

УДК 616.127-005.8-036.865

Вельм О.В.<sup>1</sup>, Шпрах В.В.<sup>2</sup>

## ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА

<sup>1</sup>Шелеховская районная больница, г. Шелехов<sup>2</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

Смертность от болезней органов кровообращения определяется ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда. Снизить показатели смертности возможно в рамках лечебно-диагностических технологий и популяционных профилактических мероприятий. Цель исследования – оценка качества диспансерного наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда на терапевтическом участке

Результаты исследования. Показатель смертности от ИБС и инфаркта миокарда населения Иркутской области за 15-летний период наблюдения уменьшился. Анализ показателей выравнивания динамического ряда смертности выявил устойчивую тенденцию снижения, но интенсивность содержания 1,0% убыли случаев смертности снизилась. Качество диспансерного наблюдения пациентов в условиях терапевтического участка по показателю интегральной оценки эффективности в 56,2% случаев оценивалась как отличное, в 31,8% случаев соответствовало оценке хорошо, в 12,0% случаев как удовлетворительное. Диспансерный метод, используемый участковым врачом терапевтом, позволяет осуществлять контроль сердечно-сосудистых заболеваний.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, смертность, диспансерное наблюдение.

Velm O.V.<sup>1</sup>, Shprakh V.V.<sup>2</sup>

## EXPERT ASSESSMENT OF DISPENSARY OBSERVATION OF PATIENTS WITH IHD AND HAVING MYOCARDIAL INFARCTION IN THE CONDITIONS OF THE THERAPEUTIC SITE

<sup>1</sup>Regional state budgetary institution "Shelekhov District Hospital", Shelekhov<sup>2</sup>Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education - branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of Russia, Irkutsk

Mortality from circulatory diseases is determined by coronary heart disease and myocardial infarction. It is possible to reduce mortality rates within the framework of diagnostic and treatment technologies and population-based preventive measures. The purpose of the study is to assess the quality of clinical follow-up of patients with coronary artery disease and those who have suffered myocardial infarction at the therapeutic site. The mortality rate from coronary heart disease and myocardial infarction in the population of the Irkutsk region decreased over the 15-year observation period. Analysis of the leveling indicators of the dynamic series of mortality revealed a steady downward trend, but the intensity of the 1.0% reduction in mortality cases decreased. The quality of clinical observation of patients in the therapeutic area according to the integral assessment of effectiveness was rated as excellent in 56.2% of cases, good in 31.8% of cases, and satisfactory in 12.0% of cases. The dispensary method used by the local physician allows for monitoring cardiovascular diseases.

**Key words:** coronary heart disease, myocardial infarction, mortality, follow-up

Повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи населению является приоритетным направлением развития отечественной системы здравоохранения в

современных условиях, что закреплено в Федеральном проекте «Развитие первичной медико-санитарной помощи населению» и соответственно в региональных программах субъектов РФ. Совершенствование первично медико-санитарной помощи, усиление ее профилактической направленности, в первую очередь осуществляется через деятельность участкового врача терапевта, как врача первичной зоны контакта пациента с медицинской организацией [4,19,22]. В связи с чем, особую значимость приобретает исследование фактического объема профилактической деятельности участковых врачей терапевтов.

Болезни системы кровообращения остаются доминирующими по потере демографического потенциала территорий субъектов РФ. Считается, что сохранение абсолютной численности населения территории необходимо осуществлять через механизм снижения предотвратимой смертности в популяции. Отмечается, что контроль над смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний возможен только при одновременном применении лечебно-диагностических технологий и популяционных профилактических мероприятий [3,20]. Исследование факторов риска, которые определили снижение смертности населения, свидетельствуют, что вклад контроля факторов риска болезней органов кровообращения в снижение показателя смертности от данной патологии составляет более 50%, что является основополагающей задачей врача на терапевтическом участке [1]. Соответственно профилактическая составляющая деятельности участкового врача терапевта включает выявление заболеваний на ранних стадиях, наличие факторов риска их развития, а также организацию и диспансерное наблюдение, лечение и комплекс мер по снижению риска развития осложнений [8,22]. Вместе с тем, статистические данные свидетельствуют, что значительная доля случаев болезней органов кровообращения регистрируются впервые, указывая на недостаточное раннее выявление заболеваний. Так, класс болезней органов кровообращения в динамике устойчиво занимает первое место в структуре причин смертности населения, однако в структуре общей заболеваемости он занимает не более 14% [6, 7]. Исследователи отмечают, что 80% смертности от сердечно-сосудистой патологии должно быть снижено на терапевтических участках. Это стало основным аргументом при внедрении в организацию медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях с 2013 года комплекса профилактических мер, включая диспансеризацию определенных групп населения и профилактических осмотров [9,10,11]. Нормативно-правовые акты [9,11,12,13] определили приоритеты профилактической деятельности в амбулаторно-поликлинических условиях, прежде всего участкового врача терапевта на терапевтическом участке, включая диспансеризацию и совершенствование диспансерного наблюдения не только больных сердечно-сосудистой патологией, но и пациентов с высоким риском их развития [2].

Анализ диспансеризации определенных групп взрослого населения, проведенный в 2016 году выявил важность проведения мониторинга объемов и качества диспансеризации на уровне медицинской организации, подчеркнул роль участковых врачей терапевтов в раннем выявлении сердечно-сосудистой патологии и факторов риска ее развития, своевременного лечения, замедление темпов прогрессирования этих заболеваний. Вместе с тем, статистические данные по 47 субъектам Федерации показали, что требуется усовершенствование организации механизмов постановки пациентов на учет и осуществления диспансерного наблюдения [5].

### **Цель исследования**

Оценка качества диспансерного наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда на терапевтическом участке

### **Материал и методы**

На первом этапе была исследована динамика смертности населения Иркутской области от ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда за период 2008-2022гг. Сбор информации осуществлялся по государственной статистической учетной форме Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области С 51 – распределение умерших по полу, возрастным группам, причинам смерти. Для исключения влияния случайных факторов на общую тенденцию динамики показателя смертности от ИБС и инфаркта миокарда выравнивание динамического ряда производилось по параболе первого порядка, по формуле  $y = a + bx$ . Динамика показателей динамического ряда рассчитывалась по следующим показателям: темп прироста/ убыли (%), содержание 1% прироста/ убыли (случаев)

На втором этапе была дана оценка диспансерного наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда в условиях терапевтического участка. На основе нормативно-правовых актов [14,15,16,17,18] составлена Карта «Оценка эффективности диспансерного наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда, в условиях терапевтического участка».

Сбор материала, шифровка и группировка осуществлялись по 4 блокам. Нормирование значений показателя определялась в диапазоне от 0 до 1 балла. Индикаторам и группам показателей присваивался различный удельный весовой коэффициент в баллах с учетом их значимости в лечебно-диагностическом процессе. Итоговое значение определялась как среднеарифметическое нормированных значений.

На третьем этапе проводился анализ эффективности диспансерного наблюдения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда; и имеющих высокий сердечно-сосудистый риск.

**Таблица 1**

### Оценочная шкала эффективности диспансерного наблюдения

Сумма баллов	Интерпретация
9-10 баллов	Отлично
8-8,9 баллов	Хорошо
6-7,9 баллов	Удовлетворительно
Менее 6	Не удовлетворительно

Расчет коэффициентов осуществлялся с помощью пакетов статистических программ Statistica 6,0 MSExcel 2017.

#### Результаты и их обсуждение

На рисунке 1 представлены показатели смертности населения от ИБС в Иркутской области за 15-летний период, охватывая период до внедрения в деятельность медицинских организаций основополагающих нормативно-правовых документов по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и после создания соответствующей инфраструктуры, внедрения лечебно-диагностических технологий, системы индикаторных показателей.

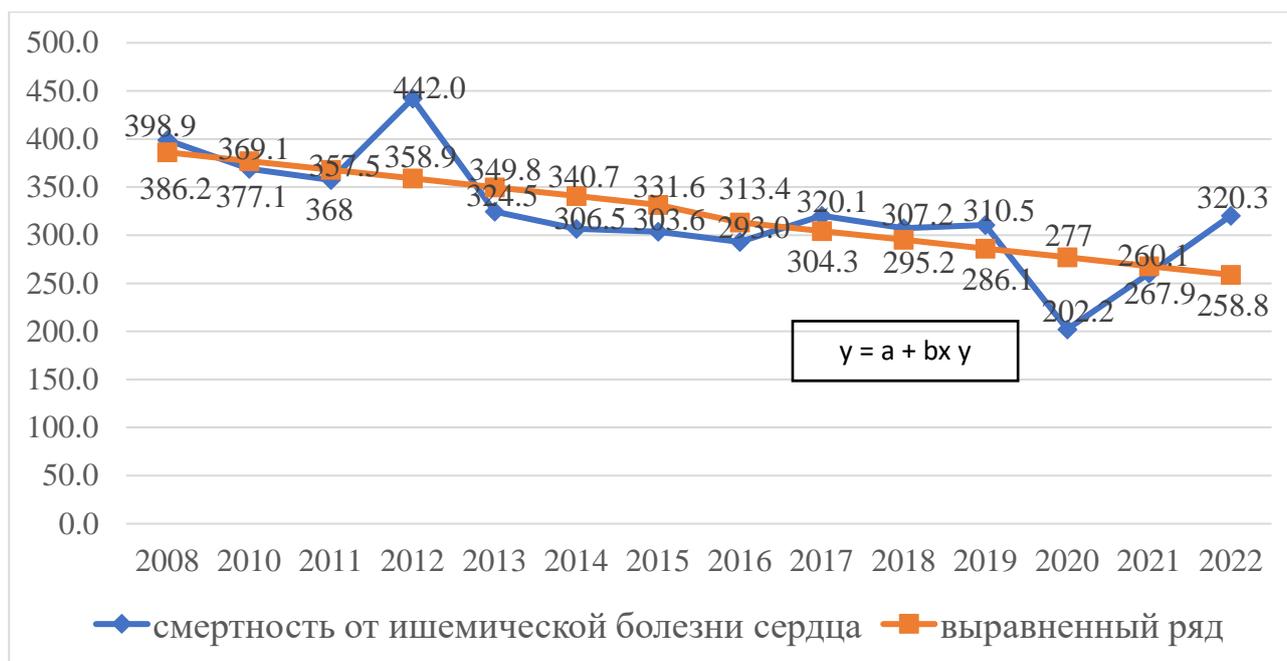


Рис. 1. Динамика показателя смертности населения от ИБС в Иркутской области за период 2008-2022гг. (на 100 тыс. человек)

Как следует из данных рисунка 1, основная линия развития динамического ряда показателя смертности от ИБС представлена не в виде непрерывно меняющегося уровня, а с отдельными скачкообразными изменениями. Для выявления основной тенденции развития изучаемого явления нами проведено выравнивание динамического ряда по параболе первого порядка. В 2008 году показатель смертности от ИБС составил 398,9 случаев на 100 тысяч населения, проявляя положительную динамику снижения до 320,9 случаев в 2022 году

соответственно. Выровненный динамический ряд показывает (табл. 2), что основная линия показателя смертности населения от ИБС неуклонно снижалась с 386,2 случаев до 258,8 случаев на 100 тысяч населения. Темп убыли регистрировался по нарастающей и к 2016 году, составил максимальное значение -5,49%. Содержание 1% убыли смертности населения в 2010 году давало максимальный выигрыш -3,86 случаев смертности. В последующем к 2022 году содержание 1% убыли смертности составило -2,68 случаев. То есть смертность неуклонно снижается, но интенсивность ее снижения в содержании 1% убыли уменьшилась к 2022 году.

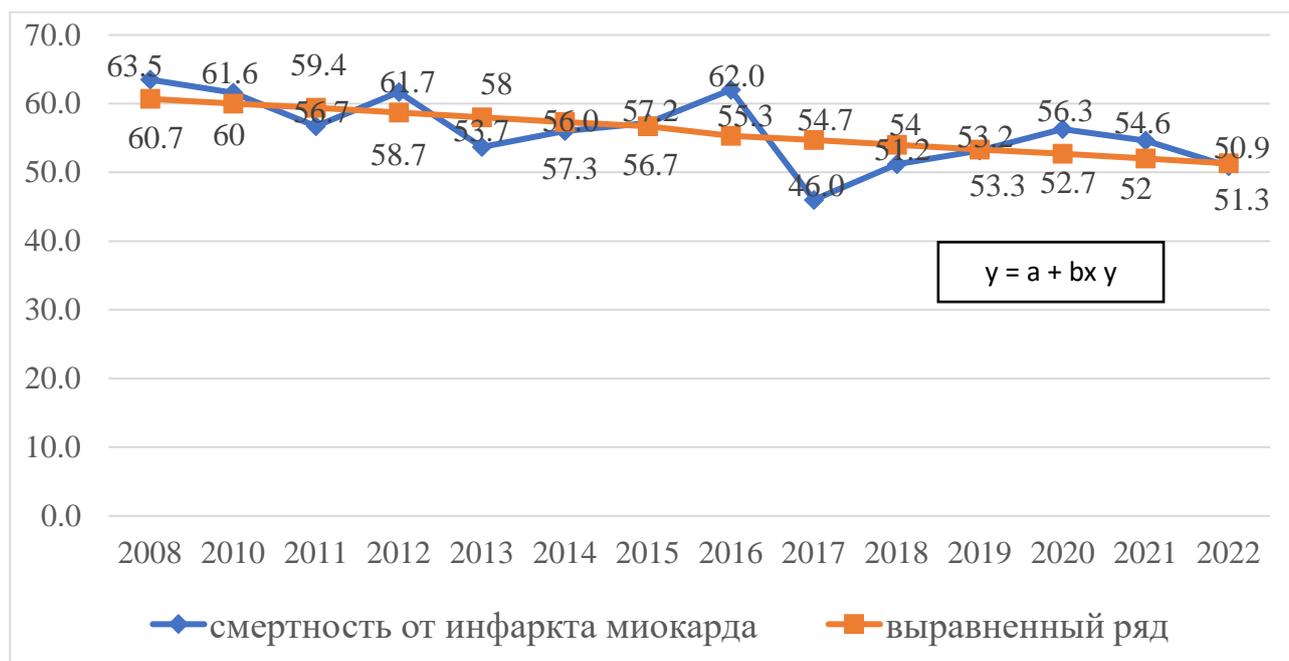


Рис. 2. Динамика показателя смертности населения от инфаркта миокарда в Иркутской области за период 2008-2022гг. (на 100 тыс. человек)

Динамика показателя смертности населения от инфаркта миокарда представлена на рисунке 2. В 2008 году она составляла уровень 63,5 случаев на 100 тысяч населения, уменьшаясь к 2022 году до 50,9 случаев. Выровненный динамический ряд демонстрирует устойчивую тенденцию снижения показателя смертности с 60,7 случаев на 100 тысяч населения в 2008 году до 51,3 случаев в 2022 году соответственно (табл. 2). Анализ темпа убыли смертности показал, что за период исследования максимальное значение показателя - 1,35% отмечалось в 2022 году. Оценивая содержание 1%, убыли необходимо подчеркнуть, что интенсивность убыли смертности от инфаркта миокарда снижается. Так, в 2010 году 1% убыли равнялся 0,61 случая смертности, а 2022 году равнялся 0,52 случая смертности.

Таблица 2

**Динамика показателей смертности от ИБС и инфаркта миокарда выравненного динамического ряда**

Годы	Смертность от ИБС			Смертность от инфаркта миокарда		
	выравненный ряд	Темп убыли%	Содержание 1% убыли (случаев)	выравненный ряд	Темп убыли %	Содержание 1% убыли (случаев)
2008	386,23	-	-	60,7	-	-
2010	377,13	-2,36	-3,86	60,0	-1,15	-0,61
2011	368,03	-2,41	-3,77	59,4	-1,00	-0,60
2012	358,93	-2,47	-3,68	58,7	-1,18	-0,59
2013	349,83	-2,54	-3,59	58,0	-1,19	-0,59
2014	340,73	-2,60	-3,50	57,3	-1,21	-0,58
2015	331,63	-2,67	-3,41	56,7	-1,05	-0,57
2016	313,43	-5,49	-3,32	55,3	-2,47	-0,57
2017	304,33	-2,90	-3,13	54,7	-1,08	-0,55
2018	295,23	-2,99	-3,04	54,0	-1,28	-0,55
2019	286,13	-3,08	-2,95	53,3	-1,30	-0,54
2020	277,03	-3,18	-2,86	52,7	-1,13	-0,53
2021	267,93	-3,28	-2,77	52,0	-1,33	-0,53
2022	258,83	-3,40	-2,68	51,3	-1,35	-0,52

Регламентированному диспансерному наблюдению участковым врачом терапевтом подлежат пациенты с хронической ИБС, с хронической недостаточностью не выше II ФК без жизнеугрожающих нарушений ритма; больные стабильной стенокардией напряжения I-III ФК. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда после года наблюдения врачом кардиологом, передаются участковому врачу терапевту под наблюдение. В таблице 3 представлены результаты оценки диспансерного наблюдения вышеперечисленных контингентов.

Таблица 3

**Результаты оценки качества диспансерного наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда в условиях терапевтического участка (в % к итогу)**

Наименование критерия		Удельный вес (%)
А.1. Объем и качество обследований (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных)	в полном объеме	85,0
	частичное, несвоевременное	11,0
	неполное	4,0
А.2. Объем диагностических обследований в соответствии со стандартами	полный	79,0
	не выполнены контрольные анализы	14,0
	нет диагностический исследований	7,0
А.3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами	в полном объеме	77,0
	частичное, несвоевременное	15,0
	не выполнен	8,0
Б.1. Оценка полноты диагноза	поставлен в соответствии с правилами классификации, своевременно	81,0
	не полностью сформулирован, нарушена клинико-функциональная структура диагноза	17,0
	не соответствует клинике, выставлен несвоеременно, необоснованно	2,0
Б.2. Обоснование диагноза	полное	79,0
	неинформативные записи	12,0
	не обоснован	9,0
В.1. Оценка лечебных и профилактических мероприятий	адекватность лечения по диагнозу, проведен контроль лечения	86,0
	неполное/избыточное, не соответствует стандарту медицинской помощи	11,0
	не проведено лечение сопутствующего заболевания	3,0
В.2. Сроки лечения	адекватные, соответствуют стандарту	90,0
	необоснованно длительное лечение, что не повлияло на исход заболевания	9,0
	необоснованно длительное лечение, что повлияло на исход заболевания	1,0
В.3. Цель госпитализации	обоснована	91,0
	госпитализация обоснована, но не соответствует профилю заболевания	8,0
	не достигнута	1,0
Г. Преемственность этапов	соблюдена	81,0
	частично соблюдена	17,0
	не соблюдена	2,0
Д. Оформление документации	соответствует принятым правилам	82,0
	небрежное оформление	14,0
	невозможность прочтения	4,0

Исследуя результаты оценки диагностических мероприятий, необходимо отметить, что в полном объеме выполнен сбор жалоб, анамнеза, физикальных исследований, консультаций специалистов у 85,0% пациентов, находящихся на диспансерном учете. У 11,0% пациентов

объем обследований был выполнен частично и несвоевременно. В 4,0% случаев пациенты получили неполный объем и качество обследований. Отсутствовал первичный эпиприз взятия пациентов на диспансерный учет и наблюдение, отсутствовал осмотр участковым врачом терапевтом.

Диагностические обследования в соответствии со стандартами в полном объеме получили 79,0% пациентов. Были не выполнены контрольные анализы у 14,0%; отсутствие диагностических исследований отмечалось у 7,0% пациентов. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в полном объеме получили 77,0% пациентов; 15,0% пациентов получили частичное и не своевременное обследование. У 8,0% пациентов стандарт обследований не был выполнен. Таким образом, у пациентов, состоящих на диспансерном учете удельный вес невыполненных диагностических исследований в условиях терапевтического участка, составил 7,0-8,0%.

Оценка полноты диагноза показала, что 81,0% случаев диагноз был поставлен по стадии процесса, локализации, нарушению функции, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений правильно. Не полностью сформулирован, нарушена клиничко-функциональная структура диагноза, задержка сроков постановки диагноза, что не повлияло на исход заболевания отмечалось в 17,0% случаев. Не соответствует клинике, выставлен несвоевременно, необоснованно, что негативно повлияло на исход заболевания выявлено в 2,0% случаях. Соответственно удельный вес полного обоснованного диагноза с данными клинической картины исследований составил 79,0% случаев. Неинформативные записи в медицинской документации составили удельный вес 12,0% случаев. В 9,0% случаев диагноз пациентов не был обоснован.

Оценка лечебных и профилактических мероприятий показала, что адекватность назначенного участковым врачом терапевтом лечения по диагнозу как лечение полное, достаточное с применением различных методов лечения с проведенным контролем лечения составила 86,0% случаев. Как неполное или избыточное, которое не соответствует стандарту оказания медицинской помощи и негативно повлияло на исход заболевания регистрировалось в 11,0% случаев. У 3,0% пациентов было не проведено лечение сопутствующего заболевания в стадии обострения; лечение не соответствовало стандарту, что отрицательно повлияло на исход развития заболевания. По срокам лечения пациентов у участкового врача терапевта в 90,0% случаев они были адекватные, соответствующие стандарту. Как необоснованно длительное лечение, но которое не повлияло на исход заболевания, регистрировалось в 9,0% случаев. В 1,0% случаев необоснованно длительное лечение повлияло, а исход заболевания. Исследование обоснования цели госпитализации пациентов терапевтического участка показало, что в 91,0% случаев она была обоснована; 8,0% случаев она была обоснована, но не

соответствовала профилю заболевания; в 1,0% случаев цель не была достигнута состояние пациентов ухудшалось и при ненадлежащем оказании медицинской помощи регистрировался летальный исход заболевания. Вышеперечисленное показывает, что дефекты лечебных и профилактических мероприятий на терапевтическом участке, которые повлияли на исход, заболевания составляли удельный вес от 1,0% до 3,0%.

Обеспечение единого подхода к ведению пациента на догоспитальном и госпитальном этапе осуществляется через механизм преемственности этапов и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, позволяя предотвратить дублирование диагностических исследований и экономических потерь медицинской организации. Как следует из данных таблицы 3, в 81,0% случаев преемственность этапов лечебно-диагностического процесса была соблюдена, в 17,0% случаев частично соблюдена, в 2,0% случаев не соблюдена.

Оформление и ведение статистической учетной документации в 82,0% соответствует принятым правилам. Небрежное оформление и невозможность прочтения сведений отмечалось в 14,0% случаев и 4,0% случаев соответственно.

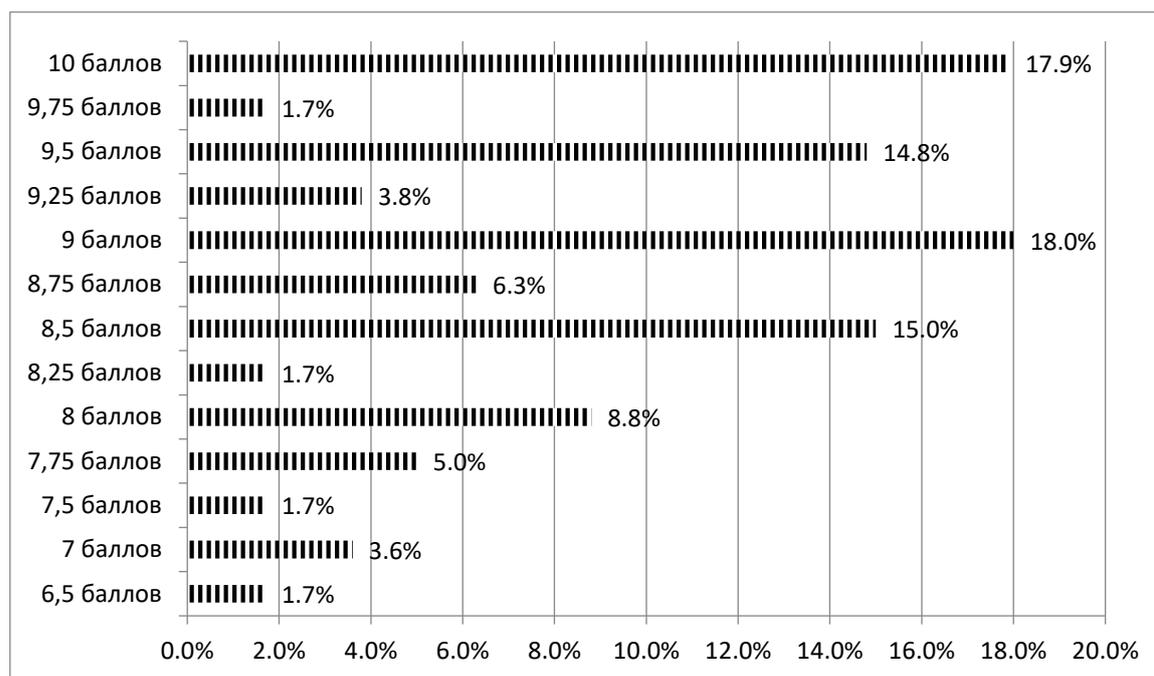


Рис. 3. Удельный вес баллов по результатам интегральной оценки эффективности групп пациентов диспансерного наблюдения с ИБС и перенесших инфаркт миокарда в условиях терапевтического участка (в % к итогу)

Расчет интегральной оценки эффективности групп динамического наблюдения пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда участковым врачом терапевтом показал, что на максимальную оценку эффективности в 9–10 баллов приходится 56,2% случаев

наблюдений и оценивается как отличный результат. На 8–8,9 баллов приходилось 31,8% случаев диспансерного наблюдения пациентов, что соответствует оценки хорошего результата. В 12,0% случаев диспансерное наблюдение пациентов оценивалось как удовлетворительное в диапазоне баллов от 6,5 до 7,9.

### **Заключение и выводы**

В рамках новых Порядков диспансеризации населения отмечаются заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению участковым врачом терапевтом. Новые методические подходы к организации диспансеризации имеют четкую связь с принципом участковости, что позволяет обеспечить последующее динамическое наблюдение и профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. По результатам проведенного исследования необходимо отметить, что в Иркутской области смертность населения от ИБС и инфаркта миокарда проявляет динамику снижения показателя. Выравнивание динамического ряда и расчет специальных коэффициентов указывает на устойчивость снижения показателя, однако, интенсивность снижения смертности в случаях смерти на единицу измерения ослабевает к 2022 году. Экспертная оценка профилактической составляющей деятельности участкового врача терапевта, включающей организацию и диспансерное наблюдение пациентов с ИБС и перенесших инфаркт миокарда, лечение и комплекс мер по снижению риска развития осложнений выявила следующее: на этапе постановки на диспансерный учет 15,0% пациентов получили не полный объем исследований; в процессе диспансерного наблюдения лабораторные и инструментальные исследования в 7,0-8,0% случаев не были выполнены; полнота диагноза как не своевременная и необоснованная, повлиявшая негативно на исход заболевания регистрировалась в 2,0% случаев. Оценка качества выполненных участковым врачом терапевтом лечебных технологий показало, что в 1,0–3,0% случаев были допущены дефекты оказания медицинской помощи. Таким образом, анализ и оценка результатов диспансерного наблюдения в рамках терапевтического участка позволяет осуществлять контроль сердечно-сосудистых заболеваний, выявлять проблемы и факторы, влияющие на качество медицинской помощи.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бойцов С.А. Уменьшение смертности - вопрос качества профилактики/ С.А. Бойцов // Вестник семейной медицины, 2011; 4: 8-13.
2. Бойцов С.А. Методические рекомендации —Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, М.Г. Гамбарян, А.Н. Гулин, Р.А. Еганян, И.И. Зубкова, П.В. Ипатов, А.М. Калинина, Е.Г. Пономарева, С.Б. Соловьева // Министерство здравоохранения РФ, 2013; 87с. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70229844/#ixzz4bxa7NEqY> (Дата обращения 20.05.2024)

3. Бойцов С.А. Анализ структуры и динамики показателей смертности от болезней системы кровообращения в России в 2006 и 2014 гг. / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, М.А. Старинская, В.Ю. Семёнов, Е.П. Какорина //Профилактическая медицина. 2016. Т. 19. № 2-3. С. 11-12.
4. Драпкина О.М. Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. / О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, П.В. Ипатов, Р.Н. Шепель, Ф.Т. Агеев, С.И. Проваторов, С.А. Бойцов //Москва, 2023.
3. 5.Дроздова Л.Ю. Анализ структуры группы диспансерного наблюдения на примере отдельных субъектов РФ/ Л.Ю. Дроздова, О.М. Драпкина, Р.Н. Шепель, Ю.В. Раковская // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, №. 5. – С. 32-36.
4. Заболеваемость взрослого населения России в 2014 году // Статистические материалы, Министерство здравоохранения РФ, 2015. <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9479> (Дата обращения 20.05.2024)
5. Калинина А.М. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения/ А.М. Калинина, Д.В. Кушунина, Б.Э. Горный, К.А. Антонов, О.В. Бетяева, Г.Е. Соколов //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18. № 4. С. 69-76.
6. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.) Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.
7. <https://www.demoscope.ru/weekly/2012/0527/biblio02.php> (Дата обращения 20.05.2024)
8. Приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения». <http://www.rosminzdrav.ru/documents/6553-prikaz-minzdrava-rossii-ot-3-dekabrya-2012-g-1006n> (Дата обращения 20.05.2024)
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.12.2012 г. №1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра"
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. №1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" <http://base.garant.ru/70321224/#ixzz4TTNZXGqy> (Дата обращения 20.05.2024)
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н "Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях" <http://base.garant.ru/71260468/#ixzz4IRFATzPB> (Дата обращения 20.05.2024)
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. № 36н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (с изменениями и дополнениями от 9 декабря 2016 г.)
13. <http://base.garant.ru/70883132/#ixzz4ZE5XwaXf> (Дата обращения 20.05.2024)
14. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 918н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями"
15. 15.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.06.2021 г. № 612н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы»

16. Приказа Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»
17. Приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
18. Приказа Минздрава России от 15.03.2022 N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»
19. Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями // Главный врач, 2014; 11: 4-8.
20. Суслин С.А. Болезни системы кровообращения как современная проблема общественного здоровья / С.А. Суслин, О.В. Кирьякова, Г.П. Богатырева, Н.С. Измалков., С.Х. Садреева, Р.А. Шешунова // Научно-практический рецензируемый журнал "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" 2024 г., № 1 540-560.
21. Черниенко Е.И. Развитие и совершенствование общей врачебной практики как один из инструментов усиления медицинской профилактической деятельности./ Е.И. Черниенко // Проблемы управления здравоохранением, 2009; 5(48):74-79.
22. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступил в силу с 01.01.2017г.)

***Сведения об авторах статьи:***

1. **Вельм Оксана Владимировна** – главный врач Областного государственного бюджетного учреждения «Шелеховской районной больницы», г. Шелехов, ул. Ленина, 24, e-mail: velm80@bk.ru
2. **Шпрах Владимир Викторович** – д.м.н., профессор, директор Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России г. Иркутск, мкр. Юбилейный, e-mail: makalister1987@mail.ru