

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2022-3-320-335

## К ВОПРОСУ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

*А.Ю. Апресян*

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

**Введение.** Современное состояние медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий свидетельствует о системных проблемах, что требует уточнения, поиска путей их устранения, создания условий для систематического своевременного наблюдения за пациентами.

**Цель.** На основе анализа медико-статистической характеристики пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь по поводу заболеваний периферических артерий, выявить недостатки преемственности организации им медицинской помощи на всех этапах.

**Материалы и методы.** По данным первичной медицинской документации оценены условия оказания медицинской помощи 720 пациентам с заболеваниями периферических артерий в трех стационарах Санкт-Петербурга в 2020 году. Выборка по полу и возрасту соответствует общей структуре пациентов стационаров с данным заболеванием. Сведения статистически обработаны с расчетом средних величин, экстенсивных показателей, оценкой достоверности их разности по критерию Стьюдента.

**Результаты.** Только 53,8% пациентов ранее наблюдались в поликлинике. Большинство (79,3 %) госпитализированы на отделения общего хирургического профиля. Только в 77,8% случаев клинический диагноз совпадал с диагнозом при поступлении. Проведение обследования, не выполненного на амбулаторном этапе, увеличивает длительность госпитализации с  $6,8 \pm 1,9$  дней до  $11,7 \pm 2,3$  дней ( $t = 4,4$ ,  $p < 2$ ), а в 10,6% случаев – сроки ожидания операции. После выписки из стационара только 59,6% пациентов рекомендовано лечение в амбулаторных условиях, 26,7% - диспансерное наблюдение (25,4% из них – у кардиолога или терапевта, 44,3% – у хирурга, 30,3% – без уточнения специалиста).

**Обсуждение.** Полученные данные подтверждают недостатки организации наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий на амбулаторном этапе, формирующие основу несоблюдения принципов преемственности в оказании медицинской в целом, что влечет за собой нерациональное расходование ресурсов здравоохранения. Несмотря на установленные нормативные требования по диспансерному наблюдению всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в значительной части случаев такие рекомендации не предоставляются. Системные подходы к организации динамического наблюдения пациентов не прослеживаются – выбор врача, посещение которого рекомендуется пациентам, проводится без учета установленных нормативов, что не способствует упорядочению процессов организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий.

**Выводы.** Выявленные недостатки преемственности оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий требуют реализации системного комплексного подхода к их устранению: совершенствования нормативных правовых документов,

устанавливающих порядок оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения, регламентирующих проведение диспансерного наблюдения; проведения контроля преемственности при ведомственной и вневедомственной оценке качества медицинской помощи; внедрения эффективных инструментов учета медицинской помощи больным, таких как специализированный регистр.

**Ключевые слова:** заболевания периферических артерий, преемственность оказания медицинской помощи, атеросклероз, специализированная медицинская помощь.

## ON THE ISSUE OF CONTINUITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASES

*A.Yu. Apresyan*

*Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg*

**Introduction.** The current state of medical care for patients with peripheral artery diseases indicates systemic problems, which requires clarification, finding ways to eliminate them, creating conditions for systematic timely monitoring of patients.

**Purpose.** Based on the analysis of the medical and statistical characteristics of patients who received specialized medical care for peripheral artery diseases, to identify the shortcomings of the continuity of the organization of medical care at all stages.

**Material and methods.** According to the primary medical documentation, the conditions for providing medical care to 720 patients with peripheral artery diseases in three hospitals in St. Petersburg in 2020 were evaluated. The sample by gender and age corresponds to the general structure of hospital patients with this disease. The data were statistically processed with the calculation of average values, extensive indicators, and the assessment of the reliability of their difference according to the Student's criterion.

**Results.** Only 53.8% of patients were previously observed in the polyclinic. The majority (79.3%) were hospitalized in general surgical departments. Only in 77.8% of cases the clinical diagnosis coincided with the diagnosis at admission. Conducting an examination not performed at the outpatient stage increases the duration of hospitalization from  $6.8 \pm 1.9$  days to  $11.7 \pm 2.3$  days ( $t = 4.4$ ,  $p < 2$ ), and in 10.6% of cases – the waiting time for surgery. After discharge from the hospital, only 59.6% of patients recommended outpatient treatment, 26.7% - dispensary observation (25.4% of them – with a cardiologist or therapist, 44.3% – with a surgeon, 30.3% – without specialist clarification).

**Discussion.** The data obtained confirm the shortcomings of the organization of monitoring of patients with peripheral artery diseases at the outpatient stage, forming the basis for non-compliance with the principles of continuity in the provision of medical care in general, which entails an irrational expenditure of health resources. Despite the established regulatory requirements for the dispensary supervision of all patients with cardiovascular diseases, in a significant part of cases such recommendations are not provided. Systemic approaches to the organization of dynamic observation of patients are not traceable – the choice of a doctor whose visit is recommended to patients is carried out without taking into account established standards, which does not contribute to the streamlining of the processes of organizing medical care for patients with peripheral artery diseases.

**Conclusion.** The identified shortcomings in the continuity of medical care for diseases of the peripheral arteries require the implementation of a systematic integrated approach to their elimination: improvement of regulatory legal documents establishing the procedure for providing medical care for diseases of the circulatory system, regulating the conduct of dispensary monitoring; continuity control in departmental and non-departmental assessment of the quality of medical care; introduction of effective tools for accounting medical care to patients, such as as a specialized register.

**Keywords:** peripheral artery diseases, continuity of medical care, atherosclerosis, specialized medical care.

**Введение.** Необходимость соблюдения принципов этапности и преемственности оказания медицинской помощи, основанных на обеспечении ее доступности и качества, рассматривается в современных условиях как необходимый шаг к действенному реформированию отечественного здравоохранения, требующий закрепления на законодательном уровне [1-6].

Болезни системы кровообращения в настоящее время остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности населения Российской Федерации [7]. Государство, в том числе в рамках федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [8], направляет значительные усилия на обеспечение качества и доступности медицинской помощи при этих заболеваниях: совершенствуются процессы оказания экстренной медицинской помощи, развивается система наибольшего охвата пациентов диспансерным наблюдением.

Группа болезней системы кровообращения обширна, включенные в нее заболевания в высокой степени коморбидны, обладают схожими механизмами патогенеза [8,9], что требует особого их учета и проактивного подхода к лечению пациентов. Особняком среди этой группы патологий стоят заболевания периферических артерий, при которых особенно актуально своевременное оказание медицинской помощи должного качества на всех этапах, что позволяет практически исключить риск возникновения угрожающих жизни состояний [10-13].

Исследование 2019 года [14] показало, что при оказании специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями периферических артерий сохраняется тенденция к росту доли экстренных госпитализаций (42,0% в 2019 году), наблюдается рост показателя частоты госпитализаций в круглосуточный стационар, который в данной группе больных практически вдвое превышает показатель при заболеваниях системы кровообращения в целом (23,8 и 11,4 на 100 зарегистрированных больных соответственно,  $t = 3,4$ ;  $p < 0,05$ ); отмечается больший, чем в целом при заболеваниях системы

кровообращения, уровень доли расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов (5,6 и 3,1 соответственно ( $t = 3,5$ ;  $p < 0,05$ )).

Выявленные тенденции могут свидетельствовать о системных проблемах при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, что требует уточнения и детализации. Дальнейшее устранение выявленных проблем организации медицинской помощи, препятствующих соблюдению принципов ее преемственности, позволит создать условия для систематического своевременного наблюдения за пациентами.

**Цель.** На основе анализа медико-статистической характеристики пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь по поводу заболеваний периферических артерий, выявить недостатки преемственности организации им медицинской помощи на всех этапах ее предоставления.

**Материалы и методы.** В целях оценки условий обеспечения преемственности оказания медицинской помощи проведен анализ данных первичной медицинской документации 720 пациентов, проходивших плановое лечение по основным группам заболеваний периферических артерий (по МКБ-10: группа I70 - атеросклероз, группа I73 - другие болезни периферических сосудов) в трех многопрофильных стационарах в Санкт-Петербурге в 2020 году. В программу исследования включены разделы, позволяющие провести анализ условий оказания медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном этапах, при планируемом постгоспитальном наблюдении. Выборка сбалансирована по полу и возрасту по отношению к структуре пациентов этой группы, получивших специализированную медицинскую помощь в Санкт-Петербурге в 2020 году в целом: 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 проходивших специализированное лечение. Наиболее многочисленная группа мужчин в возрасте от 61 до 70 лет – 32,7 % и от 51 до 60 лет – 22,1 %. Полученные данные статистически обработаны с расчетом средних величин, экстенсивных показателей, проведена оценка достоверности разности показателей с использованием критерия Стьюдента.

**Результаты.** При оказании специализированной медицинской помощи большая часть пациентов с заболеваниями периферических артерий была госпитализированы на отделения общего хирургического профиля (79,3 %), а 20,7 % – на отделения сосудистой хирургии. Для большинства пациентов, включенных в исследование, госпитализация по поводу

заболевания периферических артерий в текущем году была первичной – 94,2 % случаев. В 5,8 % пациенты были госпитализированы повторно.

Оценка фактического порядка поступления пациентов в стационар показала, что только 53,8 % из них ранее наблюдались по месту жительства в медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь, и получили для реализации плановой госпитализации соответствующее направление лечащего врача. Наряду с этим, в 41,4 % случаях предварительное наблюдение пациентов на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях не осуществлялось, пациенты самостоятельно обратились в стационар с жалобами для консультации и были госпитализированы.

Отсутствие систематического наблюдения на догоспитальном этапе приводит к необходимости уточнения состояния больного в условиях стационара путем выполнения дополнительных обследований, клинико-лабораторных и функциональных проб. Только в 77,8 % случаев отмечено полное совпадение клинического диагноза, выставленного по итогам лечения в стационаре и диагноза, имеющегося у пациента при поступлении в стационар. При этом длительность стационарного лечения пациентов, в большей степени нуждающихся в дополнительном обследовании, существенно превышает таковую у пациентов, проходящих предварительно активное наблюдение в амбулаторных условиях. Средняя длительность госпитализации больных, поступивших в плановой форме по направлению поликлиники, составила  $6,8 \pm 1,9$  дней, тогда как при самостоятельном обращении пациентов  $11,7 \pm 2,3$  дней ( $t = 4,4, p < 2$ ).

Пациенты, получившие плановую медицинскую помощь, как поступившие в стационар по направлению медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь, так и иным путем, в среднем ожидали госпитализации от момента получения направления (принятия решения о госпитализации)  $7,8 \pm 2,2$  дня, что в целом соответствует требованиям, предъявляемым к срокам ожидания госпитализации, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [15]. Соблюдение нормативных 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 в 8,7 % случаев.

Срок ожидания госпитализации для пациентов, обратившихся перед госпитализацией непосредственно в стационар, является менее продолжительным, чем срок ожидания

госпитализации пациентами по направлению медицинской организации по месту жительства:  $6,2 \pm 1,8$  и  $9,3 \pm 2,0$  дней соответственно ( $t = 3,3$ ,  $p < 0,05$ ).

Основным поводом госпитализации пациентов с заболеваниями периферических артерий является необходимость проведения оперативного вмешательства. В рамках плановой госпитализации у 97 % пациентов было выполнено оперативное вмешательство, проведения которого, безусловно, увеличивает сроки пребывания пациентов на койке стационара. В 72,1 % случаев ожидание пациентами на койке стационара оперативного лечения увеличивает продолжительность их госпитализации на 1–3 дня. Еще 17,3 % пациентов ожидают на стационарной койке операции в пределах одной недели.

Помимо необходимости ожидания оперативного лечения, в каждом десятом случае сроки пребывания пациентов в стационаре увеличивает необходимость проведения дополнительных обследований, ранее не выполненных на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. В отдельных случаях это еще более увеличивает сроки ожидания оперативного лечения, до двух недель и более (10,6 % случаев). При этом все пациенты, лечение которых потребовало проведения дополнительного обследования в условиях стационара перед оперативным вмешательством – это пациенты, самостоятельно обратившиеся в медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи.

В рамках обследования, проводимого в условиях стационара, пациентам выполняется ультразвуковое исследование сосудов различных бассейнов – в 77,6 % случаях, в том числе с применением доплерографии – в 38,8 % случаев, ультразвуковое исследование мягких тканей – в 26,0 % случаев. Электрокардиограмма 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. В отдельных случаях диагностические исследования пациентам проводятся в рамках одной госпитализации несколько раз, в том числе, по причине неоднократного оперативного вмешательства (17,3 % пациентов были оперированы дважды в период одной госпитализации).

Осложнения оперативного лечения потребовали дополнительных лечебных мероприятий у 6,2 % пациентов, что увеличило запланированные сроки их пребывания в

стационаре в среднем на  $4 \pm 1,5$  дней ( $t = 3,3$ ,  $p < 0,5$ ). В дополнение к оперативному лечению в 93,3 % случаев оно было дополнено консервативными методиками, в том числе, включающими применение лекарственных и физиотерапевтических средств.

По результатам оценок врачей стационара по исходу проведенной госпитализации выздоровление наступило у 42,3 % пациентов, а еще 57,7 % пациентов были выписаны с улучшением.

После выписки в 3,4 % случаев пациентам было показано последующее получение специализированной медицинской помощи в условиях стационара круглосуточного наблюдения, еще в 1,4 % – в условиях дневного стационара медицинской организации. При этом только в 59,6 % случаев пациентам было рекомендовано после выписки из стационара продолжить лечение в амбулаторных условиях. Конкретизированных дальнейших рекомендаций не получили 35,6 % пациентов.

Из числа всех выписанных пациентов только 26,7 % получили рекомендацию о дальнейшем диспансерном наблюдении по поводу заболеваний периферических артерий в медицинской организации, предоставляющей им на постоянной основе первичную медико-санитарную помощь. Из числа получивших такую рекомендацию 25,4 % 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 уточнена.

**Обсуждение.** В соответствии со статьями 32–34 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [15] медицинская помощь может предоставляться как в плановой, так и в экстренной и неотложной формах, в амбулаторных условиях и в условиях стационара в соответствии со стандартами и порядками ее предоставления, в которых, как правило, отражаются принципы ее преемственности при организации предоставления по отдельным группам заболеваний.

С учетом указанных положений организация медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий, как заболеваний, относящихся к группе заболеваний сердечно-сосудистой системы, должна предоставляться на основе «Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [16]. Отбор пациентов для оказания специализированной медицинской помощи должен проводиться на этапе первичной медико-санитарной помощи, что подразумевает активное их предварительное наблюдение в поликлинике, основанное на своевременном и систематическом динамическом контроле по результатам выявления заболевания. Именно такие подходы организации

медицинской помощи призваны не допустить развития urgentных ситуаций, обеспечить планомерный подходы к профилактике заболевания, предотвращения его осложнений.

Однако, действующими нормативными документами [17, 18] в настоящее время не определен порядок диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий, как в отношении специальности врача, на которого были бы возложены обязательства по динамическому наблюдению пациентов, так и в отношении кратности диспансерных профилактических осмотров, объемов выполняемых лечебно-профилактических мероприятий. Это приводит к отсутствию должного контроля за состоянием здоровья пациентов, недостаточному их охвату активным наблюдением. Полученные в исследовании данные подтверждают недостатки организации наблюдения пациентов с заболеваниями периферических артерий на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, формирующими основу несоблюдения принципов ее преемственности между амбулаторным и стационарным этапом предоставления. Пациенты поступают в стационар не полностью обследованными, что в дальнейшем требует выполнения лечебно-диагностических мероприятий в рамках предоставления специализированной медицинской помощи, в том числе, для корректировки обоснования лечения в условиях стационара.

Следует отметить, что в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями [17], специализированная медицинская помощь этой категории пациентов, к которым, в соответствии с номенклатурной болезней и состояний [19] отнесены заболевания периферических артерий, оказывается медицинскими организациями, располагающими штатной численностью врачей-специалистов по специальностям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия». При этом Порядком [17] однозначно не определен профиль медицинской организации или отделения медицинской организации, в рамках деятельности которых должны получать медицинскую помощь пациенты. Оценка организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий показала несоответствие фактической профильности госпитализации установленному порядку – пациенты, в основном, госпитализируются на отделения общего хирургического профиля, что является, скорее, следствием недостаточной проработки нормативной правовой базы в этой части, однако, влечет за собой дефекты планирования медицинской помощи пациентам.



Недостатки преемственности медицинской помощи на этапе амбулаторного и стационарного этапов, выявленные в проведенном исследовании, подтверждаются и менее продолжительными сроками ожидания госпитализации пациентами, обратившимися для получения специализированной медицинской помощи непосредственно в стационар, по отношению к пациентам, поступившим в стационар по направлению медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь. Предварительная консультация, проведенная врачом-специалистом стационара, позволяет пациенту адресно пройти предварительное обследование на догоспитальном этапе, что сокращает сроки ожидания медицинской помощи. Соответственно, недостаточно корректное проведение догоспитальных лечебно-диагностических мероприятий у пациентов этой группы влечет за собой необходимость проведения дополнительных обследований пациента в условиях стационара, увеличение сроков госпитализации, в том числе за счет более длительного ожидания оперативного лечения в условиях госпитализации, что в конечном итоге приводит к нерациональному расходованию ресурсов здравоохранения.

Недостатки преемственности в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий отмечаются и после выписки из стационара. Несмотря на установленные требования по диспансерному наблюдению всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [17], только в незначительном количестве случаев выписанные, в том числе после оперативного лечения, больные направляются на амбулаторный этап для динамического наблюдения. В значительной части случаев такие рекомендации не предоставляются. Причем системные подходы к организации динамического наблюдения пациентов этой группы не прослеживаются – выбор специальности врача, посещения которого рекомендовано пациентам, не определяется установленными нормативами и определяется лечащим врачом стационара ситуативно, что, безусловно, не способствует упорядочению процессов организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий.

**Выводы.** Выявленные недостатки преемственности оказания медицинской помощи при заболеваниях периферических артерий требуют реализации системного комплексного подхода к их устранению.

Прежде всего, видится, что значительная часть некорректной маршрутизации пациентов как на этапе подготовке к плановой госпитализации, так и после выписки из стационара, обусловлена отсутствием четкой нормативной правовой базы по организации

лечения пациентов этой группы. Это касается объема требуемого им обследования, определения профильности отделения для предоставления специализированной медицинской помощи, организации диспансерного наблюдения. Системный подход к этому вопросу, закрепленный на уровне нормативного правового урегулирования, разработанный с учетом экспертного мнения ведущих специалистов в области лечения пациентов с заболеваниями периферических артерий, позволит гармонизировать вопросы преемственности оказания им медицинской помощи на всех этапах ее предоставления.

До приведения в соответствие нормативно-правовой базы, призванной регламентировать процессы предоставления медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий, выявленные дефекты преемственности ее оказания должны стать объектом особого внимания в рамках контроля качества медицинской помощи, проводимого как в рамках ведомственного и внутреннего контроля деятельности медицинских организаций, так и в рамках вневедомственного контроля страховыми медицинскими организациями при оплате случаев медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Информирование руководителей медицинских организаций о выявленных системных недостатках, сведения о которых будут получены по результатам проведенных контрольных мероприятий, будет способствовать их предупреждению.

Практическим действенным инструментом контроля соблюдения принципов преемственности медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий может стать соответствующий регистр больных, сформированный на основе диспансерной группе этих пациентов и своевременно пополняемый на всех этапах предоставления им медицинской помощи. Подробный регистр может стать инструментом учета и контроля движения больных, отражением фактической клинической практики лечения соответствующих заболеваний, позволит формировать и совершенствовать её, влиять на улучшение результатов лечения и исходов заболевания [20-21].

Несомненно, что предложенные подходы позволят оптимизировать нагрузку на систему здравоохранения по оказанию дорогостоящей специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий и будет способствовать достижению целей и задач национального проекта в сфере здравоохранения в части реализации программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### Список литературы

1. Мохов А.А. Принципы правового регулирования государственной модели национального здравоохранения. Актуальные проблемы российского права. 2021;16(3):85-96 doi:10.17803/1994-1471.2021.124.3.085-096
2. Сергейко И.В., Немцверидзе Э.Я., Трифонова Н.Ю. и др. Реформы законодательства в сфере здравоохранения: обзор нормативных документов и комментарии. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:280.
3. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В. и др. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1
4. Гриднев О.В., Абрамов А.Ю., Люцко В.В. Анализ контроля за эффективностью работы трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи населению города Москвы. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:364.
5. Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б. и др. Методологические аспекты проведения независимой оценки медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих медицинскую помощь прикрепленному населению в амбулаторных условиях. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 3(49):1.
6. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./ Росстат. – М., 2019;170.
7. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie> (Дата обращения 29.04.2022).
8. Денисенко М.Н., Генкель В.В., Шапошник И.И. Особенности поражения периферических сосудов у пациентов с гипертонической болезнью. Лечебное дело. 2016;2:33-36.
9. 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.
10. Ишемические болезни в практике семейного врача. Методические рекомендации. Под ред. Р.Е. Калинина, В.Н. Абросимова. М.: 2016;208.

11. Сапелкин С.В., Харазов А.Ф. Современные позиции в консервативной терапии пациентов с заболеваниями периферических артерий. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; (4):68-73.

12. Рекомендации европейского общества кардиологов по диагностике и лечению заболеваний периферических артерий <https://cyberleninka.ru/article/n/rekomendatsii-evropeyskogo-obschestva-kardiologov-po-diagnostike-i-lecheniyu-zabolevaniy-perifericheskikh-arteriy/viewer> (Дата обращения 29.04.2022).

13. Апресян А.Ю. Тенденции оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями периферических артерий. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Джанелидзеовские чтения – 2021». 16-17 апреля 2021 г. Санкт-Петербург, 2021;28-31.

14. Закон Санкт-Петербурга от 18.12.2019 № 682-150 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Интернет-ресурс: <https://www.gov.spb.ru/law/> (Дата обращения 29.04.2022).

15. Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Интернет-ресурс: <http://www.garant.ru> (Дата обращения 29.04.2022).

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Интернет-ресурс: <http://www.garant.ru> (Дата обращения 29.04.2022).

17. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Интернет-ресурс: <http://www.garant.ru> (Дата обращения 29.04.2022).

18. Международная классификация болезней 10-го пересмотра <https://mkb-10.com> (Дата обращения 29.04.2022).

19. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Антонова Е.В. и др. Универсальная информационная структура как инструмент длительного динамического мониторинга в аллергологии. Практическая фармакология. 2014;5(11):65-70.

20. 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.

21. Ягудина Р.И., Литвиненко М.М., Сороковиков И.В. Регистры пациентов: структура, функции, возможности использования. Фармакоэкономика. 2011;(4):3-7.

### References

1. Mokhov A.A. Principy pravovogo regulirovaniya gosudarstvennoj modeli nacional'nogo zdavoohraneniya [Principles of legal regulation of the state model of national health care]. Aktual'nye problemy rossijskogo prava [Actual problems of Russian law]. 2021;16(3):85-96 (In Russ.)

2. Sergeyko I.V., Nemtsveridze E.Ya., Trifonova N.Yu., Pikalov S.M., Lyutsko V.V. Reformy zakonodatel'stva v sfere zdavoohraneniya: obzor normativnyh dokumentov i kommentarii. [Healthcare law reforms: review of regulatory documents and comments]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:280. (In Russian)

3. Mikhailova Yu.V., Son I.M., Polikarpov A.V., Shikina I.B., Golubev N.A., Vechorko V.I., Ivanov I.V. Ocenka kachestva okazaniya i dostupnosti medicinskoj pomoshchi s ispol'zovaniem indeksov blagopoluchiya pokazatelej medicinskih organizacij, okazyvayushchih pervichnyuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch' i imeyushchih prikreplennoe naselenie. [Assessment of the quality of care and availability of medical care using indices of the well-being of indicators of medical organizations providing primary health care and having an attached population]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. [Social aspects of population health]. – 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1 (In Russian)

4. Gridnev O.V., Abramov A.Yu., Lyutsko V.V. Analiz kontrolya za effektivnost'yu raboty trekhurovnevoj sistemy pervichnoj mediko-sanitarnej pomoshchi naseleniyu goroda Moskvy. [Analysis of the effectiveness of the three-level primary health care system for the population of Moscow]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:364. (In Russian)

5. Mikhailova Yu.V., Ivanov I.V., Shikina I.B., Polikarpov A.V., Vechorko V.I. Metodologicheskie aspekty provedeniya nezavisimoy ocenki medicinskih organizacij sub"ektov RF, okazyvayushchih medicinskuyu pomoshch' prikreplennomu naseleniyu v ambulatornyh usloviyah. [Methodological aspects of conducting an independent assessment of medical organizations of the

constituent entities of the Russian Federation providing medical care to the attached population on an outpatient basis]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. [Social aspects of population health]. 2016; 3(49):1. (In Russian)

6. Healthcare in Russia [Zdravooхранenie v Rossii]. 2019: Stat.sat./ Rosstat. – M., 2019;170. (In Russ.)

7. Federal'nyj proekt «Bor'ba s serdechno-sosudistymi zabolevanijami» [Federal project "Fight against cardiovascular diseases"] <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie> (In Russ.)

8. Denisenko M.N., Genkel V.V., Shaposhnik I.I. Osobennosti porazhenija perifericheskikh sosudov u pacientov s gipertonicheskoj bolezn'ju [Features of peripheral vascular lesions in patients with hypertension]. Lechebnoe delo [Medical business]. 2016; 2: 33-36. (In Russ.)

9. Barbarash O.L., Kashtalap V.V., Shibanova I.A. Cardiovascular comorbidity: a patient with coronary heart disease and atherosclerosis of peripheral arteries. How to identify and manage the risks of ischemic events?. Rational pharmacotherapy in cardiology. 2020;16(4): 607-613. (In Russ.)

10. Ishemicheskie bolezni v praktike semejnogo vracha [Ischemic diseases in the practice of a family doctor]. [Metodicheskie rekomendacii Methodological recommendations]. Edited by R.E. Kalinin, V.N. Abrosimov. M.: 2016;208.

11. Sapelkin S. V., Kharazov A. F. Sovremennye pozicii v konservativnoj terapii pacientov s zabolevanijami perifericheskikh arterij [Modern positions in conservative therapy of patients with peripheral artery diseases]. Hirurgija.Zhurnal im. N.I. Pirogova [Surgery. N.I. Pirogov Journal]. 2013; (4):68-73. (In Russ.)

12. Rekomendacii evropejskogo obshhestva kardiologov po diagnostike i lecheniju zabolevanij perifericheskikh arterij [Recommendations of the European Society of Cardiology on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases] <https://cyberleninka.ru/article/n/rekomendatsii-evropejskogo-obshchestva-kardiologov-po-diagnostike-i-lecheniyu-zabolevanij-perifericheskikh-arteriy/viewer>

13. Apresyan A.Yu. Apresjan A.Ju. Tendencii okazaniya specializirovannoj medicinskoj pomoshhi pacientam s zabolevanijami perifericheskikh arterij [Trends in the provision of specialized medical care to patients with peripheral artery diseases]. Materialy mezhhregional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii «Dzhanelidzevskie chtenija – 2021». 16-17 aprelja 2021 g. Sankt-

Peterburg [Materials of the interregional scientific and practical conference "Janelidze readings - 2021". April 16-17, 2021 St. Petersburg]. 2021;28-31. (In Russ.)

14. Zakon Sankt-Peterburga ot 18.12.2019 № 682-150 «O Territorial'noj programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi v Sankt-Peterburge na 2020 god i na planovyj period 2021 i 2022 godov [The Law of St. Petersburg dated 18.12.2019 No. 682-150 "On the Territorial program of state guarantees of free medical care to citizens in St. Petersburg for 2020 and for the planning period of 2021 and 2022"]. Online resource: <https://www.gov.spb.ru/law/> (In Russ.)

15. Zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii» [Law No. 323-FZ, 21.11.2011 "On the basics of public health protection in the Russian Federation"]. Online resource: <http://www.garant.ru> (In Russ.)

16. Prikaz Ministerstva zdavoohranenija Rossijskoj Federacii ot 15.11.2012 № 918n «Ob utverzhdenii porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi bol'nym s serdechno-sosudistymi zabolevanijami» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 918n dated 15.11.2012 "On approval of the procedure for providing medical care to patients with cardiovascular diseases"] Online resource: <http://www.garant.ru> (In Russ.)

17. Prikaz ministerstva zdavoohranenija Rossijskoj Federacii ot 29.03.2019 № 173n «Ob utverzhdenii porjadka provedenija dispansernogo nabljudenija za vzroslymi» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 173n, 29.03.2019 "On approval of the procedure for conducting dispensary supervision of adults"]. Online resource: <http://www.garant.ru> (In Russ.)

18. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznj 10-go peres [International Classification of Diseases of the 10th revision] <https://mkb-10.com>

19. Vishneva E.A., Namazova-Baranova L.S., Antonova E.V. et al. Universal'naja informacionnaja struktura kak instrument dlitel'nogo dinamicheskogo monitoringa v allergologii [Universal information structure as a tool for long-term dynamic monitoring in allergology]. Prakticheskaja farmakologija [Practical Pharmacology]. 2014;5(11):65-70. (In Russ.)

20. Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Sichinava D. P. Prospektivnyj ambulatornyj registr bol'nyh, perenessih ostryj infarkt miokarda (PROFIL"-IM): dizajn issledovanija i pervye rezul'taty [Prospective outpatient registry of patients who suffered acute myocardial infarction (PROFILE-IM): research design and first results]. Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika [Cardiovascular therapy and prevention]. 2018;17(1):81-86. (In Russ.)

21. Yagudina R. I., Litvinenko M. M., Sorokovikov I. V. Registry pacientov: struktura, funkcii, vozmozhnosti ispol'zovanija [Patient registers: structure, functions, possibilities of use]. Farmakojekonomika [Pharmacoeconomics]. 2011;(4):3-7. (In Russ.)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторе

**Апресян Артур Юрьевич** – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Пискаревский пр. д. 47, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 195067, докторант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Льва Толстого ул., д.6-8, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, 197022, e-mail: [secretar\\_spb@mail.ru](mailto:secretar_spb@mail.ru), ORCID: 0000-0002-4499-9085; SPIN: 5237-9625.

#### Information on the authors

**Apresyan Artur Yurievich** - Associate Professor, Deputy Chief Physician for Surgery of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University, 47 Piskarevsky Ave., St. Petersburg, Russian Federation, 195067, doctoral student of the Department of Public Health and Healthcare with a course in Economics and Health Management First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlova, Leo Tolstoy str., 6-8, St. Petersburg, Russian Federation, 197022, e-mail: [secretar\\_spb@mail.ru](mailto:secretar_spb@mail.ru), ORCID: 0000-0002-4499-9085; SPIN: 5237-9625.

Статья получена: 01.05.2022 г.

Принята к публикации: 29.06.2022 г.