоохранение». В этой связи формирование системы полноценного учета

ЗПА в целях планирования и своевременной организации соответствующих профилактических мероприятий крайне актуально на современном этапе.

### **Обоснование**

В период 2015-2022 годов в Санкт-Петербурге проведено исследование объемов и структуры оказания медицинской помощи при ЗПА. Были изучены учетные и отчетные данные медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь.

Результаты исследования показали, что в формах ведомственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (утверждены приказом Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья») общее количество случаев заболеваний артерий, артериол и капилляров не учитывается. Из всех болезней этой группы единой строкой учитываются только данные о числе заболеваний эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим. В структуре заболеваний системы кровообращения они составляют 1,2 % (Рис. 1). Данный подход не согласуется с классификацией заболеваний аорты и артерий, принятых на отраслевом уровне Российским обществом ангиологов и сосудистых хирургов [5].

Уровень регистрируемых случаев эндартериита и тромбангиита облитерирующего, отражаемых медицинскими организациями в официальных статистических формах, остается в Санкт-Петербурге относительно стабильным в течение последних лет: 17 – 20 тысяч человек ежегодно.

Вместе с тем, уровень регистрируемых последствий, вклад ЗПА в которые, несомненно, высок, остается существенным: общее количество операций на артериях стабильно составляет около 10 тыс. ежегодно, а количество ампутаций ежегодно растет, в период 2015-2022 годов данный рост составил 45%.

Высокий уровень регистрируемых осложнений, в том числе ЗПА, а также значимые уровни показателей заболеваемости болезнями системы кровообращения, с учетом системных патологических изменений, лежащих в основе их патогенеза, позволяют предположить и крайне высокий уровень распространенности среди населения патологических состояний, являющихся коморбидным фоном для ЗПА.

В Санкт-Петербурге уровень общей заболеваемости такими «фоновыми» патологиями (заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца) составлял в 2019 году 29531 на 100 тыс. населения. При этом установлена сильная корреляционная связь между уровнем распространенности заболеваний, являющихся фоновыми, и общей заболеваемостью населения болезнями

периферических артерий  $p = 0,78$ ;  $p < 0,01$  (при оценке уровня распространенности заболеваний, учитываемых в официальной статистической отчетности). Это подтверждает факт «латентной» заболеваемости болезнями периферических артерий, не учитываемой в официальных отчетных формах.

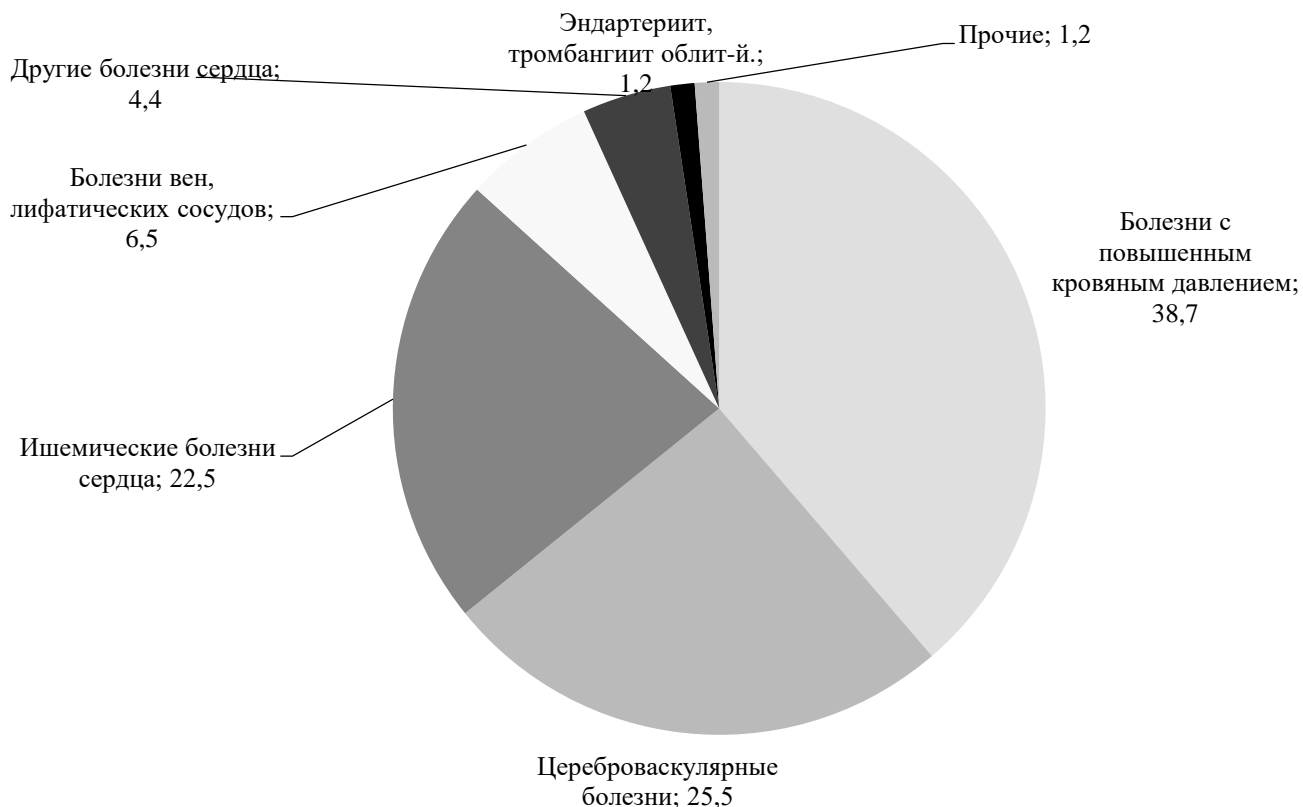


Рис. 1 – Структура общей заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Санкт-Петербурга в 2019 году, в процентах

При оценке распространенности ЗПА, должны быть учтены и иные заболевания системы кровообращения, занимающие в учитываемой структуре весьма весомые доли – заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, цереброваскулярные болезни, то есть заболевания, основным этиологическим фактором развития которых, является атеросклеротическое поражение магистральных и периферических сосудов. Эти группы заболеваний, наряду с курением, являются важнейшим нелипидным фактором развития атеросклероза, что в свою очередь провоцирует развитие ЗПА.

Учеными доказано [8,9,10], что среди пациентов с гипертонической болезнью, поражение периферических артерий выявляется у 82% больных, в том числе изолированное поражение артерий нижних конечностей – у 11%. Кроме того, последствиями атеросклероза являются и ишемические болезни сердца, цереброваскулярная болезнь, которые зачастую сопровождаются распространенным поражением нескольких сосудистых бассейнов, в том числе периферических артерий. Официальная отчетность, предоставляемая в установленном порядке медицинскими организациями, не позволяет установить

таких взаимосвязей, а также произвести учет иных ЗПА, обусловленных распространенным атеросклерозом, что крайне затрудняет проведение полноценного учета данной патологии. Это приводит к значительному занижению показателей распространенности указанной патологии среди населения и, как следствие, к несвоевременному и несистемному проведению профилактических мероприятий при заболеваниях этой группы, в том числе диспансерного наблюдения.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра группа ЗПА включает:

- атеросклероз (I70), в том числе: артериолосклероз, артериосклероз, артериосклеротическая болезнь сосудов, атерома, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий (артериит, эндартериит);
- атеросклероз почечной артерии (I70.1);
- атеросклероз артерий конечностей (I70.2);
- аневризма брюшной аорты I71.3, I71.4;
- аневризма и расслоение сонной артерии I72.0;
- другие формы аневризмы и расслоения (I72), в том числе аневризма и расслоение сонной артерии, аневризма и расслоение артерии верхних конечностей, аневризма и расслоение почечной артерии, аневризма и расслоение подвздошной артерии, аневризма и расслоение артерии нижних конечностей;
- другие болезни периферических сосудов (I73), в том числе: синдром Рейно, облитерирующий тромбангиит (болезнь Бергера), другие уточненные болезни периферических сосудов (акроцианоз, акропарэстезия, эритроцианоз, эритромелалгия), болезнь периферических сосудов неуточненная (перемежающаяся хромота, спазм артерий);
- эмболия и тромбоз артерий (I74), в том числе эмболия и тромбоз брюшной аорты, эмболия и тромбоз других и неуточненных отделов аорты, эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей, эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей;
- другие поражения артерий и артериол (I77), в том числе: артериовенозный свищ приобретенный, сужение артерий, разрыв артерии, мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий, синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты, некроз артерии, артериит неуточненный, другие уточненные изменения артерий и артериол (эрозия артерии, язва артерии), изменение артерий и артериол неуточненное;
- болезни капилляров (I78);
- поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках (I79).

Проведенный анализ случаев медицинской помощи при ЗПА, основанный на оценке фактической их структуры показал следующее (Рис. 2, 3). При амбулаторном лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (Рис. 2) наибольший удельный вес в топографической структуре случаев оказания медицинской помощи приходится на поражения артерий конечностей:

атеросклероз артерий конечностей (79,7%), эмболию и тромбоз артерий нижних конечностей (9,9%), а также на генерализованный атеросклероз (6,6%).



Рис. 2 – Структура случаев оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге в 2022 году, в процентах

При стационарном лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (Рис. 3) прослеживается аналогичная топографическая структура случаев оказания медицинской помощи: подавляющее большинство приходится на случаи лечения атеросклероза артерий конечностей (73,0%), эмболии и тромбозов артерий нижних конечностей (9,9%), генерализованный атеросклероз (6,6%).

В целях совершенствования учета заболеваемости болезнями системы кровообращения на федеральном и региональных уровнях, в том числе для эффективной реализации положений национального проекта «Здравоохранение» необходимо расширить перечень конкретных нозологий, учитываемых в формах ведомственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях».

Предлагаемый расширенный перечень конкретных учитываемых нозологий ЗПА сформирован с учетом их структуры, отдельно поименованы нозологии, имеющие наибольший удельный вес в выявленной структуре ЗПА.



Рис. 3 – Структура случаев оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в стационарных условиях в Санкт-Петербурге в 2020 году, в процентах

Вместо строк «эндартериит, тромбангиит облитерирующий» (I70.2, I73.1) в соответствующих таблицах ввести строки:

№ строки*	Наименование строки	Код по МКБ-10
10.7	«Болезни артерий, артериол и капилляров» всего	I70- I79
10.7.1	из них: «Атеросклероз» всего	I70
10.7.1.1	из них: «Атеросклероз артерий конечностей»	I70.2
10.7.1.2	«Генерализованный и неуточненный атеросклероз»	I70.9
10.7.2	«Другие болезни периферических сосудов»	I73
10.7.2.1	«Облитерирующий тромбангиит»	I73.1
10.7.3	«Эмболия и тромбоз артерий»	I74
10.7.3.1	из них: «Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей»	I74.3

\*нумерация строк приведена на примере таблицы 2000 формы № 12

### Заключение.

Ограниченные в настоящее время только по отдельным нозологическим формам сведения о пациентах с заболеваниями периферических артерий в официальных статистических формах, предоставляемых медицинскими организациями, затрудняют планирование оказания медицинской помощи для

пациентов, в частности, наиболее значимых для них профилактических мероприятий.

Одним из путей преодоления обозначенных проблем, несомненно, должно стать совершенствование учета данной группы заболеваний на уровне ведомственной статистики.

В дальнейшем, наряду с совершенствованием учета медицинскими организациями данных о ЗПА, может стать создание и ведение регистров больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в которых должна быть выделена группа пациентов с заболеваниями периферических артерий, а их формирование должно быть основано на сведениях о состоянии здоровья больных и проводимых для них лечебно-профилактических мероприятиях на всех этапах оказания медицинской помощи. При учете предложенных подходов сформированный регистр может стать отражением фактической заболеваемости и важнейшим инструментом совершенствования клинической практики лечения ЗПА, что позволит улучшить эффективность профилактики, результаты лечения и исходы заболевания, в том числе в целях решения задач, решение которых должно быть достигнуто в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» [11,12,13,14].

#### **Список литературы**

1. Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О стратегии национальной безопасности РФ» - URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/47046> (дата обращения: 26.04.2023)
2. Винник Ю.С., Дунаевская С.С., Подрезенко Е.С., Антюфриева Д.А., Никифорова А.А. Возможности оценки риска развития прогрессирующего течения облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей // *Фундаментальные исследования*. 2015;(1-8):1544-47.
3. Апресян А.Ю. Организация хирургического лечения заболеваний артерий нижних конечностей // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(4):361-377.
4. Русин В.И., Корсак В.В., Болдижар П.А., Русин В.В., Пекарь М.И., Горленко Ф.В. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей после одномоментной прямой и непрямой реваскуляризации // *Новости хирургии*. 2017;Т25(2):131-139.
5. *Клиническая ангиология: Руководство/Под ред. акад. РАМН А.В.Покровского. В двух томах.* – М.: «Медицина», 2004. – 808 с.
6. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Шапошник И.И. Особенности поражения периферических сосудов у пациентов с гипертонической болезнью // *Лечебное дело*. 2016;(2):33-36.
7. Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Шибанова И.А. Сердечно-сосудистая коморбидность: пациент с ишемической болезнью сердца и атеросклерозом



периферических артерий. Как выявить и управлять рисками ишемических событий? // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020;16(4):607-613.

8. Васильева Л.В., Шевченко И.И., Эрлих А.Д. и др. Динамика лечения и госпитальных исходов у пациентов с острым коронарным синдромом в «неинвазивных» стационарах (данные регистров серии «Рекорд») // *Трудный пациент*. 2016;14(1):5-10.

6. Бурлева Е.П., Бабушкина Ю.В., Лобанова Д.А., Баркан Т.А. Анализ базы зарегистрированных ЗПА в Екатеринбурге // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016;60(6):288-292.

10. Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Регистры в кардиологии. Основные правила и реальные возможности // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013;(1):4-9.

11. Малай Л.П., Давидович И.М. Хабаровский регистр острого инфаркта миокарда: анализ отдаленных исходов и приверженности к длительной медикаментозной терапии // *Дальневосточный медицинский журнал*. 2017;(2):43-49.

12. Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С. Регистр кардиоваскулярных заболеваний: диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):44-50.

13. Ягудина Р.И., Литвиненко М.М., Сороковиков И.В. Регистры пациентов: структура, функции, возможности использования // *Фармакоэкономика*. 2011;(4):3-7.

14. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Сичинава Д.П. Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): дизайн исследования и первые результаты // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(1):81-86.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

### **Информационное письмо**

*Рекомендации разработаны с целью определения порядка оказания медицинской помощи, в том числе маршрутизации и диспансерного наблюдения, пациентов с заболеваниями периферических артерий.*

*В рекомендациях представлено обоснование необходимости введения в практическое здравоохранение настоящего порядка, предложены обоснования организации диспансерного наблюдения пациентов профильными специалистами, их маршрутизации, в том числе в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, а также на уровне межсубъектного взаимодействия.*

*Рекомендации подготовлены для руководителей и специалистов органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, главных врачей и заместителей главных врачей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений медицинских организаций, врачей и средних медицинских работников.*

### **Введение**

Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смертности населения в мире (Чазова И.Е., 2015, Баланова Ю.А. с соавт., 2021, Будаев Б. С. с соавт., 2021, Desormais I. et al., 2015, Timmis A. et al., 2020). Контроль их распространенности – это серьезная медико-социальная задача здравоохранения, решение которой позволит снизить невосполнимые человеческие потери, оптимизировать ресурсные затраты на оказание медицинской помощи и реабилитацию больных (Артамонова Г.В., Максимов С.А., 2017, Бойцов С.А., Драпкина О.М., 2021, Shahu A. et al., 2019). В России особое внимание к этому вопросу обозначено указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 – в рамках национального проекта «Здравоохранение» снижение смертности населения от болезней системы кровообращения является одной из стратегических задач развития России на период до 2024 года (Фисенко В.С. с соавт., 2021).

По данным исследований (Бегун Д.Н. с соавт., 2019, Савина А.А. с соавт., 2021) распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения в 2019 году составила 31949,8 на 100 тыс. населения. Несмотря на мероприятия по снижению заболеваемости и смертности от этих причин [Лазарев А.В. с соавт., 2020, Шляхто Е.В., Баранова Е.И., 2020, Погосова Р.Г. с соавт., 2020], наблюдается существенный рост показателя – на 17,1 % в последнее десятилетие, что демонстрирует необходимость поиска дополнительных эффективных путей коррективы негативных факторов распространенности болезней системы кровообращения, основанных на раннем выявлении, контроле течения и своевременном лечении патологических состояний, отнесенных к этой группе заболеваний (Остроумова О.Д., 2018, Потемкина Р.А. с соавт., 2021).

Каждая нозология, отнесенная к группе заболеваний сердечно-сосудистой системы, имеющая коморбидную основу развития глобальных сосудистых катастроф, должна быть под особым вниманием системы здравоохранения (Оганов Р.Г., 2015, Подзолков В.И., 2015, Оганов Р.Г., Драпкина О.М., 2016, Барбараш О.Л. с соавт., 2020, Драпкина О.М. с соавт., 2021, Toms R. et al., 2019). К таким патологиям с уверенностью можно отнести болезни периферических артерий, своевременное и планомерное оказание медицинской помощи при которых практически исключает риск возникновения фатальных угроз и позволяет обеспечить должное качество жизни пациента на фоне минимизации ресурсных затрат здравоохранения. Контроль показателей здоровья пациента и проводимой на постоянной основе терапии, корректировка влияния усугубляющих течение заболевания факторов, проводимая в процессе динамического диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями периферических артерий, преемственность их наблюдения на различных этапах являются наиболее важными компонентами оказания им медицинской помощи (Кайли А.Е., 2011, 2012, Зубко А.В. с соавт., 2017, Насонова С.Н. с соавт., 2021, Ежов М.В. с соавт., 2021). В этой связи нормативное урегулирование порядка оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий является крайне актуальным вопросом организации медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения, а его практическое применения чрезвычайно востребовано профильными специалистами.

### **Обоснование**

Анализ нормативных правовых документов, регламентирующих предоставление первичной медико-санитарной помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом и с заболеваниями периферических артерий в частности, позволил установить, что организация оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в настоящее время не урегулирована.

Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденный приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 918н, Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденный приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 922н, а также Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н, не предусматривают динамического наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий у профильных специалистов (врач-кардиолог, врач-хирург, врач-терапевт). Не раскрыт порядок проведения этих мероприятий и в иных нормативных правовых документах. При этом не вызывает сомнений, что наличие у пациента планомерно развивающегося хронического заболевания периферических артерий, угроза осложнений, обязательно требует организации динамического диспансерного наблюдения.

Целесообразность определение места и субъекта проведения динамического наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий подтверждается и положениями «Национальных рекомендаций по ведению пациентов с

заболеваниями артерий нижних конечностей», согласно которым своевременная диагностика и лечение этих заболеваний способствуют увеличению продолжительности и качеству жизни конкретных лиц, улучшению показателей общественного здоровья (снижение инвалидности, показателей смертности, тяжелых осложнений болезни). Курация данной категории больных должна предполагать мультидисциплинарный подход, то есть участие в ней врачей разных специальностей, в том числе врача-кардиолога, в связи с тем, что заболевания периферических артерий являются предиктором поражения коронарных артерий, множественного поражения сосудистых бассейнов. В соответствии с «Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей», ведущую роль единого куратора должны выполнять врачи по специальности «хирургия».

Отсутствие системных единообразных подходов к наблюдению пациентов с заболеваниями периферических артерий в рамках предоставления им первичной медико-санитарной помощи, установленных на нормативном уровне, подтверждается показателями результатов их динамического наблюдения.

Анализ оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий проведен на основе данных официальных статистических форм, а также фактических случаев ее оказания в сфере ОМС в Санкт-Петербурге в период 2015 – 2022 годов. Данные были статистически обработаны, что позволяет представить отдельные результаты в рамках настоящего Информационного письма.

В соответствии с полученными данными, в регионах Российской Федерации доля пациентов с указанной патологией, состоящих на диспансерном наблюдении у различных специалистов весьма различна и составляет от 34,3% до 76,3%, а из числа впервые выявленных в отчетном периоде – от 12,2% до 68,3%, что свидетельствует, прежде всего, об отсутствии системных подходов к организации наблюдения пациентов этой группы.

Анализ фактических случаев обращения пациентов с заболеваниями периферических артерий за медицинской помощью в Санкт-Петербурге показал следующее. Наибольшая доля всех обращений пациентов в поликлиниках выполняется к врачам-хирургам – 82,5% из всех случаев оказания им медицинской помощи, а также к врачам-терапевтам (врачам общей практики) – 13,1% случаев. Из всех посещений врача-хирурга только 45,3% выполнено пациентам с заболеваниями периферических артерий в целях прохождения диспансерного наблюдения, а из всех случаев посещений врача-терапевта – только 24,4%.

Наиболее часто пациентам с заболеваниями периферических артерий при получении первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, проводится консультация врача-хирурга, с частотой 2969 на 1000 пациентов. Консультация врача сердечно-сосудистого хирурга проводится с частотой 305 на 1000 больных, инструментальные исследования – с частотой 149 на 1000 пациентов (в том числе

УЗИ сердца и сосудов), что с учетом генерализованного пути распространения атеросклероза следует считать весьма низким показателем.

Наибольшую долю среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболеваний периферических артерий, составляют пациенты с атеросклерозом артерий конечностей – 67,3%. Значительная часть пациентов, состояние которых определило необходимость их динамического наблюдения, – это пациенты с атеросклерозом других артерий – 9,2%, с сужением артерий – 6,9%, а также с генерализованным и неуточненным атеросклерозом – 6,2%.

Среди пациентов с заболеваниями периферических артерий, состоящих на диспансерном наблюдении, только часть получают консультации в медицинских организациях более высокого уровня: в течение года в консультативно-диагностические центры или амбулаторно-поликлиническое отделение стационаров направляются только 24,4 % (из их числа 30,2 % для консультации к сердечно-сосудистому хирургу, 27,6% – к врачу-хирургу). Остальные пациенты в медицинских организациях более высокого уровня рекомендаций по лечению и наблюдению не получали.

Таким образом, фактически в настоящее время диспансерное наблюдение пациентов этой группы выполняют врачи-хирурги и врачи-терапевты, а консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, к сожалению, получает крайне ограниченное число пациентов.

Кроме того, по мнению большинства врачей-специалистов по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», занятых в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, ведущим специалистом при динамическом наблюдении пациентов этой группы, должен стать врач по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» (подтверждено 100,0% опрошенных), при параллельном наблюдении врача-кардиолога (подтверждено 37,1% опрошенных) и врача-хирурга (подтверждено 12,5% опрошенных). Однако, несмотря на полученные данные о ведущей роли в наблюдении пациентов с заболеваниями периферических артерий врача по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», только 13,5% опрошенных врачей отметили, что организация работы такого специалиста целесообразна в каждой медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь.

Профессиональная позиция принявших участие в опросе врачей в отношении необходимости наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий врачом по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» дополнена тем, что даже в условиях отсутствия в штате медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, врачей по указанной специальности, активное профильное наблюдение ими пациентов может быть реализовано в консультативно-диагностических центрах, в том числе районного и межрайонного уровней, консультативно-диагностических отделениях стационаров и иных медицинских организациях.

По мнению врачей-специалистов по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» оптимальная частота профилактического осмотра пациента с

заболеванием периферических артерий при диспансерном наблюдении должна определяться индивидуально, в зависимости от тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний, оперативного лечения в анамнезе. Однако, в большинстве случаев (подтверждено 68,4% опрошенных) минимальная частота профилактического осмотра должна составлять не менее 2-х раз в год. Принявшие участие в опросе врачи подтвердили целесообразность разработки отдельного порядка

Врачи по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», работающие в стационарах, в полной мере осознают, что причиной ограничений доступности профильной медицинской помощи для их пациентов на этапе оказания первичной специализированной медицинской помощи является отсутствие урегулирования на нормативном уровне вопросов предоставления медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий. Утвердительно ответили на этот вопрос 68,4 % опрошенных.

### **Рекомендации по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях, отнесенных к группе периферических артерий, в медицинских организациях.

2. Медицинская помощь при заболеваниях периферических артерий оказывается в виде:

первичной медико-санитарной помощи;  
 скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;  
 специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

В случае установления (подозрения) у пациента заболевания, отнесенного к группе заболеваний периферических артерий, не требующей оказания медицинской помощи в условиях стационара, врач-терапевт участковый, врач

общей практики (семейный врач) направляют пациента для консультации к врачу-сердечно-сосудистому хирургу медицинской организации, оказывающей пациенту первичную медико-санитарную помощь.

В случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь пациенту врача по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», для консультации пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную специализированную медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (консультативно-диагностическая поликлиника, консультативно-диагностический центр) в соответствии с маршрутизацией, установленной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи пациенту.

5. Срок ожидания первичной консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга не должен превышать 14 календарных дней.

6. По итогам первичной консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, пациент с заболеванием, отнесенным к группе заболеваний периферических артерий, направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь для:

- установления диспансерного наблюдения и дальнейшего динамического наблюдения;
- организации дополнительного обследования и последующего решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения;
- организации лечения в условиях дневного стационара;
- организации лечения в плановой форме в условиях стационара в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

7. Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями, отнесенными к группе заболеваний периферических артерий, устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- установления диагноза заболевания периферических артерий;
- получения рекомендации врача-сердечно-сосудистого хирурга по диспансерному наблюдению;
- получения медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (в том числе посредством электронного документооборота) выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

8. Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями периферических артерий в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляют:

- врач-сердечно-сосудистый хирург;
- врач-хирург (в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь врача-сердечно-сосудистого хирурга);

- врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) (в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-хирурга, а также в случаях, предусмотренных пунктом 10 настоящих рекомендаций).

9. В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра:

- оценка состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований, в том числе ультразвуковое (дуплексное) исследование сосудов;

- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);

- оценка динамики течения заболевания, приверженности пациента лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижение целевых значений показателей состояния здоровья, необходимая коррекция проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечебно-профилактическим мероприятиям;

- при наличии высокого риска развития угрожающих жизни состояний (декомпенсация кровообращения в конечности, острая или критическая ишемия конечности), проводится краткое профилактическое консультирование и разъяснения о правилах действий при их развитии, в том числе основания для обращения в медицинскую организацию для получения медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

10. Диспансерное наблюдение врачом-сердечно-сосудистым хирургом (врачом-хирургом в случае отсутствия в медицинской организации врач-сердечно-сосудистого хирурга) проводится при установлении следующих диагнозов:

- атеросклероз (I70), болезни артерий, артериол и капилляров (I70 – I79), атеросклероз почечной артерии (I70.1), атеросклероз других артерий (I70.8), генерализованный и неуточненный атеросклероз (I70.9) – при наличии генерализованного атеросклероза аорты, при наличии клинических проявлений ишемии органов и систем, при атеросклерозе церебральных артерий с подтвержденным стенозированием сонных артерий в объеме более 40 %;

- атеросклероз артерий конечностей (I70.2), атеросклероз аорты (I70.0) – при наличии ишемии стадии Пб и выше, а также любой иной степени при наличии сопутствующего сахарного диабета и/или атеросклероза артерий иных бассейнов; при применении высокотехнологичных методов лечения аорты, периферических артерий в анамнезе.

11. Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом проводится при установлении следующих диагнозов, отнесенных к группе заболеваний периферических артерий:

- атеросклероз (I70), болезни артерий, артериол и капилляров (I70 – I79), атеросклероз почечной артерии (I70.1), атеросклероз других артерий (I70.8), генерализованный и неуточненный атеросклероз (I70.9) – при отсутствии клинических проявлений ишемии органов и систем, при атеросклерозе



церебральных артерий с подтвержденным стенозированием сонных артерий в объеме менее 40 %;

- атеросклероз артерий конечностей (I70.2), атеросклероз аорты (I70.0) – при наличии ишемии степени I – IIa, за исключением наличия сопутствующего сахарного диабета и/или атеросклероза артерий иных бассейнов.

12. Профилактический медицинский осмотр проводится:

- врачом, наблюдающим пациента в рамках диспансерного наблюдения – не реже 1 раза в год;

- врачом-кардиологом – не реже 1 раза в год.

- врачом-сердечно-сосудистым хирургом – не реже 1 раза в год (в случае проведения диспансерного наблюдения врачом иной специальности в соответствии с пунктом 8 настоящих рекомендаций);

- врачами иных специальностей – по показаниям.

Иная частота профилактического медицинского осмотра может устанавливаться для пациента индивидуально, с учетом оценки динамики его состояния, проведенного ранее лечения, физикальных, лабораторных, инструментальных и иных данных, полученных по результатам проведения профилактического осмотра в предыдущем периоде.

При проведении диспансерного наблюдения врачом иной специальности в обязательном порядке учитываются рекомендации врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-кардиолога, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе, полученные в порядке применения телемедицинских технологий, а также вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

13. При профилактическом медицинском осмотре, проводимом в рамках диспансерного наблюдения, проводится контроль следующих клинико-лабораторных показателей:

- проба с физической нагрузкой;

- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, аорты, артерий нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса;

- липидограмма;

- эхокардиография;

- клинический и биохимический анализ крови;

- электрокардиограмма;

- рентгенография органов грудной клетки;

- компьютерная томографическая ангиография (по показаниям).

14. При профилактическом медицинском осмотре, проводимом в рамках диспансерного наблюдения, пациенту предоставляются разъяснения о самоконтроле показателей состояния здоровья, в том числе по заполнению «Записной книжки пациента», в который включается контроль следующих показателей:

- мониторинг дистанции безболевого ходьбы;

- мониторинг кожного покрова стоп;

- мониторинг уровня глюкозы крови (при наличии установленного диагноза «сахарный диабет»);
- мониторинг артериального давления и индекса массы тела;
- иные показатели.

15. Медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями периферических артерий, обеспечивает их проактивное информирование в необходимости явки в целях диспансерного наблюдения.

Информирование осуществляется не позднее 10-ти рабочих дней перед запланированной датой профилактического медицинского осмотра по доступным каналам связи с пациентом: по телефону, в том числе с использованием мессенджеров, посредством электронной почты, почтовым отправлением и иными способами. При информировании может осуществляться единовременная запись пациента на конкретную дату и время для проведения профилактического медицинского осмотра, лабораторных и диагностических исследований, а также консультаций врачей-специалистов.

16. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, в том числе в электронном виде (при использовании электронного документооборота), в информационные системы, используемые для формирования соответствующих электронных регистров (при наличии), а также в учетную форму N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Сведения, содержащиеся в контрольных картах, учитываются лечащим врачом медицинской организации, оказывающей пациенту первичную медико-санитарную помощь (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), при формировании сводного плана проведения диспансерного наблюдения для каждого лица с учетом всех заболеваний и состояний, по поводу которых оно нуждается в диспансерном наблюдении.

17. При организации диспансерного наблюдения пациентов медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, должны быть обеспечены следующие целевые показатели:

- охват диспансерным наблюдением лиц с заболеванием периферических артерий по профилю их заболевания – не менее 70,0 %;
- охват ежегодным консультированием лиц с заболеванием периферических артерий врачом сердечно-сосудистым хирургом – не менее 80 %
- охват ежегодным консультированием лиц с заболеванием периферических артерий с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском врачом-кардиологом – не менее 80 %;
- достижение целевых значений показателей состояния здоровья пациентов в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе целевых значений артериального давления, целевых значений показатели липидограммы крови, целевого значения уровня гликированного гемоглобина (у лиц с установленным диагнозом «сахарный диабет») и иных показателей;
- сокращение случаев экстренной госпитализации пациентов с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным

наблюдением, по профилю их заболевания в связи с его обострением или осложнением на 20,0 %.

18. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (профиль коек «сосудистая хирургия» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»)

19. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи»

20. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

21. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

22. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация» и «сердечно-сосудистая хирургия».

23. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний больные переводятся в сосудистое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи.

24. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-сердечно-сосудистыми хирургами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

25. При наличии медицинских показаний лечение проводят с привлечением врачей-специалистов иных специальностей, в том числе врача-хирурга, врача-кардиолога, врача-невролога, врача функциональной диагностики, врача по рентгеноваскулярной диагностике и лечению и других.

26. Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной

помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного.

27. Оказание медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, осуществляется по медицинским показаниям при самостоятельном обращении больного или его законного представителя, по направлению медицинского работника со средним медицинским образованием, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-хирурга медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

28. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе в федеральных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации в случаях необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации федеральных медицинских организаций осуществляется в соответствии с Порядком направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, приведенном в приложении к Положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н, а также при наличии у больного медицинских показаний – в федеральных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.10.2005 № 617, в соответствии с Порядком организации высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н.

29. Больные при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

30. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1 – 7 к настоящему Порядком.

## Приложение 1

к рекомендациям по порядку  
оказания взрослому населению медицинской помощи  
при заболеваниях периферических артерий

### Правила организации деятельности кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга, который является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (в части оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий).

2. Кабинет врача-сердечно-сосудистого хирурга медицинской организации (далее - Кабинет) создается для оказания консультативной первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи, в том числе пациентам с заболеваниями периферических артерий.

3. На должность врача-сердечно-сосудистого хирурга назначается специалист, соответствующий установленным законодательством квалификационным требованиям по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

4. Структура и штатная численность кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации, в которой создается кабинет, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

5. В Кабинете следует предусмотреть:

помещение для осмотра больных;

помещение для медицинских манипуляций.

6. Оснащение Кабинета осуществляется в соответствии с предусмотренным настоящими рекомендациями стандартом оснащения.

7. Основными функциями Кабинета являются:

оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с заболеваниями по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных с заболеваниями по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

проведение мероприятий по первичной профилактике развития заболеваний по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего течения указанных заболеваний;

решение организационных вопросов оказания медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению;

внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

## Приложение 2

к рекомендациям по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий

### Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Врач-хирург	1 на 20 000 прикрепленного взрослого населения
2.	Медицинская сестра	1 на 1 врача-сердечно-сосудистого хирурга
3.	Санитар	1 на 3 кабинета

#### Примечания:

1. Рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-хирурга не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

2. Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество должностей врача-хирурга кабинета врача-хирурга устанавливается исходя из меньшей численности взрослого населения.

## Приложение 3

к рекомендациям по порядку  
оказания взрослому населению медицинской помощи  
при заболеваниях периферических артерий

## Стандарт оснащения кабинета врача-сердечно-сосудистого хирурга

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Стол рабочий	2
2.	Кресло рабочее	2
3.	Стул	2
4.	Кушетка	1
5.	Шкаф для перевязочных и лекарственных средств	1
6.	Шкаф для медицинских документов	1
7.	Ростомер	1
8.	Настольная лампа	1
10.	Мешок Амбу	1
11.	Аспиратор хирургический	по требованию
12.	Тонометр	1
14.	Контейнер для хранения стерильных инструментов	по требованию
15.	Стол операционный	1
16.	Стол перевязочный	1
17.	Столик инструментальный	2
18.	Столик манипуляционный	2
19.	Малый хирургический набор	3
20.	Стерилизатор для медицинских инструментов	1 При отсутствии ЦСО
21.	Сухожаровой шкаф для стерилизации медицинских инструментов	1 При отсутствии ЦСО
22.	Холодильник	1
23.	Негатоскоп	1
24.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
25.	Бестеневая лампа	1
26.	Весы	1
27.	Сейф для хранения лекарственных препаратов	1

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
28.	Персональный компьютер с принтером, выходом в Интернет	1
29.	Стетофонендоскоп	по числу врачей
30.	УЗИ (аппарат для ультразвуковых исследований с возможностью ангиосканирования (доплерометрия, дуплексное сканирование и др.)	1
31.	Радиочастотный генератор	Одно на отделение
32.	Переносной набор для реанимации	1
33.	Шпатель	3
34.	Сантиметровая лента	1
35.	Медицинский термометр	3
36.	Емкости для дезинфекции инструментов	по требованию
37.	Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	2

## Приложение 4

к рекомендациям по порядку оказания взрослому населению медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий

### Правила организации деятельности отделения сосудистой хирургии

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности отделения сосудистой хирургии (далее - Отделение), которое является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее - больные).

2. Медицинская организация, в составе которой создается Отделение, должна иметь в своей структуре:

операционную операционного блока, оборудованную в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным настоящими рекомендациями;

отделение лучевой диагностики, оборудованное в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным настоящими рекомендациями.

отделение реанимации и интенсивной терапии оборудованное в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реанимация» от 15 ноября 2012 г. №19н

отделение рентгеноваскулярной хирургии.

3. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в



составе которой создано Отделение.

4. На должность заведующего Отделением и врача – сердечно-сосудистого хирурга назначается специалист, соответствующий установленным законодательством квалификационным требованиям по специальности «сердечно-сосудистая хирургия».

5. Штатная численность Отделения утверждается руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и коечной мощности, с учетом установленных настоящими рекомендациями штатных нормативов.

6. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным настоящими рекомендациями.

7. Отделение для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой создано Отделение.

8. В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:

- помещение для врачей;
- палаты для больных;
- кабинет заведующего Отделением;
- процедурную;
- перевязочные 2
- процедурную для хирургических манипуляций;
- кабинет ультразвуковой диагностики.

9. В Отделении рекомендуется предусматривать:

- комнату для медицинских работников;
- кабинет старшей медицинской сестры;
- помещение для осмотра больных;
- комнату для хранения медицинского оборудования;
- помещение сестры-хозяйки;
- буфетную и раздаточную;
- помещение для хранения чистого белья;
- помещение для сбора грязного белья;
- душевую и туалет для медицинских работников;
- душевые и туалеты для больных;
- санитарную комнату;
- комнату для посетителей;
- пост медицинской сестры палатной (постовой);
- помещение для уборочного инвентаря;
- помещение для мытья и стерилизации суден, мытья и сушки клеенок;
- помещение дневного пребывания больных (холл).

10. Отделение выполняет следующие функции:

- лечение пациентов с заболеваниями артерий и вен
- выполнение хирургических операций на сосудах;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации, в структуре которой создано Отделение, по вопросам

диагностики и лечения больных;

разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больничной летальности;

освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;

проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;

осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

обеспечение преемственности с другими медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Медицинская организация, в составе которой создается Отделение, обеспечивает возможность выполнения больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями следующих лечебно-диагностических мероприятий и процедур:

выполнение диагностических исследований, необходимых для оценки функционального состояния органов и систем в дооперационный и послеоперационный период; электрокардиографических исследований, в том числе с физическими нагрузками, проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма, суточного мониторирования артериального давления, велоэргометрии, дуплексного сканирования сосудов (артерий и вен) верхних и нижних конечностей, эхокардиографии, эхокардиографии с физической нагрузкой, эхокардиографии трехмерной; эхокардиографии чреспищеводной; дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока, проведение поверхностного электрокардиографического картирования, тестирование электрокардиостимулятора; магнитнорезонансной томографии; рентгенографии; лабораторных анализов; ядерно-магнитной резонансной томографии; эзофагогастродуоденоскопии; бронхоскопии; рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (включая катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией); микроультрафильтрации и диализа; альбуминового диализа (с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы); экстракорпоральной мембранной оксигенации; внутриаортальной контрпульсации; установки электрокардиостимулятора; электрофизиологических исследований: эргометрического исследования (стресс-тесты) на базе тредмила и (или) велоэргометра, а также других исследований, необходимых для диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## Приложение 5

к рекомендациям по порядку  
оказания взрослому населению медицинской помощи  
при заболеваниях периферических артерий

## Рекомендуемые штатные нормативы отделения сосудистой хирургии

№	Наименование должности	Количество должностей (из расчета на 30 коек)
1.	Заведующий отделением - врач - сердечно-сосудистый хирург	1
2.	Старшая медицинская сестра	1
3.	Сестра-хозяйка (Кастелянша)	1
4.	Врач - сердечно-сосудистый хирург	5 на 30 коек(1 на 7 коек)
5.	Врач - сердечно-сосудистый хирург	4,75 на 30 коек (для круглосуточной работы)
	Врач по рентгэндоваскулярной диагностике и лечению	1
6.	Врач-кардиолог	1
7.	Врач-терапевт	0,5
8.	Медицинская сестра палатная (постовая)	9,5 (для круглосуточной работы) (4,75 на 15 коек)
9.	Медицинская сестра палатная (постовая)	2
10.	Медицинская сестра процедурной	2
11.	Медицинская сестра перевязочной	2
	Буфетчик	2
15.	Санитарка палатная	11,5 (4,75 на 15 коек (для круглосуточной работы); 2 (для уборки помещений);

## Примечание:

1. Рекомендуемые штатные нормативы отделения сосудистой хирургии не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

2. В медицинских организациях, имеющих в своем составе отделение сосудистой хирургии, рекомендуется предусматривать дополнительные должности врача ультразвуковой диагностики из расчета 1 должность на отделение, врача функциональной диагностики из расчета 1 должность на отделение, врача по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, инструктора по лечебной физкультуре из расчета 0,25 должности на отделение, медицинского психолога из расчета 0,25 должности на отделение.

## Стандарт оснащения отделения сосудистой хирургии на 30 коек

№	Наименование оснащения	Количество, шт.
1.	Кровати хирургические, функциональные	по числу коек
2.	Прикроватная тумба	по числу коек
3.	Кресло-туалет	по требованию
4.	Прикроватная информационная доска (маркерная)	по числу коек
5.	Тележка грузовая межкорпусная	2
6.	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	2 на 1 койку
7.	Централизованная подводка кислорода, воздуха и вакуума к каждой кровати	по числу коек
8.	Консоль для размещения медицинского оборудования, подвода медицинских газов, электрических розеток	по числу коек
9.	Дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации	1 на 10 коек
12.	Передвижной аппарат экспертного класса для ультразвукового исследования сердца и сосудов	1 на 15 коек
14.	Кислородные индивидуальные распылители с системой увлажнения и подогрева	по числу коек
15.	Аппарат для согревания пациента	3 на 20 коек
16.	Прикроватные кардиомониторы с центральным компьютером и регистрацией 5 отведений электрокардиограммы, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, инвазивным измерением артериального давления, давления легочной артерии, центрального венозного давления, сердечного выброса, неинвазивным измерением артериального давления, насыщения гемоглобина кислородом, температуры тела с автоматическим включением сигнала тревоги при выходе контролируемого параметра за установленные пределы	1 на 10 койек
17.	Аппарат для вакуумной терапии ран	3
20.	Набор для интубации трахеи	1
21.	Инфузоматы	3 на 10 коек
25.	Система быстрого оповещения и реагирования	по числу коек
26.	Многофункциональное устройство с функциями копирования, печати и сканирования	1 на рабочее место врача
27.	Персональный компьютер с программным обеспечением и принтером	1 на 1 рабочее место
28.	Противопрележневые системы, предназначенные для профилактики и лечения пролежней	по числу коек
29.	Портативный электрокардиограф	2
31.	Хирургическая стерильная укладка для экстренной остановки кровотечения	1 набор на 6 коек

к рекомендациям по порядку  
оказания взрослому населению медицинской помощи  
при заболеваниях периферических артерий

Стандарт оснащения операционной операционного блока медицинской организации, в структуре которой создано отделение сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии (из расчета 1 операционная на 15 коек)

№	Наименование оснащения	Количество, шт.
1.	Стол для стерильных инструментов и белья	2
2.	Столик операционной сестры	2
3.	Осветитель налобный	2
4.	Осветитель налобный, для экстренной службы	2
5.	Шприцы, иглы, капельницы	по требованию
6.	Биксы и биксодержатели	по требованию
7.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1 <*>
8.	Шкаф для инструментов	2
9.	Шкаф для медикаментов	2
10.	Шкаф медицинский для расходных материалов	2
11.	Контейнер для предстерилизационной очистки, дезинсекции и стерилизации медицинских изделий	4
12.	Комплект, согревающий хирургического и реанимационного назначения	2
13.	Сплит-система кондиционирования воздуха в каждой операционной при отсутствии централизованной системы кондиционирования	1
14.	Набор инструментов для сердечно-сосудистой хирургии	2
15.	Инструменты и наборы, необходимые для проведения интубационного и внутривенного наркоза	по требованию
	Набор микрососудистого инструментария	1
	Пила осциллирующая	1
	Электрический дерматом	1
	Набор хирургических инструментов для малоинвазивного доступа	1
16.	Вакуумный аспиратор хирургический	2
17.	Анализатор кислотно-основного равновесия	1
18.	Лампа бестеневая (не менее 2-х сателлитов)	1
19.	Рентгенопрозрачный операционный стол многофункциональный, со смещаемой рентгеногегативной столешницей	1
20.	Аппарат для реинфузии крови (для операционной)	1
21.	Аппарат для экстренной стерилизации инструментов и	1

№	Наименование оснащения	Количество, шт.
	материалов	
22.	Транскраниальный пульсоксиметр	1
23.	Электрокоагулятор с функциями биполярного, диссекционного и спрей режимов	2
24.	Церебральный оксиметр	1
25.	Электрокардиограф многоканальный	1
26.	Ультразвуковой аппарат с дополнительным датчиком для выполнения транспищеводной эхокардиографии экспертного класса	1 на 2 операционные
27.	Временные носимые электрокардиостимуляторы	1
28.	Операционный монитор с отображением на экране не менее 5 кривых с возможностями измерения: электрокардиограммы - 5 отведений, инвазивное давление, неинвазивное давление, сердечный выброс, температура, пульс, анестезиологические газы. Кардиомониторы с центральным компьютером и регистрацией 5 отведений электрокардиограммы, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, инвазивным измерением артериального давления, давления в легочной артерии, центрального венозного давления, сердечного выброса, неинвазивным измерением артериального давления, насыщения гемоглобина кислородом, - температуры тела. Все параметры с автоматическим включением сигнала тревоги при выходе за установленные пределы	2
29.	Персональный компьютер с программным обеспечением (дополнительно)	1 на рабочее место
30.	Наркотно-дыхательный аппарат с возможностью ручной масочной вентиляции и принудительной по объему и по давлению, с испарителями и встроенным газоанализом (с расширенным мониторингом, графическим отображением и записью трендов жизненно важных функций: дыхания, мозга, уровня нейромышечной проводимости, центр. гемодинамики)	1,5
31.	Прибор для измерения глубины анестезии	1
32.	Термоматрас для согревания больного	2
33.	Аппарат для фильтрации реиндуцируемой крови	1
34.	Стойка инфузионная для 5 дозаторов и 3 инфузоматов	1
35.	Иньектор автоматический для введения контрастного вещества для ангиографии	1
36.	Мобильный ангиограф (С-дуга) с возможностью субтракции, записи и архивации изображения	1 на 2 операционные
37.	Полный набор одноразового инструментария для проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных процедур в необходимом размерном ряде	по требованию
38.	Набор хирургических инструментов для малоинвазивных вмешательств	по требованию
39.	Набор хирургических инструментов для малоинвазивных вмешательств	по требованию

№	Наименование оснащения	Количество, шт.
40.	Стационарные или переносные приборы для стерилизации помещения	1
41.	Устройство для вспомогательного кровообращения	1 на 3 операционные
42.	Передвижной аппарат для ультразвукового исследования сердца и сосудов	1
43.	Портативный электрокардиограф	2
44.	Портативный дыхательный аппарат для транспортировки	2 комплекта
45.	Набор для интубации трахеи, включающий ларингоскоп с 3 клинками, комплект необходимых интубационных трубок, в том числе двухпросветные, воздуховод, желудочный зонд	1 (дополнительно 2 в резерве)
46.	Наборы для катетеризации магистральных сосудов (одноразовые), с размерным рядом от одной до трех линий	7
47.	Удлинитель венозные	10
48.	Удлинитель артериальные	10
49.	Краники на венозных и артериальных линиях	12
50.	Наркозно-дыхательный аппарат	1 на 3 операционные
51.	Аппарат искусственного кровообращения	1 на 3 операционные
52.	Смеситель газовый	1
53.	Терморегулирующее устройство с двумя контурами циркуляции	1
54.	Аппарат для аутогемотрансфузии (гемосепаратор)	1
55.	Портативный аппарат для измерения активированного времени свертывания	1
	Биноклярная лупа с осветителем	2
	Средства индивидуальной защиты от рентгеновского излучения	3
56.	Портативный анализатор газов крови (газы крови, кислотно-основное состояние, электролитный состав)	1 на 2 операционные

#### **Источники литературы и нормативные документы**

1. Аксель Е.М., Виноградова Н.Н. Статистика злокачественных новообразований женских репродуктивных органов. Онкогинекология. 2018;3:64-78.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2020.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2021.
4. Александрова Л.М., Грецова О.П., Петрова Г.В., Старинский В.В., Каприн А.Д. Предотвратимая смертность от рака шейки матки как индикатор эффективности профилактики заболевания. Профилактическая медицина. 2020;23(3):56-63.
5. Заридзе Д.Г., Максимович Д.М., Стилиди И.С. Рак шейки матки и другие ВПЧ ассоциированные опухоли в России. Вопросы онкологии. 2020;66(4):325-335.

6. Кобякова О.С., Стародубов В.И., Халтурина Д.А., Зыков В.А., Зубкова Т.С., Замятнина Е.С. Перспективные меры по снижению смертности в России: аналитический обзор. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(6):573-580.
7. Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 №21-рп (ред. от 30.10.2019) «Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2019–2024 годы». Ссылка активна на 18.12.2021.
8. Ефремов С.А., Петкау В.В., Груздева Е.А. Внедрение системы поддержки работы онкологической службы на уровне региона. *Менеджер здравоохранения*. 2021;2:25-30.
9. Приказ Минздрава Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
10. Каприн А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В., Мамонтов А.С. Технологии диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена*. 2018;7(1):34-40.
11. Новик В.И. Скрининг рака шейки матки. *Практическая онкология*. 2010;11(2):66-73.
12. Паяниди Ю.Г., Комарова Л.Г., Козаченко В.П. и др. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста. *Онкогинекология*. 2013;(1):35-42.
13. Ломаков С.Ю. Объемы маммографических исследований в современных условиях проведения профилактических мероприятий. *Профилактическая медицина*. 2020;23(4):41-44.
14. Цивьян Б.Л. Профессиональная точка зрения практикующих врачей-гинекологов о некоторых аспектах лечения пациенток гинекологического профиля. *Уральский медицинский журнал*. 2014;9:107-111.
15. Аирафьян Л.А., Оводенко Д.В. Основные трудности скрининга рака шейки матки. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018;1:14-17.
16. Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.08.2019 №454-р «Об организации проведения цитологических лабораторных исследований в рамках проведения автоматизированного скрининга рака шейки матки».
17. Чернобровкина А.Е. Вклад диспансеризации взрослого населения в раннее выявление онкологических заболеваний женских половых органов. *Профилактическая медицина*. 2022;25(1):7-13.
18. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 13.03.2020 №121 «О мерах по противодействию распространению в Санкт-Петербурге новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Ссылка активна на 18.12.2021.
19. Каприн А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В., Калинина А.М., Ипатов П.В., Бойцов С.А., Драпкина О.М. Диспансеризация определенных групп взрослого населения России как инструмент раннего выявления злокачественных новообразований (итоги 2015-2016 гг.). *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):13-19.



## **ФОРМИРОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ НОРМАТИВОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

### **Методическое письмо**

*Рекомендации разработаны с целью совершенствования планирования оказания специализированной медицинской помощи больным при заболеваниях периферических артерий.*

*В методическом письме представлено обоснование*

*Методическое письмо адресовано руководителям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, главным врачам медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в условиях стационара.*

### **Введение**

В соответствии с современными данными, болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной смертности населения во всем мире. Контроль распространенности БСК является серьезной медико-социальной задачей, имеющей приоритетное значение в системе оказания медицинской помощи в современных условиях. В Российской Федерации внимание к этому вопросу обозначено на высочайшем уровне: указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 определено, что в рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения снижение смертности населения от БСК является одной из стратегических задач развития Российской Федерации на период до 2024 года [1].

В последнее десятилетие, несмотря на проводимые мероприятия по снижению заболеваемости и смертности от БСК, отмечался существенный рост распространенности БСК среди взрослого населения России (на 17,1 %). По данным за 2019 год, до пандемии COVID-19, оказавшей влияние на структуру регистрируемой заболеваемости и смертности населения, уровень распространенности БСК среди взрослого населения составил 31 949,8 на 100 тыс. населения. Это демонстрирует необходимость поиска дополнительных эффективных путей коррекции факторов риска БСК, позволяющих управлять уровнем распространенности этих заболеваний [2,3,4].

В целом вклад лечебно-диагностических мероприятий в регулирование демографических процессов, в том числе уровня заболеваемости и смертности населения, не является основным [5], однако их значением не следует пренебрегать. В этой связи БСК, диагностика и учет которых проводятся своевременно, в дальнейшем, в большинстве случаев не приведут к развитию неблагоприятных осложнений, в том числе в форме сосудистых катастроф (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая

ишемия артерий и т.п.). К таким патологиям с уверенностью можно отнести болезни периферических артерий, своевременное и планомерное оказание медицинской помощи при которых существенно снижает риск возникновения угрозы жизни и последующей инвалидизации пациента.

Согласно «Национальным рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей» [6], болезни периферических артерий – это синдромы, связанные с поражением экстракраниальных, висцеральных и почечных артерий, брюшной аорты и артерий конечностей. Общность системных этиологических и патофизиологических особенностей развития и течения, лечебно-диагностические и организационные подходы к этапности и преемственности оказания медицинской помощи позволяют рассматривать эту группу заболеваний комплексно, несмотря на разнообразие нозологических форм. При этом, с учетом их коморбидности по отношению к заболеваниям сердечно-сосудистой системы более высокого риска, значимость своевременного выявления, наблюдения и планирования лечебных мероприятий при заболеваниях периферических артерий (БПА) имеет существенное значение.

Вместе с тем, в настоящее время ведомственной формой статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» [7] из всех нозологий, объединенных в группу БПА, предусматривается учет только суммарных данных о выявленных случаях эндартериита (I70.2) и тромбоангиита облитерирующего (I73.1), что не позволяет объективно судить об уровне распространенности БПА, а также ограничивает возможности планирования соответствующей медицинской помощи.

Планирование ресурсов при оказании медицинской помощи является одним из важнейших видов деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций. Это административный инструмент, который обеспечивает рациональную основу для принятия решений. Полноценное планирование оказания больным специализированной медицинской помощи является первоочередной задачей ввиду высокой ресурсоемкости данного вида помощи, необходимости рационального использования ресурсов здравоохранения.

### **Методика расчета потребности населения в специализированной медицинской помощи при болезнях периферических артерий**

Планирование специализированной медицинской помощи проводится на основе расчета потребности населения в койках. Показатель рассчитывается как количество коек на 1000 населения.

Для расчета рекомендуется использовать формулу Г.А. Попова:

$$K = \frac{U_3 \times \Gamma \times K_d}{D_\Gamma \times 100}$$

Где:

К – необходимое количество среднегодовых коек на 1000 жителей;  
 Уз – уровень заболеваемости на 1000 населения;  
 Г – процент госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи;  
 Кд – среднее плановое число дней пребывания больного на койке;  
 Дг – среднее плановое число дней работы койки в году.

Данная методика универсальна и может применяться как для определения потребности в больничных койках в целом, так и по отдельным профилям коек, в том числе в Российской Федерации в целом и в различных ее субъектах [8].

Отсутствие в полном объеме информации о БПА, учитываемой в формах ведомственной статистической отчетности, в настоящее время ограничивает возможности в формировании полного представления о заболеваемости БПА. В этой связи сведения о них (Уз) целесообразно получать на основе учета предоставленной пациентам медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования при БСК в целом, в том числе при ее оказании при БПА, включая случаи по всем заболеваниям указанной группы.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра группа заболеваний периферических артерий включает:

- атеросклероз (I70), в том числе: артериосклероз, артериосклероз, артериосклеротическая болезнь сосудов, атерома, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий (артериит, эндартериит);

- аневризма и расслоение аорты (I71);

- другие формы аневризмы и расслоения (I72), в том числе аневризма и расслоение сонной артерии, аневризма и расслоение артерии верхних конечностей, аневризма и расслоение почечной артерии, аневризма и расслоение подвздошной артерии, аневризма и расслоение артерии нижних конечностей;

- другие болезни периферических сосудов (I73), в том числе: синдром Рейно, облитерирующий тромбангиит (болезнь Бергера), другие уточненные болезни периферических сосудов (acroцианоз, акропарэстезия, эритроцианоз, эритромелалгия), болезнь периферических сосудов неуточненная (перемежающаяся хромота, спазм артерий);

- эмболия и тромбоз артерий (I74), в том числе эмболия и тромбоз брюшной аорты, эмболия и тромбоз других и неуточненных отделов аорты, эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей, эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей;

- другие поражения артерий и артериол (I77), в том числе: артериовенозный свищ приобретенный, сужение артерий, разрыв артерии, мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий, синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты, некроз артерии, артериит неуточненный, другие уточненные изменения артерий и артериол (эрозия артерии, язва артерии), изменение артерий и артериол неуточненное;

- поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках (I79).

Сведения о потребности в госпитализации больных (Г) БПА также целесообразно получать на основе учета предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, так как на основе формы ведомственного статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» [7] проводится ограниченный учет по вышеуказанным двум нозологическим формам БПА. Кроме того, целесообразно учитывать экспертное мнение врачей-сердечно-сосудистых-хирургов при определении истинной потребности в госпитализации, так как фактический уровень госпитализации по данным учета предоставленной пациентам медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования ограничен в настоящее время пропускной способностью имеющихся в стационарах коек.

### **Расчет потребности населения в специализированной медицинской помощи при болезнях периферических артерий на примере города федерального значения Санкт-Петербурга**

Для расчета необходимого количество среднегодовых коек для оказания специализированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий на 1000 жителей по формуле Г.А. Попова приняты следующие значения за 2022 год.

Уровень заболеваемости болезнями периферических артерий на 1000 населения (Уз) рассчитан на основе данных учета предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Всего за 2022 год в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, было зарегистрировано 73 750 случаев оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий. Учитывая численность населения в Санкт-Петербурге на 01.01.2022 года в количестве 5 377 503 человек, показатель уровня заболеваемости болезнями периферических артерий на 1000 населения (Уз) составил  $13,7^{0/00}$ .

Процент госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи (Г) рассчитан как отношение числа нуждающихся в госпитализации к числу случаев оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий, умноженное на 100. Оценка численности больных, нуждающихся в госпитализации, проведена с учетом данных о предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также экспертной оценки.

Всего за 2022 год по данным о предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования зарегистрировано 7032 случая госпитализации в круглосуточный стационар по поводу заболеваний периферических артерий.

Вместе с тем, исследование, проведенное методом социологического опроса в фокус-группе больных с заболеванием периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением в Санкт-Петербурге в 2022 году, показало значительную долю случаев превышения установленных сроков ожидания

специализированной медицинской помощи при данных заболеваниях. В соответствии с требованиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год, срок ожидания плановой госпитализации должен составлять не более 14 календарных дней. По результатам исследования установлено, что ряд больных вынуждены ожидать лечения в стационаре более продолжительное время, что свидетельствует об ограничениях доступности этой медицинской помощи и большей потребности в госпитализации больных в сравнении с фактическим уровнем госпитализации, зафиксированном в 2022 году.

Установлено, что 37,7% больных, которым была назначена плановая госпитализация, ожидали ее дольше, чем установлено: 26,1 % больных ожидали специализированной медицинской помощи 30 дней с момента получения направления, а 4,3 % больных ожидали госпитализации в течение более чем 30 дней.

Таким образом, фактическое количество пролеченных больных 7032 нельзя считать равным фактической потребности в госпитализации. С учетом установленной доли случаев с превышением сроков ожидания специализированной медицинской помощи потребность в госпитализации составляет 9683. Процент нуждающихся в госпитализации, на 100 случаев оказания медицинской помощи (Г) составил 13,1.

Среднее плановое число дней пребывания больного на койке (Кд) получено путем расчета средней длительности пребывания на койке круглосуточного стационара больных с заболеваниями периферических артерий по данным учета предоставленной больным медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, которая в 2022 году составила 11,8 дней.

Среднее плановое число дней работы койки в году (Дг) составляет 340 дней.

Таким образом, подставив все полученные значения в формулу, получим:

$$K = \frac{13,7 \times 13,1 \times 11,8}{340 \times 100} = 0,062$$

Необходимое количество среднегодовых коек круглосуточного стационара для лечения больных с заболеваниями периферических артерий составило на 1000 жителей 0,062. В расчете на население Санкт-Петербурга потребность в койках круглосуточного стационара для лечения больных с заболеваниями периферических артерий составляет 333 койки.

### **Заключение**

Согласно формы ведомственного статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» в Санкт-Петербурге в 2022 году было выделено 337 коек круглосуточного стационара по профилю «сосудистая хирургия». С учетом того, что на данных койках лечатся не только больные с заболеваниями артерий, но и вен можно говорить о существенной их нехватке,

нереализованной потребности жителей Санкт-Петербурга в специализированной медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий.

### *Литература*

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». *Российская газета*. 2018;(97).
2. Лазарев А.В., Калининская А.А., Васильева Т.П. Организационные резервы сбережения здоровья населения от болезней системы кровообращения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2020; 28(S): 762-765.
3. Савина А.А., Фейгинова С.И., Сон И.М., Вайсман Д.Ш. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(1):52-58.
4. Шляхто Е.В., Баранова Е.И. Основные направления снижения сердечно-сосудистой смертности: что можно изменить уже сегодня. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(7):3983.
5. Будаев Б. С., Кицул И. С., Тармаева И. Ю., Богданова О. Г. Анализ показателей заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;(4):865-870.
6. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. – Москва, 2019.
7. Приказ Росстата от 18.12.2020 г. № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».
8. Основы планирования медицинской помощи: учебное пособие / Н.С. Апханова, Е.В. Душина, А.В. Гашенко; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. – Иркутск: ИГМУ, 2020 – 52 с.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБОСНОВАНИЮ, РАСЧЕТУ И ВНЕДРЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

### **Методическое письмо**

*Рекомендации разработаны с целью внедрения единообразных инструментов контроля полноты проведения динамического наблюдения за больными с заболеваниями периферических артерий.*

*В методическом письме представлено обоснование внедрения дополнительных показателей федерального проекта «Борьба с заболеваниями сердечно-сосудистой системы», реализуемого в рамках национального проекта «Здравоохранение».*

*Методическое письмо адресовано руководителям и специалистам органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, главным врачам медицинских организаций, оказывающих первичную и первичную специализированную медико-санитарную помощь населению.*

### **Введение**

В настоящее время нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения не установлен отдельный порядок предоставления медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий. Согласно Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1] в рамках первичной медико-санитарной помощи предусматриваются мероприятия по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Порядком уточнен ряд положений организации первичной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, установлено, что лечение сердечно-сосудистых заболеваний не во всех случаях требует привлечения врачей-специалистов и может предоставляться только в рамках первичной врачебной медико-санитарной помощи (врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) по территориально-участковому принципу.

Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) может направлять больного в кардиологический кабинет медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Согласно Порядка, первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается врачами-кардиологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами, врачами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению.

Также Порядком установлено, что при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия». В случае же отсутствия показаний к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, больной направляется под наблюдение врача-кардиолога, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта участкового цехового врачебного участка в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

Таким образом, с учетом положений Порядка, оказание первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи, пациентам с заболеваниями периферических артерий, с учетом того, что эти заболевания отнесены к группе сердечно-сосудистых заболеваний, должно осуществляться силами врачей-терапевтов (врачей общей практики) и врачей-кардиологов в кардиологическом кабинете.

Вместе с тем, анализ нормативных правовых документов показывает, что как для врачей-терапевтов, так и врачей-кардиологов, конкретизированные полномочия по диспансерному наблюдению пациентов с заболеваниями периферических артерий не установлены. Основные функции кардиологического кабинета – оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе их диспансерное наблюдение. При этом интересно отметить, что заболевания периферических артерий не включены в группу заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-кардиолога.

Патологии, обусловленные заболеваниями периферических артерий, нередко сопряжены с состояниями, требующими вмешательства врача-хирурга. То есть, с учетом характера течения этих заболеваний, а также риска развития хирургических осложнений, можно было бы предположить, что полномочия по наблюдению этих пациентов вверены врачу-хирургу. Однако, Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» [2], на этапе предоставления первичной медико-санитарной специализированной хирургической помощи также не включает пациентов с заболеваниями периферических артерий в группу диспансерного наблюдения врача этой специальности.

Таким образом, в нормативных правовых документах в сфере здравоохранения нет однозначного порядка оказания первичной медико-санитарной, в том числе специализированной, помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, вопрос остается в настоящее время не урегулированным.

При этом, наличие у пациента планомерно развивающегося хронического заболевания периферических артерий, угроза осложнений, обязательно требует организации диспансерного наблюдения. В соответствии со статьей 46



Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3], диспансерное наблюдение – это проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

С учетом указанных позиций определение места и субъекта проведения диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий видится чрезвычайно важным.

Согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей» [4], своевременная диагностика и лечение этих заболеваний способствуют увеличению продолжительности и качества жизни больных, улучшению показателей общественного здоровья (снижение инвалидности, смертности, тяжелых осложнений болезни), в связи с чем, организация диспансерного наблюдения пациентов этой группы очевидна.

Национальными рекомендациями [4] определено, что амбулаторное ведение больных с бессимптомным течением заболеваний артерий нижних конечностей и пациентов с перемежающейся хромотой должно осуществляться врачом-кардиологом (или терапевтом, прошедшим специальную подготовку по ангиологии), который должен разрабатывать программы коррекции факторов риска, осуществлять лечение заболеваний периферических артерий, контролировать динамику состояния системы кровообращения, взаимодействовать с сосудистым хирургом.

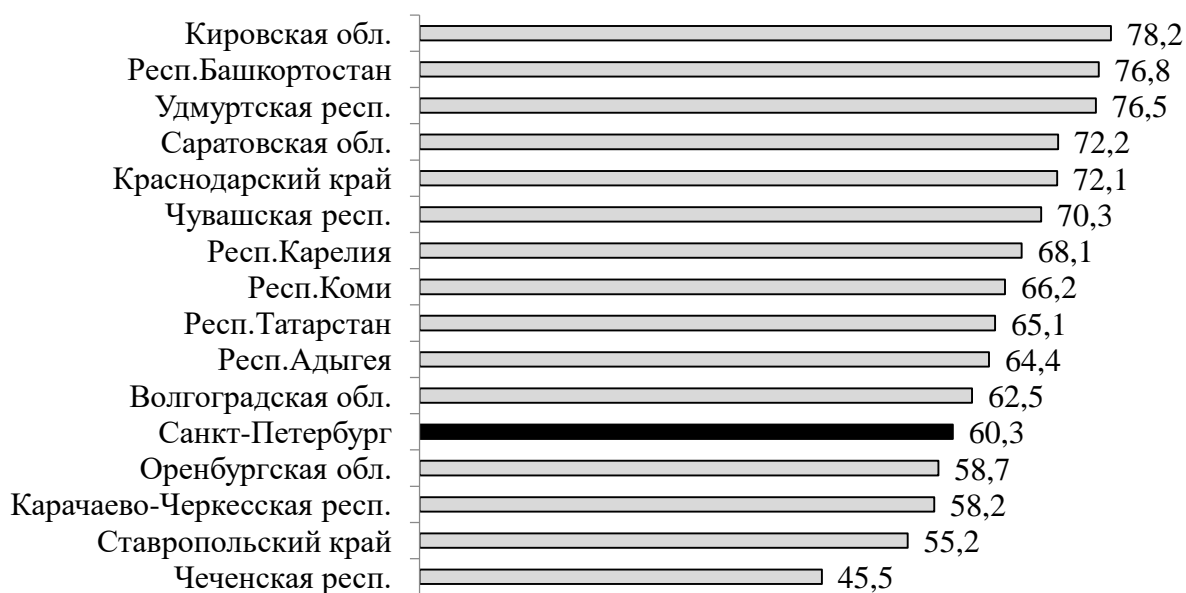
При этом Национальными рекомендациями [4] отмечается, что наблюдение таких пациентов на амбулаторном этапе чаще всего осуществляется общими хирургами, однако, эта традиционно сложившаяся практика уже не может отвечать современным требованиям к организации оказания медицинской помощи, учитывая системный характер атеросклеротического процесса, а также нередкое сочетание заболеваний периферических артерий с патологией других артериальных бассейнов, высокую частоту сопутствующей патологии. Наблюдение данной категории больных должно предполагать участие в ней врачей разных специальностей наряду с крайне важной ролью единого координатора, которую чаще всего выполняют общие хирурги [4].

Ведение больных с заболеваниями периферических артерий на амбулаторном этапе обычно не предполагает значительных хирургических мероприятий, напротив, оно требует глубокого знания теоретических основ патологии сосудов, необходимых для построения индивидуальных программ коррекции факторов риска, мониторинга сосудистых нарушений, адекватного, патогенетически обоснованного лечения. Согласно Национальным рекомендациям [4] на эту роль на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи наиболее подходит врач-кардиолог, который вполне подготовлен для принятия рациональных решений по ведению таких пациентов и взаимодействию с сосудистым хирургом.

Таким образом, анализ нормативных и методических положений свидетельствует о необходимости организации диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий, а также о необходимости наличия специальных углубленных знаний у специалистов, осуществляющих такое наблюдение, в целях оказания пациентам квалифицированной медицинской помощи, в том числе своевременного их направления на последующие этапы лечения, в том числе для интенсивного лечения в рамках специализированной медицинской помощи. Инструментом контроля проведения диспансерного наблюдения больных с заболеваниями периферических артерий, в том числе на этапе совершенствования подходов к его проведению, могут стать целевые показатели «охвата» больных диспансерным наблюдением и «активности» больных в его регулярном проведении.

### **Результаты изучения вопросов охвата больных с заболеваниями периферических артерий диспансерным наблюдением**

Анализ, проведенный по итогам 2019 года (в целях исключения влияния пандемии новой коронавирусной инфекции на структуру оказанной медицинской помощи) в ряде регионов Российской Федерации, в том числе в Санкт-Петербурге, показал, что, несмотря на значимость диспансерного наблюдения при хронических патологиях, вопреки установленному Порядку [1], не во всех случаях наличие у пациента сердечно-сосудистого заболевания является поводом для диспансерного наблюдения. Источником информации для проведения анализа стали данные форм ведомственного статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» [5]. В отдельных регионах значение этого показателя различается, однако в полном объеме охват ДН не отмечен ни в одном из изученных субъектов Российской Федерации (Рисунок 1).

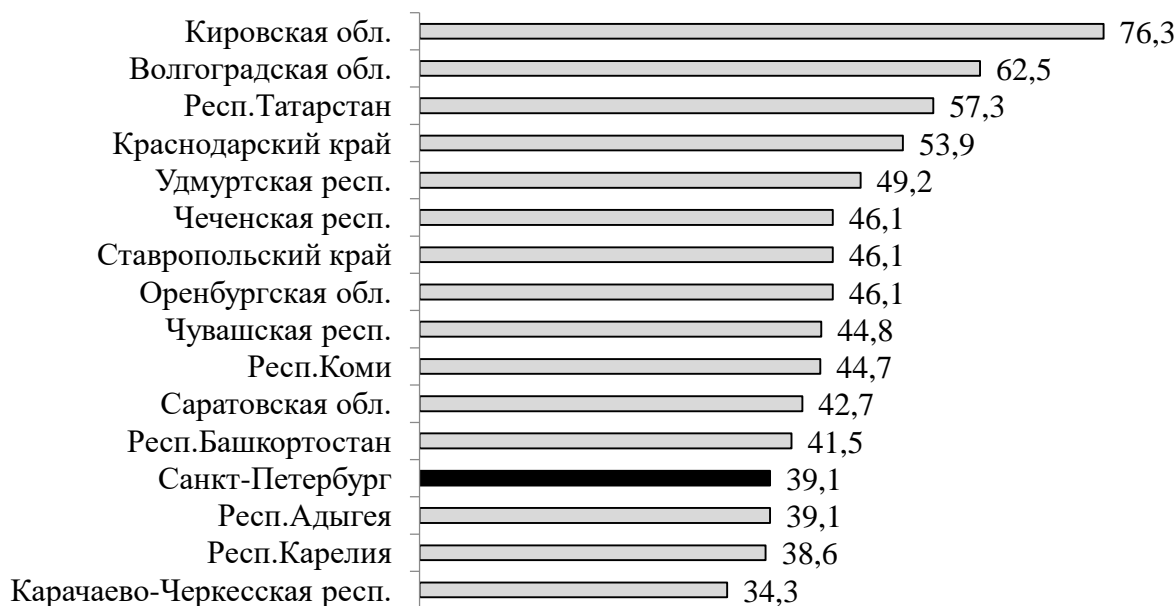


*Рисунок 1 – Доля пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением в отдельных субъектах Российской Федерации в 2019 году, в процентах*

Среди показателей результативности оказания медицинской помощи в изученных регионах наиболее высокие значения охвата диспансерным наблюдением пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечены в Кировской области, Республике Башкортостан, Удмурдской республике. В Санкт-Петербурге значение показателя составило только 60,3 %.

Поскольку форма ведомственного статистического наблюдения № 12 [5] из всех патологических состояний, включенных в группу заболеваний периферических артерий, содержит сведения только об эндартериите и тромбангите облитерирующем, оценка охвата диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями периферических артерий проведена на примере данных патологий.

Сведения об охвате пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим диспансерным наблюдением в отдельных субъектах Российской Федерации представлены на Рисунке 2.

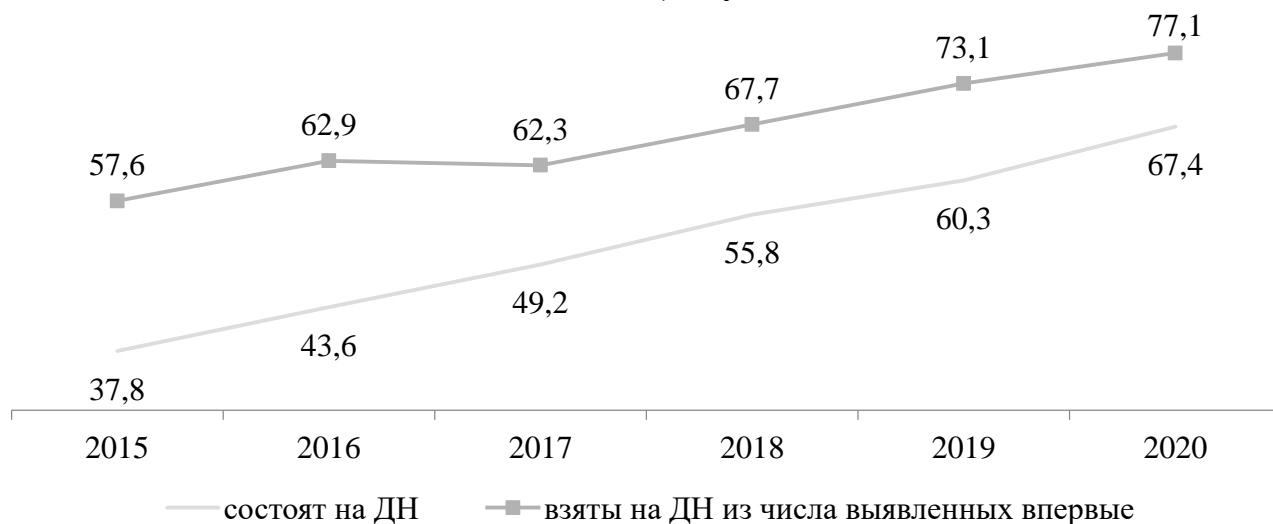


*Рисунок 2 – Доля пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим, состоящих под диспансерным наблюдением в различных субъектах Российской Федерации в 2019 году, в процентах*

В целом охват диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями периферических артерий несколько ниже, чем уровень охвата диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом, однако, уровень взаимосвязи между этими показателями низкий ( $\rho = + 0,2$ ;  $p < 0,05$ ). Это, вероятно, обусловлено тем, что диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями периферических артерий проводят не врачи-терапевты и врачи-кардиологи, как указывалось выше, а врачи иных специальностей. Наибольшие показатели охвата диспансерным наблюдением пациентов этой группы отмечены в Кировской области, Волгоградской области, Республике Татарстан, Краснодарском крае. В Санкт-Петербурге доля лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с заболеваниями периферических

артерий, составила только 39,1 %, что существенно ниже этого показателя, касающегося пациентов с болезнями системы кровообращения в целом – 60,3 % ( $t = 4,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Анализ динамики показателей охвата диспансерным наблюдением пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Санкт-Петербурге показал рост в течение последних нескольких лет (Рисунок 3).



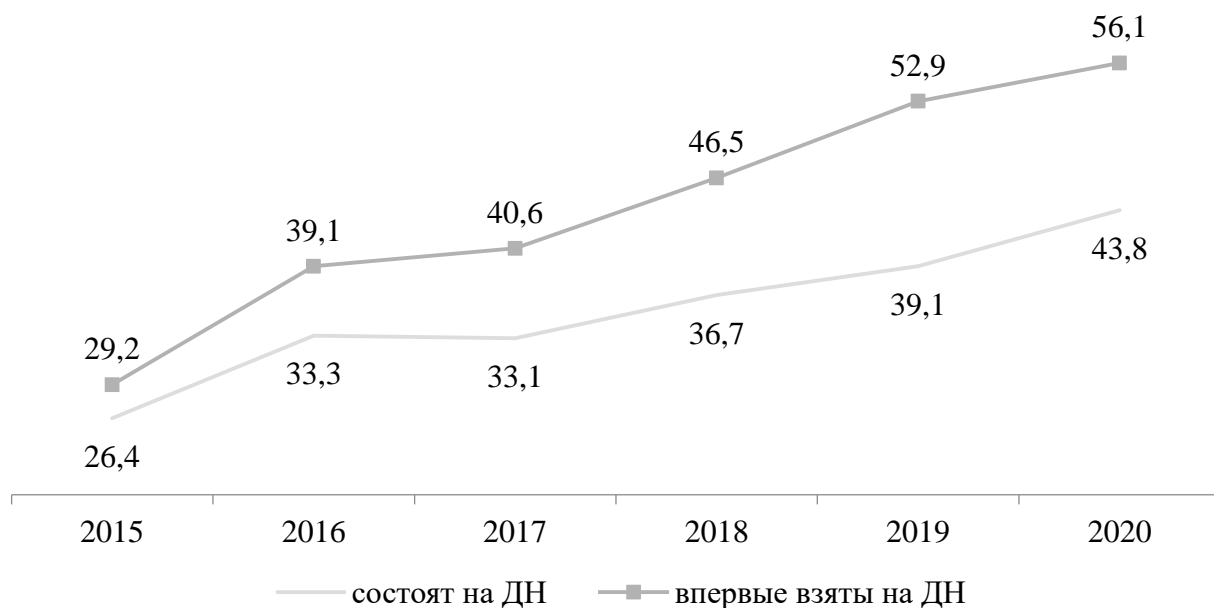
*Рисунок 3 – Динамика доли пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих и впервые взятых под диспансерное наблюдение в Санкт-Петербурге, в процентах*

Это обусловлено повышенным вниманием к проблеме оказания медицинской помощи пациентам этой группы ввиду реализации положений национального проекта «Здравоохранение» и региональных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [6].

Только в период с 2015 по 2020 год в Санкт-Петербурге показатель роста по доле состоящих на диспансерном наблюдении пациентов с болезнями системы кровообращения составил 33,8 %, в том числе по впервые выявленным заболеваниям – 78,3 %, что свидетельствует об активном наблюдении вновь выявляемых пациентов с этой патологией.

Еще больший рост показателя отмечен по заболеваниям периферических артерий (Рисунок 4). За последние 6 лет охват диспансерным наблюдением пациентов с эндартериитом и тромбоангиитом облитерирующим вырос с 29,2 % до 56,1 % (показатель роста 92,1 %), а из числа впервые выявленных заболеваний с 26,4 % до 43,8 % (показатель роста 60,3 %).

Таким образом, как и в целом при болезнях системы кровообращения, так и при заболеваниях периферических артерий, не все пациенты взяты под диспансерное наблюдение.



*Рисунок 4 – Динамика доли пациентов с эндартериитом и тромбангиитом облитерирующим, состоящих и впервые взятых под диспансерное наблюдение в Санкт-Петербурге, в процентах*

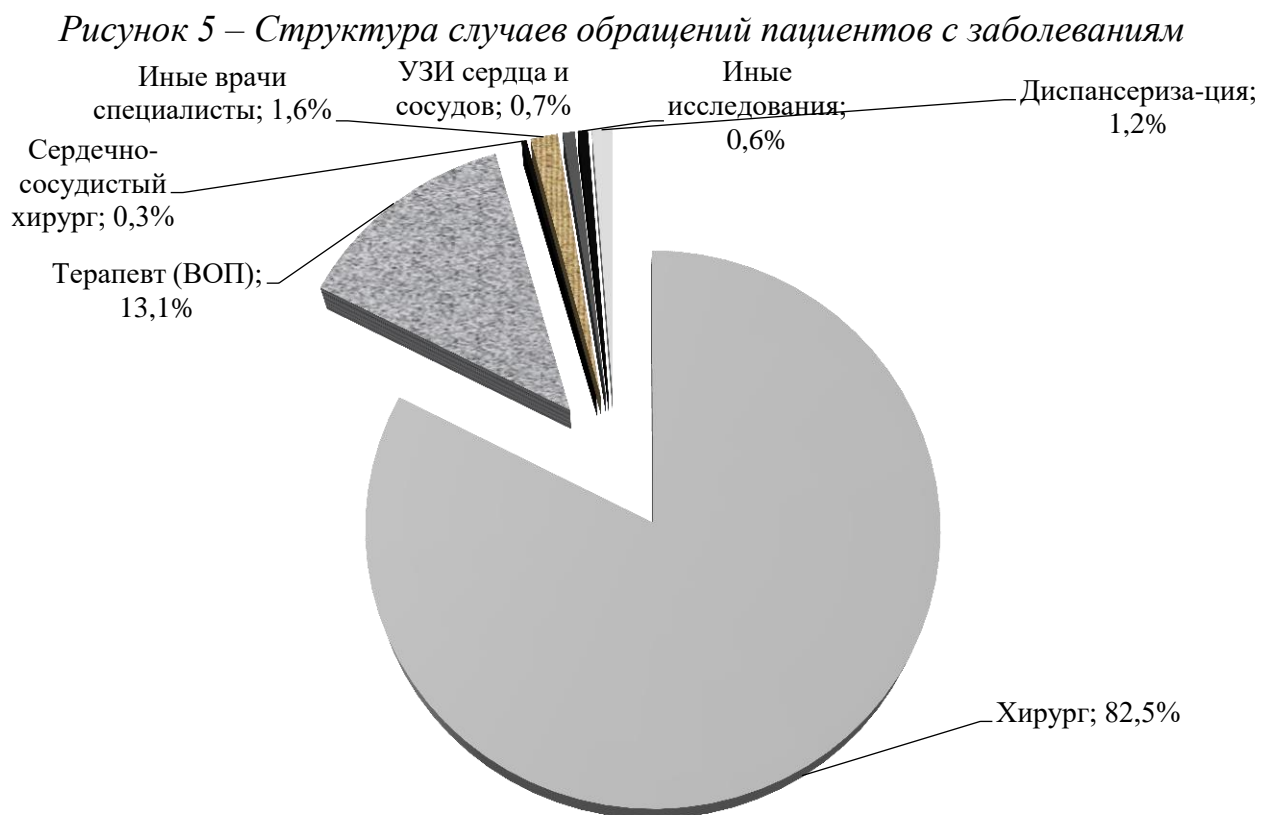
Несмотря на отсутствие нормативных регламентов, устанавливающих проведение подобных профилактических мероприятий у этой группы пациентов, это следует считать серьезным дефектом в организации им медицинской помощи, который не позволяет в полном объеме проводить динамическое наблюдение, направленное на предотвращение осложнений заболеваний, а также развитие неблагоприятных исходов.

В соответствии с Национальными рекомендациями [4], при «естественном течении» заболеваний периферических артерий, то есть без динамического наблюдения, у пациентов в возрасте 50 лет и старше даже при асимптомном течении, которое развивается в 30-50 % случаев, вследствие прогрессивного ухудшения ситуации, в течение 5-и лет развиваются осложнения в виде стабильной перемежающейся хромоты (70-80 % случаев), усугубления перемежающейся хромоты (10-20 %), критической ишемии (1-2 %), приводящей к ампутации конечности. Кроме того, развиваются иные сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, инсульт – 20 %).

Сведения о результатах анализа обращений пациентов с заболеваниями периферических артерий в медицинские организации, предоставляющие первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь в Санкт-Петербурге, представлены на Рисунке 5.

Наибольшая доля всех обращений пациентов с заболеваниями периферических артерий в поликлиниках «по месту жительства» выполняется к врачам-хирургам – 82,5 % из всех случаев оказания им медицинской помощи. Достаточно внушительная часть посещений медицинских организаций пациентами с

интересующим нас диагнозом выполняется к врачам-терапевтам (врачам общей практики) – 13,1 % случаев.



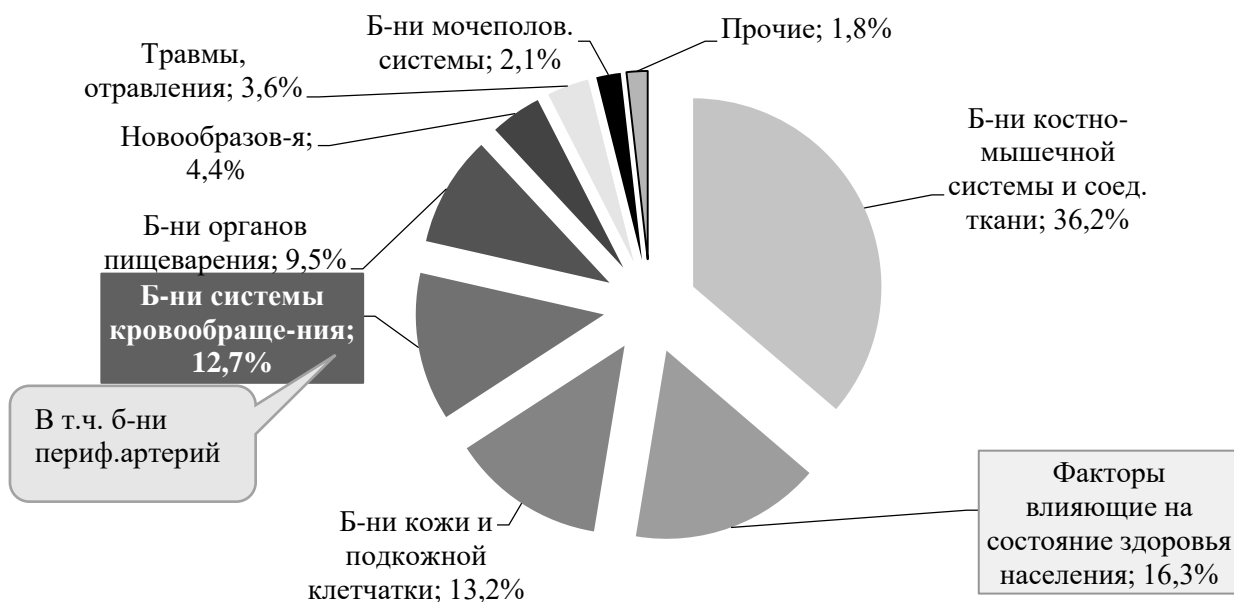
*и периферических артерий в медицинские организации «первичного звена» в 2019 году, в процентах*

Следует отметить, что из всех посещений врача-хирурга только 45,3 % выполнено пациентами с заболеваниями периферических артерий в целях прохождения диспансерного наблюдения. При этом частота посещения врача-хирурга из числа состоящих на диспансерном наблюдении, составила только 1,4 на 1 пациента в год, что не следует считать удовлетворительным показателем.

Среди посещений врача-терапевта только 24,4 % пациентов выполнили его в целях прохождения очередного осмотра в рамках диспансерного наблюдения. Кратность посещения врача-терапевта (врача общей практики) пациентами, наблюдающимися по поводу заболеваний периферических артерий при диспансерном наблюдении, составила только 1,1 посещение на 1 пациента в год, что, безусловно, также не может быть расценено в качестве удовлетворительного показателя для пациентов этой группы.

Также, несмотря на значимость системного подхода к динамическому наблюдению таких пациентов, особенно с учетом вероятности развития осложнений и поражения иных сосудистых бассейнов при генерализованном атеросклерозе [7,8], обращает на себя внимание крайне незначительная доля пациентов, которым выполняется ультразвуковое исследование сердца и сосудов на этом этапе оказания медицинской помощи.

С учетом полученных данных, основным специалистом, организующим предоставление лечебно-диагностических мероприятий пациентам с заболеваниями периферических артерий на первичном этапе, является врач-хирург. При этом пациенты этой группы составляют незначительную часть среди всех больных, наблюдаемых врачом-хирургом (Рисунок 6).



*Рисунок 6 – Структура поводов для посещения врача-хирурга при оказании пациентам первичной медико-санитарной помощи, 2019 год, в процентах*

Анализ показал, что в целом только в 12,7 % случаях поводом обращений пациентов к врачу-хирургу медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, являются заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе, только в 2,6 % случаев – заболевания периферических артерий.

Таким образом, проведенный анализ на фоне отсутствия установленного нормативно-правовыми документами порядка оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, выявил ряд дефектов в ее организации пациентам этой группы, в части обеспечения доступности медицинских услуг и обеспечения их качества. При несомненной необходимости диспансерного динамического наблюдения пациентов этой группы установлен недостаточный охват их этими профилактическими мероприятиями, а также отсутствие возможности их проведения специалистами, имеющими специальные знания в области лечения заболеваний этой группы.

В целях контроля за проведением диспансерного наблюдения больных с заболеваниями периферических артерий, на начальном этапе, до разработки и внедрения конкретизированного порядка диспансерного наблюдения данных больных, целесообразно расширить перечень показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и реализуемых в соответствии с ним региональных проектов, разработанных в целях решения задач

национального проекта «Здравоохранение», включив в него дополнительные показатели, отражающие «охват» и «активность» пациентов при диспансерном наблюдении.

### **Наименование и методика расчета показателей**

1. «Доля граждан с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода, процент».

Показатель рассчитывается как соотношение количества граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболеваний периферических артерий, к общему количеству граждан у которых зарегистрировано заболевание периферических артерий, на соответствующий период по следующей формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{сдн}} = \frac{\text{С}}{\text{З}} \times 100$$

где:

$\text{ЗПА}_{\text{сдн}}$  - доля граждан с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода, процент;

С - количество граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболеваний периферических артерий на конец отчетного периода;

З - количество граждан с зарегистрированными заболеваниями периферических артерий на конец отчетного периода.

**Целевое значение показателя Не менее 70%.**

2. «Доля граждан с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент».

Показатель рассчитывается как соотношение количества граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболеваний периферических артерий и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, к общему числу граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболевания периферических артерий, на соответствующий период по следующей формуле:

$$\text{ЗПА}_{\text{пдн}} = \frac{\text{П}}{\text{С}} \times 100$$

где:

$\text{ЗПА}_{\text{пдн}}$  - доля граждан с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде, процент;

П - количество граждан с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением и посетивших с этой целью врача в отчетном периоде;

С - количество граждан, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу заболевания периферических артерий на конец отчетного периода.

**Целевое значение показателя Не менее 90%.**

**Источники информации для расчета показателей**



Для расчета показателей используются данные регионального информационного ресурса в сфере обязательного медицинского страхования, средствами которого производится информационный обмен данными в рамках информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, установленный главой 15 Правил обязательного медицинского страхования: сведения о гражданах, подлежащих диспансерному наблюдению и взятых под диспансерное наблюдение; а также данные информационного ресурса средствами которого производится информационный обмен в рамках оплаты страховыми медицинскими организациями оказанной гражданам медицинскими организациями медицинской помощи [9,10].

**Внедрение показателей.** Показатели «Доля лиц с заболеваниями периферических артерий, состоящих под диспансерным наблюдением, процент» целесообразно применять для оценки результативности национального проекта «Здравоохранение» и реализуемого в соответствии с ним федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», региональных проектов в сфере здравоохранения.

***Источники литературы и нормативные документы***

1. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями».
2. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. – Москва, 2019. – 89 с.
5. Приказ Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения РФ федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».
6. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации» - URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/47046> (дата обращения: 22.06.2023)
7. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Шапошник И.И. Особенности поражения периферических сосудов у пациентов с гипертонической болезнью // Лечебное дело. 2016;(2):33-36.
8. Барбараи О.Л., Капиталап В.В., Шибанова И.А. Сердечно-сосудистая коморбидность: пациент с ишемической болезнью сердца и атеросклерозом периферических артерий. Как выявить и управлять рисками ишемических событий? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020;16(4):607-613.
9. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 13.12.2022) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»
10. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 N 79 (ред. от 16.11.2021) «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования»

**Положение о порядке взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий  
(организационный эксперимент)**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан в целях совершенствования маршрутизации, создание условий преемственности медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, повышение ее доступности и качества.

1.2. Участниками реализации Порядка являются СПб ГБУЗ «Больница №...» (далее – Больница) и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № ...» (далее – Поликлиника).

1.3. Сроки реализации Порядка – 01.01.2023 – 01.09.2023.

1.4. Порядок реализуется на основании следующих нормативных правовых документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной. В том числе высокотехнологичной медицинской помощи»;

- приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия».

1.5. Информационное взаимодействие Поликлиники и Больницы в целях реализации настоящего Порядка осуществляется на основе специального выделенного модуля медицинской информационной системы.

2. Цель и задачи реализации Порядка

2.1. Цель реализации Порядка:

Обеспечить активное взаимодействие Больницы и Поликлиники в целях создания оптимальных условий динамического наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий, направленного на профилактику осложнений и обострения заболевания, обеспечение их своевременной

маршрутизации для получения требуемой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, реабилитации.

### 2.3. Задачи реализации Порядка:

- обеспечение охвата диспансерным наблюдением пациентов заболеваниями периферических артерий, из числа взрослого населения, прикрепленного к Поликлинике, не менее 70 %;
- обеспечение ежегодного посещения врача пациентами с заболеваниями периферических артерий, состоящими под диспансерным наблюдением, не менее 90 %;
- обеспечение ведения пациентов с заболеваниями периферических артерий в рамках диспансерного наблюдения с учетом рекомендаций врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога;
- повышение информированности пациентов с заболеваниями периферических артерий о факторах риска развития и/или осложнения заболевания в целях формирования их приверженности к здоровому образу жизни, своевременному прохождению профилактических мероприятий;
- повышение удовлетворенности пациентов с заболеваниями периферических артерий доступностью и качеством оказываемой им медицинской помощи.

### 3. Целевая группа пациентов

3.1. Целевой группой при реализации Порядка являются пациенты с заболеваниями периферических артерий, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (целевая группа пациентов):

- атеросклероз (I70), в том числе: артериолосклероз, артериосклероз, артериосклеротическая болезнь сосудов, атерома, дегенерация (артериальная, артериоваскулярная, сосудистая), деформирующий или облитерирующий эндартериит, старческий (артериит, эндартериит);
- атеросклероз почечной артерии (I70.1);
- атеросклероз артерий конечностей (I70.2);
- аневризма брюшной аорты I71.3, I71.4;
- аневризма и расслоение сонной артерии I72.0;
- другие формы аневризмы и расслоения (I72), в том числе аневризма и расслоение сонной артерии, аневризма и расслоение артерии верхних конечностей, аневризма и расслоение почечной артерии, аневризма и расслоение подвздошной артерии, аневризма и расслоение артерии нижних конечностей;
- другие болезни периферических сосудов (I73), в том числе: синдром Рейно, облитерирующий тромбоангиит (болезнь Бергера), другие уточненные болезни периферических сосудов (акроцианоз, акропарэстезия, эритроцианоз, эритромелалгия), болезнь периферических сосудов неуточненная (перемежающаяся хромота, спазм артерий);
- эмболия и тромбоз артерий (I74), в том числе эмболия и тромбоз брюшной аорты, эмболия и тромбоз других и неуточненных отделов аорты, эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей, эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей;

- другие поражения артерий и артериол (I77), в том числе: артериовенозный свищ приобретенный, сужение артерий, разрыв артерии, мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий, синдром компрессии чревного ствола брюшной аорты, некроз артерии, артериит неуточненный, другие уточненные изменения артерий и артериол (эрозия артерии, язва артерии), изменение артерий и артериол неуточненное;
- болезни капилляров (I78);
- поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках (I79).

#### **4. Порядок взаимодействия медицинских организаций**

4.1. В условиях неурегулированного на уровне нормативных правовых документов порядка предоставления медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, в том числе порядка их диспансерного наблюдения, отбор пациентов для оказания медицинской помощи с учетом соблюдения условий ее преемственности осуществляется:

- по результатам оказания им специализированной медицинской помощи в Больнице;
- при их обращении в Поликлинику.

4.2. Пациенты включаются в целевую группу на основании установления окончательного диагноза, поименованного в пункте 3.1 настоящего Порядка. Условием включения в целевую группу пациента является его информированное добровольное согласие.

4.3. Сбор сведений о пациентах, включенных в целевую группу, осуществляет ответственное лицо Поликлиники, назначаемое главным врачом Поликлиники.

4.4. Сбор сведений осуществляется на бумажных носителях, а также посредством медицинских информационных систем (в случае наличия – на специальном выделенном модуле по защищенным каналам связи).

Сведения о пациенте с заболеванием периферических артерий передаются ответственному лицу Поликлиники:

- при обращении пациента в Поликлинику, вне зависимости от повода обращения – в течение 3 рабочих дней;
- после выписки пациента из Больницы – в течение 5 рабочих дней.

Состав сведений о пациенте:

- персонифицированные личные данные пациента (фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес фактического проживания; род занятий);
- сведения о каналах связи с пациентом (номера стационарного и мобильного телефонов, мессенджеров, адрес электронной почты и др.);
- полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее, осложнения);
- сроки пребывания в стационаре (при наличии);
- краткий анамнез;
- результаты диагностических исследований;
- сведения о проведенном лечении в стационаре (при наличии);
- наименование и сроки проведения оперативного вмешательства (при наличии);
- состояние при выписке из стационара (при наличии);

- лечебные рекомендации, в том числе с указанием назначенных лекарственных средств, сроков последующего прохождения диагностических процедур, иных рекомендаций.

4.5. Поликлиника при получении сведений, указанных в пункте 4.4, проводит мероприятия по проактивному информированию пациента в целях его постановки на диспансерное наблюдение и дальнейшее активное динамическое наблюдение.

4.6. Результаты профилактических осмотров, в том числе консультаций врачей-специалистов, лабораторных и диагностических исследований отражаются Поликлиникой в первичной медицинской документации, а также вносятся в специальный выделенный модуль информационной системы, доступ к которому по защищенным каналам связи имеет Больница.

Больницей данные, размещенные в специальном выделенном модуле информационной системы, могут быть использованы при госпитализации пациента для оценки организации лечебно-диагностического процесса.

## **5. Проактивное информирование пациентов целевой группы**

5.1. Проактивное информирование пациентов целевой группы проводится в целях формирования их приверженности к своевременному прохождению профилактического осмотра в рамках динамического наблюдения, приему лекарственных средств, самоконтролю показателей здоровья.

5.2. Проактивное информирование пациентов в форме индивидуального информирования:

- разъяснительная беседа лечащего врача при выписке из стационара;
- памятка, индивидуально вручаемая пациенту;
- активное приглашение на профилактический прием в рамках диспансерного наблюдения.

5.3. Индивидуальная беседа с лечащим врачом стационара проводится с пациентом в день выписки и включает следующие сведения:

- пояснения о течении заболевания, проведенном лечении;
- пояснения о факторах риска развития заболевания и его осложнений, в том числе о необходимости нивелирования контролируемых факторов риска развития и осложнений заболевания периферических артерий (лишний вес – объем талии у женщин более 88 см, у мужчин – более 100 см; декомпенсированный сахарный диабет; декомпенсированная гипертоническая болезнь; адинамия; несоблюдение диеты, в том числе дисбаланс в пользу жирной, жареной, мучной, сладкой пищи, употребление газированных напитков, алкоголя; частые стрессы, хронический дефицит сна и др.);
- пояснения о предоставленных рекомендациях, в том числе по порядку приема назначенных лекарственных препаратов, целесообразных в последующем диагностических исследованиях и сроках их выполнения;
- пояснения о порядке проведения последующего диспансерного наблюдения в Поликлинике;
- пояснения о порядке обращения в Поликлинике для постановки на диспансерное наблюдение, в том числе сведения о медицинской организации по месту

жительства пациента (наименование, адрес, часы работы, телефоны для справок и иная информация).

5.4. При проведении индивидуальной беседы с лечащим врачом стационара пациенту может быть вручена «Памятка пациента», содержащая информацию о профилактических мероприятиях при заболеваниях периферических артерий.

5.5. При получении Поликлиникой сведений о пациенте, прошедшем лечение в стационаре, и имеющем диагноз в соответствии с пунктом 3.1 настоящего Положения, информация о нем передается ответственному исполнителю Поликлиники.

Ответственный исполнитель формирует списки пациентов с установленным диагнозом заболевания периферических артерий (на бумажных носителях, а также с использованием медицинских информационных систем), подлежащих диспансерному наблюдению, и осуществляет сверку полученных сведений о пациентах, а также о наличии данных о каналах связи с ними, полученных на основании их добровольного информированного согласия.

5.6. Ответственное лицо медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь, организует индивидуальное информирование пациентов с заболеваниями периферических артерий:

- в отношении пациентов, сведения о которых впервые получены от Больницы – в течение 5 рабочих дня со дня получения сведений;
- в отношении пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением в Поликлинике – не позднее, чем за 15 рабочих дней перед датой очередного запланированного профилактического осмотра и/или диагностического исследования.

Информирование пациента проводится путем:

- личного оповещения по телефону;
- СМС-информирования посредством направления сообщения по номеру мобильного телефона, в том числе с использованием мессенджеров;
- оповещения путем направления сообщения на адрес электронной почты.

Приоритетным каналом связи для проведения проактивного информирования является личное оповещение пациента по телефону.

5.7. При оповещении пациента ответственным лицом одновременно проводится его запись:

- на профилактический прием к врачу Поликлиники в рамках диспансерного наблюдения (установления диспансерного наблюдения в отношении пациентов, сведения о которых получены впервые);
- на консультативный прием к врачу-сердечно-сосудистому хирургу Больницы (для консультирования в рамках диспансерного наблюдения).

5.8. Первичный прием в рамках диспансерного наблюдения в отношении пациентов, сведения о которых получены впервые, проводится врачом-терапевтом. Дальнейшее диспансерное наблюдение пациента проводится врачом-терапевтом и/или врачом-хирургом в соответствии с «Маршрутизацией пациента с заболеванием периферических артерий при диспансерном наблюдении» (Приложение 1).

5.9. Для реализации записи пациентов для прохождения профилактических осмотров в рамках диспансерного наблюдения, а также посредством обращения на сайт *gorzdrav.ru* в графике приема врачей-специалистов, участвующих в проведении диспансерного наблюдения, в том числе врачей-сердечно-сосудистых хирургов Больницы, выделяются определенные часы в дни их приема, которые не могут быть распределены для организации приемов с иной целью.

5.10. При индивидуальном информировании используется контент, побуждающий к прохождению профилактического осмотра и разъясняющий порядок записи на прием к врачу:

- личное оповещение по телефону:

*«Уважаемый .....! Поликлиника № .... с Вашего согласия получила информацию о наличии у Вас заболевания периферических артерий! В целях сохранения Вашего здоровья при этом заболевании чрезвычайно важно проходить осмотр врача и своевременно выполнять диагностические исследования. Приглашаем Вас в поликлинику (Больницу). Мы можем записать Вас на прием к врачу на ... (дата), ... (время)»;*

- СМС-информирование посредством направления сообщения по номеру мобильного телефона, в том числе с использованием мессенджеров:

*«Приглашаем Вас в поликлинику для проверки здоровья! Справки по телефону ...»;*

- оповещения путем направления сообщения на адрес электронной почты:

*«Уважаемый .....! Поликлиника № ... приглашает Вас для прохождения профилактического осмотра. Согласовать удобное для Вас время посещения врача Вы можете по телефону.... Записаться на прием к врачу Вы также можете на сайте *gorzdrav.ru*. Кроме того, Вы можете написать нам на электронную почту ....., мы перезвоним Вам и запишем на прием к врачу. Ваше здоровье очень Важно для нас!»;*

## **6. Публичное информирование пациентов**

6.1. Основным источником публичного информирования пациентов в целях формирования у них приверженности к прохождению профилактических осмотров в рамках диспансерного наблюдения по поводу заболеваний периферических артерий является:

- сайт медицинской организации, предоставляющей первичной медико-санитарной помощи, расположенный по адресу *hptt://.....*;

- сайт медицинской организации, предоставляющей специализированную медицинскую помощь, расположенный по адресу *hptt://.....*

6.2. В целях публичного информирования на стартовой странице сайта размещается доступ к вкладке «Диспансерное наблюдение – забота о здоровье», в рамках которой на самостоятельной странице размещается вкладка «Диспансерное наблюдение при заболеваниях периферических артерий», содержащий следующие сведения:

- режим и график работы кабинетов участковых врачей-терапевтов, врача-хирурга, врача-сердечно-сосудистого хирурга, осуществляющих

профилактические осмотры пациентов с заболеваниями периферических артерий в рамках диспансерного наблюдения;

- контактные справочные телефоны медицинской организации;
- схема навигации для пациентов по медицинской организации при прохождении профилактического осмотра в рамках диспансерного наблюдения с указанием последовательности маршрутизации (регистратура, кабинеты участковых врачей-терапевтов, иных врачей-специалистов, кабинет взятия крови, кабинет УЗИ и пр.);
- информация о сроках ожидания, сроках и условиях проведения профилактического приема в рамках диспансерного наблюдения;
- перечень диагностических исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых при диспансерном наблюдении, этапы подготовки к ним и проведения;
- порядок записи на профилактический прием к врачу для проведения диспансерного наблюдения (в том числе с возможностью перехода для записи на прием через сайт *gorzdrav.ru*);
- сведения о сотрудниках, участвующих в проведении диспансерного наблюдения в медицинской организации, о современном медицинском оборудовании, задействованном в проведении диагностических исследований;
- раздел вопросов и ответов: «Что такое диспансерное наблюдение?», «Как часто проводится диспансерное наблюдение пациентов с установленным диагнозом заболевания периферических артерий?», «Зачем необходимо периодически посещать врача для наблюдения за своим здоровьем?», «Какие документы необходимы для прохождения диспансерного наблюдения?», «Что если в ходе осмотра обнаруживают отклонения в показателях здоровья?» «какие профилактические меры должен предпринимать пациент самостоятельно?».

## **7. Анализ результатов взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий**

7.1. Анализ промежуточных результатов взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственности медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий проводится ежеквартально, анализ окончательных результатов – после его завершения. 7.2. Анализ проводится по следующим направлениям:

- результаты охвата пациентов с заболеваниями периферических артерий диспансерным наблюдением;
- результаты отклика пациентов на проактивное информирование о прохождении профилактического осмотра в рамках диспансерного наблюдения по поводу заболеваний периферических артерий;
- результаты анализа удовлетворенности пациентов организацией преемственной медицинской помощи в целях диспансерного наблюдения.

7.3. Результаты проактивного информирования отражаются по форме Приложения 2.



7.4. Сбор сведений об удовлетворенности пациентов организацией преемственной медицинской помощи и диспансерного наблюдения проводится по окончании профилактического приема по анкете по форме Приложения 3.

## Приложение 1

к Положению о порядке взаимодействия  
медицинских организаций по обеспечению  
преемственной медицинской помощи  
пациентам с заболеваниями периферических артерий

### **Маршрутизация пациента с заболеванием периферических артерий при диспансерном наблюдении**

1. В случае установления (подозрения) у пациента заболевания, отнесенного к группе заболеваний периферических артерий, не требующей оказания медицинской помощи в условиях стационара, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) направляют пациента для консультации к врачу-сердечно-сосудистому хирургу консультативно-диагностического отделения Больницы.

2. Срок ожидания первичной консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга не должен превышать 14 календарных дней.

3. По итогам первичной консультации врача-сердечно-сосудистого хирурга, пациент с заболеванием, отнесенным к группе заболеваний периферических артерий, направляется в Поликлинику для:

- установления диспансерного наблюдения и дальнейшего динамического наблюдения;

- организации дополнительного обследования и последующего решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения;

- организации лечения в условиях дневного стационара;

- организации лечения в плановой форме в Больнице в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

4. Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями периферических артерий в Поликлинике осуществляют:

4.1. Врач-хирург при установлении следующих диагнозов:

- атеросклероз (I70), болезни артерий, артериол и капилляров (I70 – I79), атеросклероз почечной артерии (I70.1), атеросклероз других артерий (I70.8), генерализованный и неуточненный атеросклероз (I70.9) – при наличии генерализованного атеросклероза аорты, при наличии клинических проявлений ишемии органов и систем, при атеросклерозе церебральных артерий с подтвержденным стенозированием сонных артерий в объеме более 40 %;

- атеросклероз артерий конечностей (I70.2), атеросклероз аорты (I70.0) – при наличии ишемии стадии Пб и выше, а также любой иной степени при наличии сопутствующего сахарного диабета и/или атеросклероза артерий иных бассейнов;

при применении высокотехнологичных методов лечения аорты, периферических артерий в анамнезе.

4.2. Врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) при установлении следующих диагнозов:

- атеросклероз (I70), болезни артерий, артериол и капилляров (I70 – I79), атеросклероз почечной артерии (I70.1), атеросклероз других артерий (I70.8), генерализованный и неуточненный атеросклероз (I70.9) – при отсутствии клинических проявлений ишемии органов и систем, при атеросклерозе церебральных артерий с подтвержденным стенозированием сонных артерий в объеме менее 40 %;

- атеросклероз артерий конечностей (I70.2), атеросклероз аорты (I70.0) – при наличии ишемии степени I – IIa, за исключением наличия сопутствующего сахарного диабета и/или атеросклероза артерий иных бассейнов.

5. Периодичность проведения профилактического медицинского осмотра:

- врачом, наблюдающим пациента в рамках диспансерного наблюдения – не реже 1 раза в год;

- врачом-кардиологом (консультация) – не реже 1 раза в год.

- врачом-сердечно-сосудистым хирургом Больницы (консультация) – не реже 1 раза в год;

- врачами иных специальностей – по показаниям.

Иная частота профилактического медицинского осмотра может устанавливаться для пациента индивидуально, с учетом оценки динамики его состояния, проведенного ранее лечения, физикальных, лабораторных, инструментальных и иных данных, полученных по результатам проведения профилактического осмотра в предыдущем периоде.

При проведении диспансерного наблюдения в обязательном порядке учитываются рекомендации врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-кардиолога, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе, размещенные Поликлиникой и Больницей в специальном выделенном модуле медицинской информационной системы.

## Приложение 2

к Положению о порядке взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий

### Оценка результатов взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий

№	Показатель	Значение показателя (абс. / %)	Критерии оценки показателя
1	Количество пациентов, подлежащих информированию о необходимости явки на профилактический осмотр в рамках диспансерного наблюдения в отчетном периоде		100% пациентов с установленным диагнозом заболевания периферических артерий
2	Количество пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, из числа всех пациентов с установленным диагнозом заболевания периферических артерий		Обеспечение охвата диспансерным наблюдением 70% пациентов с установленным диагнозом ЗПА
3	Количество пациентов проинформированных о необходимости прохождения профилактического осмотра в отчетном периоде, в т.ч.: - всего - имеющих диагноз, установленный по результатам выписки из Больницы - имеющих диагноз, установленный в Поликлинике ранее		Обеспечение информирование 95 % пациентов по каждой группе
4	Количество пациентов, прошедших профилактический осмотр в рамках диспансерного наблюдения в отчетном периоде		Обеспечение посещения врача 90 % пациентов
5	Количество выявленных при проведении диспансерного наблюдения заболеваний		–
6	Количество впервые выявленных при проведении диспансерного наблюдения заболеваний		–
7	Наличие выделенных часов прима врачей-специалистов для проведения профилактического осмотра пациентов с заболеваниями периферических артерий		Имеется / Отсутствует
8	Реализация единовременной записи на профилактический осмотр при проактивном информировании пациента		Реализовано не менее 70 % случаев

к Положению о порядке взаимодействия медицинских организаций по обеспечению преемственной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий

### Анкета изучения мнения больного ЗПА об оказанной медицинской помощи

*Уважаемый пациент! Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение по оказанию медицинской помощи сосудистым больным очень важно! Благодарим за участие в опросе!*

1. **Возраст:** \_\_\_\_ 2. **Пол:** 1. М 2. Ж 3. **Вы работаете?** 1. Да 2. Нет 4. **Инвалидность по сосудистому заболеванию:** 1. Да 2. Нет 5. **Регион постоянного проживания:** 1. Санкт-Петербург 2. Иной (укажите) \_\_
6. **Ваше образование:** 1. Неполное среднее 2. Среднее 3. Высшее (незаконченное высшее)
7. **Укажите, пожалуйста, Ваш диагноз:** 1. Атеросклероз артерий конечностей 2. Атеросклероз иных сосудов 3. Генерализованный атеросклероз 4. Облитерирующий тромбангиит 5. Иное \_\_\_\_\_
8. **Давно ли у Вас выявлено сосудистое заболевание, по поводу которого Вы проходите стационарное лечение?** 1. Несколько дней 2. Несколько недель 3. Несколько месяцев 4. Несколько лет 5. Более 10 лет 0. Затрудняюсь ответить
9. **Как было выявлено Ваше сосудистое заболевание?** 1. Случайная находка при профилактическом осмотре в поликлинике 2. Обратился к врачу поликлиники, так как были жалобы. 3. Случайная находка при плановом стационарном лечении другого заболевания 4. Заболевание стало причиной экстренной госпитализации в стационар каретой скорой помощи.
10. **С момента выявления у Вас сосудистого заболевания, находитесь ли Вы под постоянным наблюдением врача?** 1. Да, посещаю врача поликлиники регулярно 2. Да, посещаю врача иной медицинской организации регулярно 3. Нет, я вообще нигде регулярно не наблюдаюсь, обращаюсь к врачу только при наличии проблем, жалоб 4. Иной вариант \_\_\_\_\_
11. **Как часто Вы посещаете врача у которого наблюдаетесь?** 1. Ежемесячно 2. Раз в полгода 3. Раз в год 4. Раз в несколько лет 0. Затрудняюсь ответить
12. **У какого врача Вы постоянно наблюдаетесь по поводу сосудистого заболевания?** 1. Хирург 2. Терапевт/врач общей практики 3. Сосудистый хирург 4. Кардиолог 5. Иной специалист \_\_\_\_\_
13. **Состоите ли Вы под диспансерным наблюдением в поликлинике?** 1. Да 2. Нет
14. **Вас приглашают в поликлинику на диспансерный осмотр (напоминают о необходимости осмотра)?** 1. Да, регулярно 2. Да, очень редко 3. Нет 0. Затрудняюсь ответить
15. **Принимаете ли Вы лекарства для лечения сосудистого заболевания?** 1. Да, регулярно 2. Да, периодически 3. Нет 0. Затрудняюсь ответить
16. **Сколько денег Вы тратите на лекарства для лечения сосудистого заболевания ежемесячно?** 1. Более 10 тыс.руб. 2. Около 5-10 тыс.руб. 3. Несколько тыс.руб. 4. Менее 1 тыс.руб. 5. Получаю бесплатно
17. **Удовлетворены ли Вы информацией, полученной от врачей поликлиники по особенностям Вашего заболевания, необходимости и регулярности наблюдения и т.п.?** 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но мне не все понятно 3. Нет, мне ничего не разъяснили
18. **Информировали ли Вас врачи поликлиники о факторах, усугубляющих Ваше сосудистое заболевание, приводящих к развитию его осложнений?** 1. Да, мне все разъяснили в полной мере 2. Да, но мне не все понятно 3. Нет, мне ничего не разъяснили
19. **Укажите факторы, которые как Вы считаете, наиболее всего влияют на неблагоприятное течение Вашего сосудистого заболевания (можно указать несколько вариантов ответов)?** 1. Курение 2. Алкоголь 3. Неправильное питание 4. Отсутствие физической нагрузки 5. Отсутствие регулярного наблюдения у врача 6. Нерегулярный прием лекарств 7. Наследственность 8. Не знаю
20. **Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале работу Вашей поликлиники по оказанию медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий?**  1  2  3  4  5
21. **Укажите, чем именно Вы не удовлетворены (можно отметить несколько вариантов ответов)?** 1. Трудно попасть на прием к врачу 2. В поликлинике нет сосудистого хирурга, а в другое учреждение на консультацию не направляют 3. В поликлинике нет сосудистого хирурга, направляют на консультацию в другое учреждение, но туда не попасть – очень большие сроки ожидания и т.п. 4. Трудно сделать необходимые диагностические исследования (УЗИ и пр.) 5. Трудно сделать необходимые лабораторные исследования (анализы) 6. Плохое оснащение современным медицинским оборудованием 7. Приходится платить за медицинские услуги 8. Длительные сроки ожидания медицинских услуг 9. Низкая квалификация медицинского персонала

## Приложение 4

к Положению о порядке взаимодействия  
медицинских организаций по обеспечению  
преемственной медицинской помощи  
пациентам с заболеваниями периферических артерий

### Состав сведений регистра больных с заболеванием периферических артерий

#### Паспортная часть

Регистрируемый параметр	Значение
ФИО	
Дата рождения	
Профессия	
Место работы/учебы/пенсионер	
Номер полиса ОМС	
СНИЛС	
Наименование медицинской организации по прикреплению для оказания ПМСП	
Возраст	Число полных лет
Пол	

#### Антропометрические данные о пациенте

Регистрируемый параметр	Значение
Рост	
Вес	
Объем талии	

#### Сведения о диагнозах

Регистрируемый параметр	Значение
Основной диагноз	Заболевание периферических артерий
Осложнения основного диагноза	
Сопутствующий диагноз	
Год установления основного диагноза	

#### Сведения о проведенном стационарном лечении

Регистрируемый параметр	Значение
Дата госпитализации	
Перечень диагностических мероприятий	
Результаты диагностических мероприятий	
Перечень лечебных мероприятий	
Результаты лечебных мероприятий	

## Сведения о применяемой лекарственной терапии

Регистрируемый параметр	Значение
лекарственные средства	дозировки, частота и период применения

## Сведения о ДН

Регистрируемый параметр	Значение
Год включения в группу диспансерного наблюдения	
Наименование медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение	
Дата осмотра	
Цель осмотра	
Перечень диагностических мероприятий	
Результаты диагностических мероприятий	
Перечень лечебных мероприятий	
Результаты лечебных мероприятий	

## Перспективная медицинская помощь

Регистрируемый параметр	Значение
Запланированные исследования	Планируемая дата и цель
Запланированные консультации	Планируемая дата и цель
Запланированные госпитализации	Планируемая дата и цель

## Информация об удовлетворенности пациента медицинской помощью

Регистрируемый параметр	Значение
Опрос	Дата опроса
Удовлетворенность медицинской помощью при ЗПА	

### **Программа повышения квалификации «Основы диагностики и лечения ЗПА» 18 часов**

Ведущим специалистом в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий является врач по специальности «сердечно-сосудистая хирургия». Оценка кадрового потенциала указанных специалистов в Санкт-Петербурге показала, что общая численность врачей-сердечно-сосудистых хирургов в 2022 году составила в Санкт-Петербурге 291,25 штатных единиц. В период с 2015 года количество штатных единиц данных специалистов возросло на 12,6 % (258,5 в 2015 году).

Однако, среди всех штатных единиц врачей-сердечно-сосудистых хирургов только 11,2 % в 2022 году были определены для работы в медицинских организациях, предоставляющих населению первичную медико-санитарную помощь. Обеспеченность штатами этих специалистов в амбулаторном звене составляла, таким образом, 1 врач на 135 477 взрослого населения, обслуживаемого более чем 60-ю амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями. Следует отметить, что из всех выделенных штатных должностей врачей-сердечно-сосудистых хирургов в медицинских организациях первичного звена занято было только 22,25 штатных должностей, что соответствует коэффициенту укомплектованности штатов в объеме только 68,5 %. Еще более неудовлетворительной выглядит обеспеченность выделенных штатных должностей физическими лицами врачей-специалистов. Всего в 2022 году на выделенных должностях осуществляли трудовую деятельность 17 врачей по специальности «сердечно-сосудистая хирургия», что не позволяло в полном объеме их укомплектовать и формировало условия вынужденной занятости врачей-специалистов на более чем одной должности. Коэффициент совместительства составил 1,46.

Таким образом, в настоящее время система здравоохранения располагает ограниченным количеством как выделенных должностей врачей-сердечно-сосудистых хирургов для оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий в медицинских организациях, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, так и врачей-специалистов, осуществляющих трудовую деятельность на этих должностях. При этом врачи, занимающие указанные должности вынуждены работать с повышенной нагрузкой, что подтверждается высоким коэффициентом совместительства.

В сложившихся условиях реализовать предложенные ведущую роль специалиста по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» при выявлении, лечении и динамическом наблюдении пациентов с заболеваниями периферических артерий не представляется возможным. Такие специалисты могут только эпизодически консультировать пациентов указанной группы. Однако, их рекомендации по проведению клинко-диагностического процесса должны стать обязательными к исполнению врачами иных специальностей.

В этой связи, а также в целях оказания медицинской помощи должного качества целесообразно провести обучение врачей иных специальностей, занятых в оказании медицинской помощи пациентам с ЗПА.

**План обучения:**

№	Тема	Содержание
1.	Нормативное правовое обеспечение оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения, в том числе заболеваниях периферических артерий.	Основы законодательства об охране здоровья граждан. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи. Тарификация предоставления медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования. Маршрутизация пациентов с заболеваниями периферических артерий при оказании первичной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.
2.	Современные подходы к диагностике ЗПА.	Вопросы коморбидности заболеваний сердечно-сосудистой системы. Дифференциальная диагностика ЗПА. Асимптомные ЗПА. Особенности сбора анамнеза заболевания, физикального и визуального исследования больного. Алгоритм лабораторного и инструментального обследования. Интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования больного. Неинвазивные и инвазивные диагностические методики, преимущества и недостатки.
3.	Современные подходы к лучевой диагностике ЗПА.	Основные методы лучевой диагностики ЗПА. Интерпретация лучевых изображений, построение заключений. Особенности и порядок направления пациентов на лучевые исследования при заболеваниях периферических артерий. Постановка клиницистом диагностической задачи. Типичные ошибки при назначении/не назначении лучевых исследований для выявления ЗПА. Дифференциальная диагностика ЗПА с помощью лучевых методов исследования.
4.	Основы современной консервативной терапии при заболеваниях периферических сосудов.	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях периферических артерий. Назначение диетической терапии при заболеваниях периферических артерий. Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях периферических артерий.
5.	Основы хирургического лечения ЗПА.	Основные методы хирургического лечения ЗПА. Выбор метода хирургического лечения при заболеваниях периферических артерий. Наблюдение за больными в послеоперационном периоде.
6.	Ведение больного с заболеванием периферических артерий.	Диспансерное динамическое наблюдение больных с заболеваниями периферических артерий. Профилактика развития сердечно-сосудистых событий. Факторы риска потери конечности.
7.	Подходы к медицинской реабилитации больных с заболеваниями периферических артерий.	Лечебная физкультура и физиотерапия при заболеваниях артерий нижних конечностей. Другие методы медицинской реабилитации при заболеваниях артерий нижних конечностей.
8.	Информирование больных. Формирование приверженности к лечению и динамическому наблюдению.	Подходы к информационному сопровождению больных. Индивидуальное и публичное информирование. Мотивационные установки больных к своевременному контролю своего здоровья. Роль лечащего врача в формировании приверженности больного к лечению и регулярному динамическому наблюдению.
9.	Итоговое тестирование. Практическое занятие.	Итоговое теоретическое тестирование. Модель пациента. Дифференциальная диагностика. Постановка диагноза и формирование плана лечения.



## Анкета изучения мнения врачей об оказании медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий

*Уважаемый коллега! Просим Вас объективно ответить на вопросы анкеты. Большое спасибо!*

1. Возраст (лет) \_\_\_\_\_ 2. Пол: М / Ж 3. Должность \_\_\_\_\_
4. Стаж работы по специальности (лет): \_\_\_\_\_
5. Основное место работы: \_\_\_\_\_ 6. Научная степень: 1. к.м.н. 2. д.м.н. 3. нет
7. Квалификационная категория: 0. высшая 1. первая 2. вторая 3. нет
8. Оцените организацию лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий в целом: 1. Отлично 2. Хорошо 3. Удов-но 4. Плохо 5. Очень плохо 0. Затрудняюсь ответить
9. Оцените по пятибалльной шкале отдельные этапы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий (впишите оценку): 1. Первичная медико-санитарная помощь (участковый врач, ВОП) \_\_\_\_ 2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь (сердечно-сосудистый хирург поликли-ки, КДЦ, АКО стац-ра) \_\_\_\_ 3. Специализированная медицинская помощь (сердечно-сосудистый хирург стационара) \_\_\_\_\_
10. Укажите основные причины недостаточно эффективного лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий на амбулаторно-поликлиническом этапе (можно выбрать несколько вариантов): 1. Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью 2. Низкая санитарная грамотность больных 3. В поликлиниках нет врачей сердечно-сосудистых хирургов 4. В поликлиниках нет оборудования для обследования таких больных (укажите какого) \_\_\_\_\_ 5. Длительные сроки ожидания диагностических исследований и консультаций 6. Недостаточная квалификация врачей поликлиник в части диагностики и организации медицинской помощи таким больным 7. Длительные сроки ожидания плановой госпитализации 8. Несоблюдение пациентками рекомендаций врача 9. Не проводится (проводится бессистемно) активное диспансерное наблюдение таких больных 10. Прочее \_\_\_\_\_
11. Назовите методы диагностики, которых Вам «не хватает»/ с которыми у Вас проблемы при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (можно выбрать несколько вариантов): 1. УЗИ 2. Рентгеновские методы 3. КТ 4. МРТ 5. ПЭТ  
6. Ангиография 7. Иное \_\_\_\_\_
12. Назовите конкретные лечебные возможности (методы), которых Вам «не хватает»/ с которыми у Вас проблемы при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий (можно выбрать несколько вариантов): 1. Дневной стационар 2. Психотерапия 3. Диетология 4. Восстановительное лечение 6. Физиотерапия 7. Санаторно-курортное лечение 8. Стационарное лечение 9. Иное \_\_\_\_\_
13. Имеется ли необходимость, по Вашему мнению, организации работы сердечно-сосудистых хирургов в поликлиниках? 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**14. Среди Ваших пациентов с заболеваниями периферических артерий, какова доля тех, кто регулярно наблюдается у врача (состоит под диспансерным наблюдением в поликлинике)?**  
1. Менее 10% 2. 11-22% 3. Четверть 4. Более половины 5. Иное \_\_\_\_\_

**15. Какие медицинские мероприятия, по Вашему мнению, наиболее эффективны при лечении пациентов с заболеваниями периферических артерий? (можно выбрать несколько вариантов)?** 1. Своевременная диагностика 2. Своевременное начало лечения

3. Регулярное диспансерное наблюдение 4. Регулярное УЗИ обследование 5. Участие пациента в «школах здоровья» по профилю своего заболевания 6. Плановая госпитализация в необходимый срок 7. Психотерапевтическая помощь 8. Активное информирование пациентов по вопросам заболевания, организации медицинской помощи 9. Реабилитация, восстановительное лечение 10. Санаторно-курортное лечение 11. Обеспечение пациентов бесплатными лекарствами при амбулаторном лечении 12. Иное \_\_\_\_\_

**16. Оцените по пятибалльной шкале работу стационаров по лечению пациентов с заболеваниями периферических сосудов?**  1  2  3  4  5

**17. Оцените по пятибалльной шкале работу поликлиник по лечению пациентов с заболеваниями периферических сосудов?**  1  2  3  4  5

**18. Как Вы оцениваете качество информирования пациентов врачами стационаров о необходимости явки в поликлинику и дальнейшего диспансерного наблюдения?** 1. Полное 2. Не полное 3. Разъяснений не дают, только письменные рекомендации 0. Затрудн. ответить

**19. Нужно ли, по Вашему мнению, проведение циклов повышения квалификации для врачей поликлиник по диагностике и лечению заболеваний периферических сосудов?**

1. Да, для терапевтов и ВОП 2. Да, для хирургов 3. Да, для кардиологов 4. Да, для всех врачей-клиницистов поликлиник 5. Да, для врачей УЗИ диагностики 6. Нет 0. Затрудняюсь ответить

**20. Считаете ли Вы необходимым внедрение электронного регистра больных с заболеваниями периферических артерий?** 1. Да 2. Нет 0. Затрудняюсь ответить

*Спасибо за участие в опросе!*

## **ЗАПИСНАЯ КНИЖКА ДИСПАНСЕРНОГО ПАЦИЕНТА**

### *при заболевании периферических артерий*

#### *Уважаемый пациент!*

Диспансерное наблюдение – это профилактическое мероприятие, которое проводится в целях периодического обследования людей с хроническими заболеваниями в целях контроля здоровья, недопущения развития осложнений и обострений заболеваний, коррекции лечения.

«Записная книжка пациента» поможет Вам и Вашему лечащему врачу своевременно принимать профилактические меры, направленные на достижение целей диспансерного наблюдения. Заполняйте дневник с рекомендуемой периодичностью и в обязательном порядке предъявляйте своему лечащему врачу при очередном посещении.

**Желаем Вам здоровья и долголетия!**

**Сведения о пациенте**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_

Домашний (мобильный) телефон: \_\_\_\_\_

Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Поликлиника № \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача, ведущего диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Телефон врача, ведущего диспансерное наблюдение: \_\_\_\_\_

**Если пациенту стало плохо, просьба:**

вызвать скорую помощь, тел. 03, 112

сообщить о случившемся следующим лицам:

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

**ЧТО ТАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ?**

Заболевания периферических артерий – группа заболеваний воспалительного характера, которые в большинстве случаев сопровождаются поражением артерий. При данных патологиях происходит сужение или значительное расширение просвета сосудов, нарушается кровообращение и питание тканей на пораженных участках. Причиной заболеваний являются атеросклеротические изменения стенок артерий, а также (при аневризмах аорты и артерий) патологическим перерастяжением стенок сосудов.

Диагноз устанавливается врачом на основании общего обследования пациента и результатов некоторых инструментальных исследований, позволяющих визуализировать характер изменений в стенках сосудов (чаще всего для этих целей используется ультразвуковое исследование).

Заболевания периферических артерий требуют наблюдения и обследования пациента в течение всей его жизни. Проводится консервативное лечение, а также, при необходимости, при тяжелом течении заболевания может потребоваться хирургическая операция.

Чтобы избежать оперативных вмешательств, не допустить развития ситуаций, требующих ампутации конечности, крайне важно:

- соблюдать все рекомендации врача по соблюдению здорового образа жизни и приему назначенных лекарственных препаратов
- своевременно вносить показатели своего здоровья по результатам самоконтроля в «Записную книжку диспансерного пациента»
- своевременно обращаться к врачу в случае значимых изменений показателей здоровья

**АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Основной причиной заболеваний периферических артерий является атеросклероз. Это системное заболевание, при котором поражаются стенки артерий. В просвете сосудов формируется атеросклеротические бляшки, приводящие к оседанию тромбов, сужению просвета артерии и возникновению тромбозов. К окружающим тканям не поступает достаточный приток крови и их питание нарушается (формируется ишемия тканей).

Атеросклеротический процесс развивается незаметно. Однако, если ишемия значительная, то у пациента могут возникнуть трофические язвы и даже развиться гангрена, приводящая к необходимости ампутации ноги.

Атеросклероз может поражать артерии не только на ногах. При поражении артерий сердца и головного мозга есть риск развития инфаркта миокарда или инсульта.

**КАК РАЗВИВАЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Заболевание развивается не сразу, жалобы нарастают постепенно.

У пациента могут возникать жалобы на боль, судороги и усталость в ногах при ходьбе ходьбы или физических нагрузок, то есть перемежающаяся хромота (клаудикация). Наиболее выражена перемежающаяся хромота бывает при подъеме по лестнице. Вначале она возникает после ходьбы на значительные расстояния, а затем, по мере развития заболевания может появляться даже после преодоления совсем небольших расстояний. На самых поздних стадиях она возникает даже во время покоя (критическая ишемия). Боли обычно располагаются в области бедер, ягодиц и стоп. Иногда могут возникать отеки. В зоне повреждения может отсутствовать пульсация сосудов. Кожа на пораженной конечности становится более бледной и прохладной на

ощупь на уровне поражения артерий. У мужчин из-за нарушения кровотока могут возникать проблемы с потенцией.

### **СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Степень развития заболевания периферических артерий определяет назначенное пациенту лечение и рекомендации лечащего врача.

#### **Стадии заболеваний периферических артерий:**

- I – симптомы тромбоза и сужения артерий не ощущаются;
- IIa – боли и перемежающаяся хромота возникают после преодоления более 200 м;
- IIb – болевой синдром и хромота возникают при преодолении менее 200 м;
- III – боли и перемежающаяся хромота возникают в состоянии покоя;
- IV – из-за ишемии происходит возникновение язв и ран, вследствие некроза тканей.

#### **Проявления, указывающие на прогрессирование заболевания:**

- усиление болевого синдрома;
- появление ночных болей, в покое
- нарушения чувствительности и похолодание конечности;
- сухость кожи и появление склонных к инфицированию трещин;
- возникновение язв и ран на стопах, голени или пальцах ног.

***При появлении таких симптомов незамедлительно обратитесь к врачу, независимо от назначенной даты осмотра в рамках диспансерного наблюдения!!!***

Несвоевременное обращение за медицинской помощью при осложненном течении заболевания периферических артерий может привести к развитию гангрены и необходимости срочной операции по ампутации конечности.

#### **Причины развития атеросклероза артерий:**

Неконтролируемые факторы	Контролируемые факторы
<ul style="list-style-type: none"> <li>- возраст (для женщин после 55 лет и мужчин после 45 лет)</li> <li>- период постменопаузы у женщин</li> <li>- наследственные нарушения (коагулопатии, гомоцистинурия)</li> <li>- наследственная предрасположенность к заболеваниям сосудов и сердца</li> <li>- врожденные аномалии сосудов</li> <li>- нарушения в свертывающей системе крови, сопровождающиеся повышенным тромбообразованием</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- курение</li> <li>- лишний вес и объем талии у женщин более 88 см, а у мужчин более 100 см</li> <li>- артериальная гипертензия более 180/110 мм рт. ст.</li> <li>- декомпенсированный сахарный диабет</li> <li>- декомпенсированный гипотиреоз</li> <li>- низкая физическая активность (адинамия)</li> <li>- прием большого количества фаст-фудов, жирного, жареного, мучного, сладостей, сдобы, газированных напитков</li> <li>- прием препаратов, приводящих к повышению уровня холестерина в крови</li> <li>- прием гормональных противозачаточных</li> <li>- частые стрессы</li> <li>- хронический дефицит сна</li> </ul>
<p>Неконтролируемые факторы невозможно устранить. Однако, вызвать атеросклероз они могут только в сочетании с контролируемыми факторами.</p>	

**Ваш дневник самоконтроля**

\_\_\_\_\_месяц

**Уровень глюкозы крови**

Наименование сахароснижающего препарата, доза \_\_\_\_\_

Дата	Сахар крови (ммоль/л)		Примечание
	До еды	После еды (через 2 часа)	

**Ваш дневник самоконтроля**

\_\_\_\_\_месяц

**Уровень артериального давления**

Наименование препаратов, стабилизирующих артериальное давление, доза \_\_\_\_\_

Дата	Значение артериального давления	Примечание

**Ваш дневник самоконтроля**

\_\_\_\_\_месяц

**Определение индекса массы тела**

Рост пациента (см) \_\_\_\_\_

Дата	Вес (кг)	Окружность талии (см)	Значение индекса массы тела

**Ваш дневник самоконтроля**

\_\_\_\_\_месяц

**Мониторинг дистанции безболевого ходьбы**

Дата	Пройденное расстояние (м)			Примечание (отметить наличие боли в состоянии покоя от + до +++)
	Всего пройдено	Безболевого ходьба	Дистанция, когда появляется боль в голени	

*Ваш дневник самоконтроля*\_\_\_\_\_ *месяц***Мониторинг признаков ишемии**

Дата	Наличие признака (отметить при наличии от + до +++)					
	нарушения чувствительности	похолодание конечности	сухость кожи	бледность кожи	Трещины, склонные к инфицированию (указать где)	язвы и раны (указать где)

*Ваши визиты к врачу и запланированные исследования*\_\_\_\_\_ *год*

## Памятка для заполнения лечащим врачом

Плановая дата	Медицинская услуга	Предварительные анализы и/или исследования	Примечания

*Полезная информация***КАК ПРОВОДИТСЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Для диагностики применяются следующие методики:

- контроль физикальных данных, в том числе полученных по данным самоконтроля;
- доплерографическое и дуплексное ультразвуковое сканирование с определением лодыжечно-плечевого индекса;
- цифровая ангиография;
- КТ-ангиография и МРТ-ангиография;
- анализы крови на уровень липопротеидов ВП, НП и ОНП, СК миоглобин и С-реактивный белок, уровень общего холестерина и триглицеридов, сахар, коэффициент атерогенности.

Лечащий врач может направить Вас для консультирования к врачам-специалистам: кардиологу, неврологу, эндокринологу, гематологу, офтальмологу и другим.

При необходимости обследование может быть дополнено проведением ЭКГ, Эхо-КГ, доплерографией сосудов головы и шеи, почечных артерий и пр.

**ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

Лечение проводится в зависимости от характера и выраженности проявлений заболевания. При незначительном нарушении назначается консервативная терапия и динамическое диспансерное наблюдение.

Обязательно следует устранить провоцирующие факторы:

- отказ от курения;
- нормализация веса;
- лечение артериальной гипертензии и контроль показателей АД;
- достаточная физическая нагрузка: ходьба, прогулки, лечебная физкультура;
- изменение рациона для снижения уровня вредного холестерина и триглицеридов;



- контроль уровня сахара в крови;
- применение пневматических манжет и чулок для устранения нагрузки на сосуды.

Медикаментозное лечение направляется на уменьшение тромбообразования, нормализацию кровотока и лечение повышающих риск развития инсульта и инфаркта миокарда патологий.

Хирургическое лечение проводится при необходимости восстановления нормального кровотока пациентам с II-III стадией заболеваний периферических артерий:

- тромбэндартерэктомия – проводится для устранения коротких локализованных поражениях аорты, общих или глубоких бедренных, подвздошных артерий;
- шунтирование артерии – в обход закупоренной артерии создается дополнительный сосуд (шунт) для нормализации кровоснабжения;
- протезирование артерии – пораженный участок артерии заменяется искусственным сосудистым протезом;
- эндоваскулярные операции (баллонная ангиопластика и стентирование артерии) – просвет артерии расширяется при помощи специального баллона, который вводится в просвет артерии и надувается, при необходимости в место сужения может устанавливаться восстанавливающая нормальный кровоток цилиндрическая проволочная конструкция (стент).

#### **Выбор метода хирургического лечения определяется лечащим врачом!**

Выбор метода хирургического лечения должен определить врач-сердечно-сосудистый хирург стационара. Как правило, эндоваскулярные вмешательства являются менее инвазивными, однако, если хирургические методики оказываются малоэффективными и у больного все же развивается гангрена, то для спасения его жизни проводятся операции по ампутации конечности (полной или частичной).

#### **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ**

- выполнение всех назначений врача при выявлении атеросклероза.
- отказ от курения
- правильное питание
- предупреждение развития артериальной гипертензии и своевременное ее лечение
- контроль показателей сахара в крови и его своевременная компенсация
- прием оральных контрацептивов и других способствующих нарушению липидного баланса препаратов только по рекомендации и под контролем врача
- не допускать ожирения
- подвижный образ жизни
- своевременные профилактические осмотры с проведением биохимии крови (особенно после 55 лет для женщин и после 45 лет для мужчин)
- своевременное лечение хронических и инфекционных заболеваний
- предупреждение стрессов

Больным с сахарным диабетом и патологиями периферических сосудов, сопровождающимися формированием трещин, ран и язв, рекомендуется профилактический уход за ногами, применение антисептических средств, предотвращающих воспалительные процессы и нагноения. Необходимо носить удобную обувь, избегать перенапряжений, травм и агрессивных воздействий на пораженные сосуды.

#### ***Важно знать!***

**Течение заболеваний периферических сосудов определяется множеством факторов и во многом зависит от желания пациента избавиться от развивающейся патологии. Активное взаимодействие с врачом и последовательная борьба с факторами риска помогают замедлять прогрессирование заболевания, а выполнение рекомендаций доктора предотвращает риск развития осложнений.**