

УДК 616.12/13-08-039.57(048)

<https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.4.5-11>

Пути совершенствования амбулаторной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях

С.А. Бойцов, Ю.Е. Ефремова*, Н.В. Лазарева, Ю.А. Долгушева, Е.В. Сорокин

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 3-я Черепковская ул., д. 15а, г. Москва, 121500, Россия

Аннотация

В статье представлена современная стратегия совершенствования амбулаторной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Модернизация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных структурах в рамках первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний предполагает совершенствование диспансерного наблюдения, развитие системы кабинетов высокого риска, телемедицинского консультирования, увеличение эффективности реализации льготного лекарственного обеспечения, оптимизацию качества ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью и внедрение вертикально интегрированной медицинской информационной системы. Совершенствование амбулаторного этапа лечения будет способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; амбулаторная медицинская помощь; диспансерное наблюдение; кабинет высокого риска; телемедицинские консультации; медицинская информационная система; хроническая сердечная недостаточность

Для цитирования: Бойцов С.А., Ефремова Ю.Е., Лазарева Н.В., Долгушева Ю.А., Сорокин Е.В. Пути совершенствования амбулаторной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Национальное здравоохранение. 2021; 2 (4): 5–11. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.4.5-11>

Контактная информация:

* Автор, ответственный за переписку: Ефремова Юлия Евгеньевна. E-mail: cardiupravlenie@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 05.07.2021

Статья принята к печати: 24.01.2022

Дата публикации: 05.09.2022

Ways to improve outpatient care for cardiovascular diseases

Sergey A. Boytsov, Yulia E. Efremova*, Natalia V. Lazareva, Yulia A. Dolgusheva, Evgeny V. Sorokin

National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov, 3rd Cherepkovskaya str., 15 a, Moscow, 121500, Russia

Abstract

The article presents the modern strategy of an outpatient cardiovascular care improvement. The modernization of primary health care in outpatient network is based on primary and secondary prevention of cardiovascular diseases including an improvement of outpatient observation, development of an outpatient high-risk offices network, advancement of telemedical consulting, increase of preferential medication provision effectiveness, increase of quality management patients with chronic heart failure and development of vertically integrated medical information system. Improvement of cardiovascular outpatient care will reduce cardiovascular mortality in the whole population.

Keywords: cardiovascular diseases; outpatient care; dispensary observation; high-risk office; telemedicine consulting; medical information system; chronic heart failure

For citation: Boytsov S.A., Efremova Yu.E., Lazareva N.V., Dolgusheva Yu.A., Sorokin E.V. Ways to improve outpatient care for cardiovascular diseases. National Health Care (Russia). 2021; 2 (4): 5–11. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.4.5-11>

Contact information:

* Corresponding author: Yulia E. Efremova. E-mail: cardiupravlenie@mail.ru

The article received: 05.07.2021

The article approved for publication: 24.01.2022

Date of publication: 05.09.2022

Список сокращений:

БСК – болезни системы кровообращения

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ЛЛО – льготное лекарственное обеспечение

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

В 2021 г. согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2020 г. № 1365 стартовала реализация ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения». Пятилетняя программа направлена на создание оптимальной инфраструктуры в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в сельской местности и малых населенных пунктах. Целями программы являются: приближение медицинской помощи к месту жительства; оснащение медицинских организаций, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), и обеспечение транспортной доступности медицинских организаций. Предполагается снижение количества аварийных зданий и снижение количества оборудования со сроком эксплуатации выше десяти лет. Выполнение мероприятий программы будет осуществлено во взаимосвязи с ведомственными целевыми программами, входящими в состав Национального проекта «Здравоохранение», в структуру которого, в свою очередь, входит Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Федеральный проект также направлен на обеспечение оптимальной доступности населения медицинскими организациями, оказывающими ПМСП, оптимизацию работы данных организаций и обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год.

Также одним из составляющих Национального проекта «Здравоохранение» является Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», цель которого заключается в снижении смертности от болезней системы кровообращения (БСК) с 587,6 на 100 тыс. населения в 2017 году до 450 в 2024 году, то есть на 23,4 % [1]. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является приоритетной задачей здравоохранения. В последние годы в Российской Федерации была произведена существенная реорганизация системы оказания медицинской помощи больным с такими заболеваниями. В период с 2008 по 2012 г. были созданы региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, многократно увеличено количество выполняемых чрескожных интервенционных вмешательств на коронарных артериях при остром коронарном синдроме и хронической ишемической болезни сердца (ИБС) и интервенционных методов лечения нарушений ритма сердца [1].

Совершенствование только стационарного этапа лечения не позволяет в полной мере обеспечить

необходимое снижение смертности от ССЗ. Основную роль в решении данной задачи должна сыграть модернизация первичного звена здравоохранения. Так в исследовании, посвященном оценке влияния систем первичной медицинской помощи в 18 экономически развитых странах на протяжении 30 лет, была продемонстрирована негативная ассоциация между уровнем развития системы первичной помощи и показателями смертности от всех причин и смертности от ССЗ [2, 3].

На амбулаторном этапе профилактики и лечения ССЗ, наряду с реализацией долговременной популяционной стратегии формирования здорового образа жизни и выявлением факторов сердечно-сосудистого риска в рамках диспансеризации, реализуется стратегия высокого риска, главным образом в рамках диспансерного наблюдения. Последняя предполагает контроль факторов сердечно-сосудистого риска в ходе первичной и вторичной профилактики ССЗ, предупреждение прогрессии заболеваний и их обострений, а также повышение приверженности пациентов к лечению.

Анализ опыта 14 стран, где регистрировалось значительное снижение смертности от ССЗ за период от 10 до 15 лет, продемонстрировал, что основополагающую роль играет коррекция факторов риска ССЗ (контроль артериального давления, отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя, контроль уровня липидов крови, коррекция гиподинамии и избыточного веса, нерационального питания), которая вносит свой вклад в 56 % случаев, а лечебные меры – в 39 % [4, 5]. В Российской Федерации из 46 % смоделированного снижения смертности от ССЗ к 2024 г. с учетом складывающихся недостаточно благоприятных трендов распространенности артериальной гипертензии на фоне роста ожирения только 15 % (относительный вклад 33 %) должно было бы произойти за счет снижения распространенности основных факторов риска: артериальной гипертензии, повышенного уровня липидов и курения. Соответственно, снижение смертности от ССЗ на остальные 31 % (относительный вклад 67 %) должно произойти за счет лечебных мер и снижения распространенности других факторов риска (уменьшение потребления алкоголя, повышение уровня физической активности, рациональное питание), осуществляемых в первичном звене здравоохранения [6].

С учетом этих обстоятельств существенно возрастает роль диспансерного наблюдения в амбулаторном звене здравоохранения.

Диспансерное наблюдение больных ССЗ

В настоящее время диспансерное наблюдение осуществляется согласно приказу Минздрава России № 168н от 15.03.2022 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», в рамках которого охват диспансеризацией лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен составлять не менее 70 %, а для лиц старше трудоспособного возраста – не менее 90 %. Диспансерное наблюдение осуществляется в кабинетах участкового врача-терапевта, врача-кардиолога и врача-невролога поликлиники (в плане наблюдения за лицами, перенесшими острые нарушения мозгового кровообращения).

К категории лиц, подлежащих охвату мероприятиями вторичной профилактики в рамках диспансерного наблюдения, относятся лица с зарегистрированными ССЗ, такими как артериальная гипертензия с поражением органов-мишеней, хронические формы ишемической болезни сердца, перенесенные инфаркт миокарда и ишемический инсульт, перенесенные чрескожные или кардиохирургические вмешательства, атеросклеротическое поражение периферических артерий, наличие значимой (стеноз ≥ 50 %) или осложненной атеросклеротической бляшки любой локализации, нарушения сердечного ритма и проводимости, приобретенные и врожденные пороки сердца, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), легочная артериальная гипертензия. Особое внимание уделяется пациентам с коморбидной патологией, такой как сахарный диабет, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких, в силу существенного повышения суммарного риска смерти.

Диспансерное наблюдение за лицами с ССЗ осуществляется в основном врачами-терапевтами по территориальному принципу. Наблюдение больных с ССЗ врачом-кардиологом осуществляется главным образом в течение первого года после перенесенных сосудистых катастроф и интервенционных или кардиохирургических вмешательств, а также пациентов с артериальной гипертензией, резистентной к медикаментозной терапии, после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии, с первичной легочной гипертензией, эндокардитом, миокардитом, кардиомиопатией, с жизнеугрожающими формами нарушений ритма и проводимости сердца, ХСН III–IV функционального класса по NYHA и с тяжелой дислипидемией. Большое место в практике врача-кардиолога занимают консультации по направлению врачей-терапевтов.

В целях повышения эффективности диспансерного наблюдения в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» были разработаны целевые показатели, обновленные в 2021 г.:

- доля лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда,

а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ, бесплатно получавших в отчетном году необходимые лекарственные препараты в амбулаторных условиях;

- доля лиц с БСК, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших в текущем году медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения от всех пациентов с БСК, состоящих под диспансерным наблюдением;
- летальность больных с БСК среди лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением¹.

В настоящее время негативное влияние на эффективность диспансерного наблюдения оказывают существенный кадровый дефицит участковых терапевтов, врачей-кардиологов и среднего медицинского персонала, а также ограничительные мероприятия в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции и опасения пациентов посещать медицинские учреждения. Во многих регионах вынужденно используется практика привлечения к исполнению функций врача – терапевта участкового среднего медицинского персонала. Дефицит кадров и сложная эпидемическая ситуация послужили стимулом к развитию дистанционных способов общения с пациентами, а также расширению практики телемедицинских консультаций в режиме «врач – медицинский работник» [7]. В настоящих условиях возрастает целесообразность внедрения технологии дистанционного мониторинга физиологических параметров пациентов (в первую очередь артериального давления).

В условиях обозначенных негативных обстоятельств эффективность диспансерного наблюдения может быть повышена посредством формирования групп диспансерного наблюдения не по территориальному признаку, а по величине риска ССЗ.

Динамическое наблюдение указанных категорий пациентов может осуществляться в поликлиниках в кабинетах высокого сердечно-сосудистого риска, которые пока не закреплены в нормативных документах, но уже более 15 лет существуют для решения таких задач, как контроль антикоагулянтной терапии, контроль коррекции нарушений липидного обмена, профилактика повторных инсультов. Последнее время получают распространение кабинеты для наблюдения больных с ХСН, а также рефрактерной артериальной гипертензией, сложными и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца. Целесообразно выделить в отдельную группу диспансерного наблюдения также лиц с тяжелыми формами ССЗ, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Таких пациентов, нуждающихся в постоянном контроле, могут наблюдать наиболее квалифицированные опытные

¹ Камкин Е.Г. Требования к региональным программам. «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». М.: Минздрав РФ, 2021. 45 с.

врачи-терапевты, прошедшие дополнительное тематическое усовершенствование по кардиологии [7].

Льготное лекарственное обеспечение

Важным механизмом повышения приверженности пациентов к медикаментозной терапии является льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО). ЛЛО пациентов высокого сердечно-сосудистого риска осуществляется на территории РФ с 2020 г. на основании Приказа Минздрава России от 24.09.2021 г. №936н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний». На основании данного приказа ЛЛО осуществляется у пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений в течение 1 года после индексируемого события. Перечень лекарственных препаратов в соответствии с приказом состоит из 23 лекарственных средств, имеющих наивысший класс рекомендаций и уровень доказанности в клинических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Для эффективной реализации программы обеспечения льготными лекарственными препаратами пациентов с ССЗ необходимо предусмотреть в каждом субъекте Российской Федерации налаживание так называемого «бесшовного механизма» реализации лекарственного обеспечения, который пока разработан не во всех регионах страны. В 2021 году в Орловской области методом анкетирования был проведен анализ удовлетворенности качеством предоставления услуг по ЛЛО пациентов, посещающих аптечные организации данной области. В результате проведенного исследования было установлено, что 49 % респондентов имели трудности при записи на прием к врачу, 29 % указали на случаи отказов в выписке льготного рецепта, 45 % отметили длительное время, затраченное на оформление льготного рецепта на лекарственный препарат. Более половины (54 %) респондентов не получили лекарственные препараты своевременно, выдача препаратов была отложена на срок более 10 дней [8]. Полученные данные послужили поводом для разработки в регионе «Порядка реализации лекарственных препаратов льготным категориям граждан», который будет способствовать оптимизации качества обслуживания в аптеках населения, получающего лекарственные препараты в рамках программы ЛЛО, своевременной записи к врачу и сокращению времени на выдачу рецепта.

Для функционирования «бесшовного механизма» обеспечения льготными лекарственными препара-

тами в первую очередь необходимо предусмотреть преемственность между стационарным и амбулаторными звеньями, так как большинство пациентов, для которых предусмотрено ЛЛО, проходят через стационарный этап. Целесообразно организовать выписку рецептов или выдачу препаратов пациентам в день выписки из стационара. Кроме того, пациент должен быть сразу же записан к кардиологу или врачу-терапевту по месту жительства для постановки на диспансерное наблюдение.

Для эффективной реализации ЛЛО также необходимо активное выявление лиц высокого риска, для которых предусмотрена данная программа. Для этого требуется: восстановление объема и качества очного диспансерного наблюдения в условиях противоэпидемических ограничений; улучшение выявления пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском в первичном звене здравоохранения, включение их в региональные регистры и их диспансерное наблюдение, в том числе на основе электронного взаимодействия со стационарными медицинскими организациями, оказывающими плановую, экстренную и неотложную помощь при ССЗ; внедрение в практику врачей первичного звена современных клинических рекомендаций, улучшение диагностики и лечения ССЗ.

Для повышения приверженности к лечению лиц высокого сердечно-сосудистого риска необходимо улучшение санитарно-просветительской работы в первичном звене здравоохранения с целью повышения готовности пациентов к длительному участию в программе ЛЛО. Кроме того, для эффективной реализации ЛЛО необходимо обеспечение нормативно-правового регулирования дистанционного лекарственного обеспечения, активное освоение работы с электронными рецептами в первичном звене здравоохранения.

С целью ограничения возможности перехода участников ЛЛО федеральной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в иные категории получателей ЛЛО, в том числе с целью отказа и последующим получением денежного эквивалента («монетизация льготы») необходимо совершенствование нормативно-правового регулирования социального обеспечения льготных категорий граждан.

После анализа итогов реализации программы ЛЛО в 2021 г. следующим этапом её развития целесообразно предусмотреть увеличение продолжительности участия в программе ЛЛО с 12 до 24 месяцев для амбулаторного обеспечения пациентов высокого риска. Кроме того, целесообразно расширение категории лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском, подлежащих ЛЛО. В первую очередь это больные с ИБС, осложненной ХСН с фракцией выброса левого желудочка < 40 %, а также пациенты с ИБС и коморбидной патологией (сахарный диабет, хроническая

болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких). Численность этой группы больных составляет около 3,9 млн человек.

Организация и оказание помощи кардиологическим больным с применением телемедицинских технологий. Медицинские информационные системы

Телемедицинские технологии обеспечивают дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой и/или с пациентами. При оказании первичной медико-санитарной помощи необходимо активное использование телемедицинских технологий по типу «врач – пациент», что позволит своевременно мониторировать состояние пациента и выявлять возможную отрицательную динамику. Дистанционный мониторинг физиологических параметров (артериальное давление, частота сердечных сокращений, электрокардиограмма, масса тела, международное нормализованное отношение) позволит повысить эффективность диспансерного наблюдения за больными с ССЗ, в первую очередь за пациентами с артериальной гипертензией и ХСН. Особенную значимость дистанционный мониторинг с применением телемедицинских технологий приобретает в период эпидемии новой коронавирусной инфекции. Дистанционное наблюдение лиц с ССЗ также может включать в себя телефонные опросы, надомный патронаж, сотрудничество с волонтерами и социальными службами.

Увеличение количества телемедицинских консультаций между врачами первичного звена и специалистами учреждений третьего уровня в регионе позволит значимо улучшить качество оказания медицинской помощи при сложных и нестандартных случаях. Методическое сопровождение телемедицинского консультирования в режиме «врач – врач» или «врач – фельдшер/медицинская сестра» должно осуществляться силами кардиологических диспансеров и консультативно-диагностических центров регионов или кардиологов областных поликлиник.

Необходимо постоянное участие врачей-кардиологов, терапевтов и фельдшеров первичного звена в проведении видеоселекторных совещаний, телемедицинских консультаций, образовательных и научно-практических мероприятий и прочих форм взаимодействия, имеющих в субъекте Российской Федерации.

Важную роль в модернизации и успешном функционировании первичного звена здравоохранения играет внедрение вертикально интегрированной медицинской информационной системы во всех субъектах Российской Федерации. Медицинская информационная система региона должна включать наличие единой электронной медицинской карты с доступом к результатам диагностических и лабораторных обследований и данным по ведению пациента во всех поликлиниках

и стационарах субъекта. Целесообразно наличие единой аналитической системы, интеграции медицинской информационной системы субъекта с региональными и федеральными регистрами по кардиологическим нозологиям, системы поддержки принятия решений.

Организация медицинской помощи больным ХСН

Улучшение качества медицинской помощи в последние годы, в том числе и при острых состояниях в кардиологии, привело к увеличению продолжительности жизни и росту популяции людей пожилого и старческого возраста, у которых имеется высокая распространенность ХСН. ХСН развивается как вследствие естественных причин, так и как осложнение артериальной гипертензии, перенесенного инфаркта миокарда и других ССЗ. Пациенты, страдающие ХСН, имеют неблагоприятный прогноз и низкую выживаемость, несмотря на наличие эффективных методов медикаментозного лечения и применение имплантируемых устройств. В Российской Федерации около 10 млн человек страдают ХСН и более 2 млн из них имеют далеко зашедшие стадии заболевания [9]. При этом диагностика ХСН, особенно на начальном этапе развития болезни, затруднена, так как пациенты не предъявляют специфических жалоб. Также затруднена диагностика ХСН с сохранной фракцией выброса левого желудочка, где золотым стандартом постановки диагноза является не только эхокардиография, но и определение натрийуретического пептида. Принципиальное значение имеет профилактика декомпенсации ХСН, характеризующейся высоким риском смерти у данной категории больных – 17 % в течение года, а при стабильном течении – 7 % [10]. Успешное ведение пациентов с ХСН возможно путем реализации «бесшовной» модели оказания медицинской помощи с информационным взаимодействием между медицинскими организациями и вовлечение трех уровней системы оказания медицинской помощи с активным участием Национальных медицинских исследовательских центров. Такая модель также позволит более качественно вести статистический учет пациентов с ХСН.

В структуру оказания медицинской помощи пациентам с ХСН должен входить региональный центр по лечению больных ХСН на базе медицинских учреждений третьего уровня, межрайонный центр по лечению больных ХСН на базе стационара второго уровня (центральная районная больница) и первичный амбулаторный центр по лечению таких пациентов на базе амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций первого уровня. Рекомендованная структура последнего должна включать специализированный кабинет со штатом кардиологов и патронажной службой (средний медицинский персонал) для диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в составе поликлинического

отделения центральной районной или городской больницы. В рамках своих должностных обязанностей сотрудники кабинета осуществляют образовательные функции (организация школ для пациентов с ХСН и их родственников, проведение обучения среднего медицинского персонала), а также осуществляют телемедицинские консультации [9]. Особое внимание следует уделять обучению и последующей роли среднего медицинского персонала в ведении больных с ХСН. Амбулаторный центр по лечению пациентов с ХСН может быть интегрирован в кабинет высокого сердечно-сосудистого риска.

Совершенствование оказания медицинской помощи больным с ХСН позволит в дальнейшем снизить показатели смертности от БСК. Модернизация амбулаторного звена с формированием обширного диагностического спектра в сочетании с высокой квалификацией врачей и среднего медицинского персонала обеспечит высокий уровень диагностики, повысит раннюю выявляемость ХСН и ее эффективную вторичную профилактику. Такая стратегия позволит избежать необоснованных госпитализаций и снизит нагрузку на стационары.

ВКЛАД АВТОРОВ

Ю.Е. Ефремова, Н.В. Лазарева, Ю.А. Долгушева, Е.В. Сорокин – разработка концепции и дизайна работы, анализ материала, написание рукописи, редактирование, принятие на себя ответственности за все аспекты работы.

С.А. Бойцов – окончательное редактирование и утверждение публикуемой версии рукописи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1 Бойцов С.А., Демкина А.Е. Совершенствование медпомощи пациентам с болезнями системы кровообращения в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Управление качеством в здравоохранении. 2019; 1: 26–33.
- 2 Maynard A., Bloom K. Primary Care and health care reform: the need to reflect before reforming. Health policy. 1995; 31(3): 171–181. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(94\)00682-5](https://doi.org/10.1016/0168-8510(94)00682-5)
- 3 Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970–1998. Health services research. 2003; 38(3): 831–865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- 4 The world health organization monica project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. J Clin Epidemiol. 1988; 41(2): 105–114. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90084-4](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90084-4)
- 5 Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M., et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet. 1999; 353(9164): 1547–1557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)04021-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)04021-0)
- 6 Бойцов С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Эпидемиологическая ситуация как фактор, определяющий стратегию действий по снижению смертности в Российской Федерации. Терапевтический архив. 2020; 92(1): 4–9. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.01.000510>
- 7 Бойцов С.А., Драпкина О.М. Современное содержание и совершенствование стратегии высокого сердечно-сосудистого риска в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевтический архив. 2021; 93(1): 4–6. <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.01.200543>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешная модернизация первичного звена здравоохранения за счет оснащения, переоснащения медицинских учреждений, оптимизации и улучшения качества проведения диспансерного наблюдения, увеличения эффективности реализации ЛЛО, актуализации стратегии высокого сердечно-сосудистого риска и оптимизации качества ведения пациентов с ХСН, улучшения качества и объема телемедицинских информационных технологий и дальнейшего внедрения вертикально интегрированной медицинской информационной системы будет способствовать снижению смертности от БСК в Российской Федерации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).

Financial support. The study was not sponsored (own resources).

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Yulia E. Efremova, Natalia V. Lazareva, Yulia A. Dolgusheva, Evgeny V. Sorokin – development of the concept and design of the work, analysis of the material, editing, writing a manuscript, taking responsibility for all aspects of the work.

Sergey A. Boytsov – final editing and approval of the published version of the manuscript.

- 1 Boytsov S.A., Demkina A.E. Improving medical care for patients with diseases of the circulatory system in the framework of the Federal project "Combating cardiovascular diseases". Upravleniye kachestvom v zdравоохранenii. 2019; 1: 26–33 (In Russian).
- 2 Maynard A., Bloom K. Primary Care and health care reform: the need to reflect before reforming. Health policy. 1995; 31(3): 171–181. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(94\)00682-5](https://doi.org/10.1016/0168-8510(94)00682-5)
- 3 Macinko J., Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970–1998. Health services research. 2003; 38(3): 831–865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- 4 The world health organization monica project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. J Clin Epidemiol. 1988; 41(2): 105–114. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90084-4](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90084-4)
- 5 Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M., et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet. 1999; 353(9164): 1547–1557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)04021-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)04021-0)
- 6 Boytsov S.A., Shalnova S.A., Deev A.D. The epidemiological situation as a factor determining the strategy of action to reduce mortality in the Russian Federation. Therapeutic archive. 2020; 92(1): 4–9 (In Russian). <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.01.000510>
- 7 Boytsov S.A., Drapkina O.M. Modern content and improvement of the strategy of high cardiovascular risk in reducing mortality from cardiovascular diseases. Therapeutic archive. 2021; 93(1): 4–6 (In Russian). <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.01.200543>

- 8 Устинова Л.П., Филина И.А., Вареных Г.В., Мальцев Е.А. Анализ удовлетворенности населения качеством предоставления услуг по льготному лекарственному обеспечению. Медико-фармацевтический журнал «Пulse». 2021; 23(6): 240–246. <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-6-240-246>
- 9 Бойцов С.А., Терещенко С.Н., Жиров И.В., Агеев Ф.Т. Совершенствование оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью: методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ кардиологии», 2020. 31 с.
- 10 Maggioni A.P., Dahlstrom U., Filippatos G., et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail. 2013; 15: 808–817. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hft050>
- 8 Ustinova L.P., Filina I.A., Varenik G.V., Maltsev E.A. Analysis of population satisfaction with the quality of providing services on premium medicinal provision. Medico-pharmaceutical journal "Pulse". 2021; 23(6): 240–246 (In Russian). <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-6-240-246>
- 9 Boytsov S.A., Tereshchenko S.N., Zhiron I.V., Ageev F.I. Improving medical care for patients with chronic heart failure: methodological recommendations. Moscow: NMIC of Cardiology, 2020. 31 p. (In Russian).
- 10 Maggioni A.P., Dahlstrom U., Filippatos G., et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail. 2013; 15: 808–817. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hft050>

Информация об авторах

Бойцов Сергей Анатольевич – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6998-8406>

Ефремова Юлия Евгеньевна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8674-9669>

Лазарева Наталия Витальевна – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3253-0669>

Долгушева Юлия Александровна – канд. мед. наук, научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-2071>

Сорокин Евгений Владимирович – канд. мед. наук, руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-937X>

Information about the authors

Sergey A. Boytsov – Academician of the RAS, Dr. of Sci. (Medicine), Professor, General Director, National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6998-8406>

Yulia E. Efremova – Cand. of Sci. (Medicine), Senior Researcher, Research and Organizational Department, National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8674-9669>

Natalia V. Lazareva – Cand. of Sci. (Medicine), Leading Researcher, Research and Organizational Department, National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3253-0669>

Yulia A. Dolgusheva – Cand. of Sci. (Medicine), Researcher, Research and Organizational Department, National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-2071>

Evgeny V. Sorokin – Cand. of Sci. (Medicine), Head of the Research and Organizational Department, National Medical Research Center of Cardiology named after academician E.I. Chazov.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-937X>