

Зубко Александр Владимирович

**Совершенствование организации хирургического лечения  
заболеваний сосудов (на примере аневризмы брюшного  
отдела аорты и заболеваний сосудов конечностей)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени кандидата  
медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Сабгайда Тамара Павловна**

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры общественного здоровья и  
здравоохранения имени Н.А. Семашко ФГАОУ  
ВО «Первый Московский государственный  
медицинский университет имени  
И.М. Сеченова» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)

**Манерова Ольга Александровна**

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой организации  
здравоохранения и общественного здоровья  
Факультета усовершенствования врачей ГБУЗ  
МО «Московский областной научно-  
исследовательский клинический институт им.  
М.Ф. Владимирского»

**Гуров Андрей Николаевич**

**Ведущая организация:** ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «21» декабря 2018 в 10:00 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: [http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Zubko\\_text.pdf](http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Zubko_text.pdf)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

**Сабгайда Тамара Павловна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Смертность от заболеваний артерий и вен предотвратима при их своевременном выявлении и лечении, однако в 2016 году 17,8 тысяч мужчин и 18,6 тысяч женщин умерли от заболеваний сосудов. В рамках реализации с 2008 года мероприятий национального проекта «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями» в большинстве субъектов Российской Федерации созданы и оснащены современным оборудованием сосудистые отделения и сосудистые центры с целью расширения объемов применения хирургических и эндоваскулярных методов лечения сердца и сосудов (А.Н. Гуров, О.А. Галютин, О.В. Царева, 2016). За последние годы возможности сосудистой хирургии значительно расширились благодаря активному внедрению новейших научных достижений, полученных на стыке различных областей знаний и клинических дисциплин (Л.А.Бокерия, Р.Г.Гудкова, 2015). Как выгодная альтернатива открытому хирургическому вмешательству успешно развивается во всем мире рентген-эндоваскулярная хирургия (МН Eslami *et al.*, 2018), и успех эндоваскулярных вмешательств достигается в подавляющем большинстве случаев при соблюдении требований к отбору пациентов (И.И.Кательницкий, Е.С.Ливадняя, 2014).

**Степень разработанности темы исследования.** При анализе функционирования федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в России показан рост плановой хирургии при ишемической болезни сердца, приобретенных и врожденных пороках сердца, нарушениях ритма сердца, а также рост хирургических вмешательства на прецеребральных (преимущественно сонных) артериях, но не на периферических сосудах (С.А.Богачевская, А.Н.Богачевский, В.Ю.Бондарь, 2016).

Максимальные объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» и связанные с ними затраты приходятся на такие виды, как установка стента в сосуд, аортокоронарное шунтирование, коррекция пороков сердца, баллонная вазодилатация, деструкция проводящих путей и аритмогенных зон, имплантация кардиостимулятора. Виды ВМП, связанные с операциями на периферических сосудах занимают незначительные объемы «квот» и затрат (Л.А.Бокерия, И.Н. Ступаков, 2007В). При этом сердечно-сосудистые хирурги сосудистых центров вынуждены заниматься выявлением профильных пациентов с заболеваниями сосудов в

поликлиниках первичного звена по причине отсутствия там соответствующих специалистов (А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева, О.В. Царева, 2017).

Все изложенное указывает на важность и актуальность поиска новых методов и приемов для повышения результативности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудов, требующих хирургического лечения, а также обуславливает выбор темы, цели и задач диссертационного исследования.

**Рабочая гипотеза диссертационного исследования:** созданные в стране вследствие активного совершенствования сосудистой хирургии условия для оказания современной хирургической помощи при заболеваниях периферических сосудов используются не в полной мере, в том числе из-за того, что врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, не учитывают такую возможность и не направляют своевременно профильных пациентов в сосудистые центры. Отсутствие в системе статистического учета данных о смертности от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, не позволяет осуществлять комплексную оценку деятельности сосудистых центров и препятствует повышению внимания к этой проблеме, из-за чего упускается возможность еще более снизить смертность от болезней системы кровообращения.

**Цель исследования:** разработать предложения по повышению результативности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудов, требующих хирургического лечения.

#### **Задачи исследования**

1. Проанализировать смертность населения от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения.
2. Проанализировать обеспеченность населения сердечно-сосудистыми хирургами и специализированными койками.
3. Сравнить медицинскую результативность организаций различного уровня в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудов, требующих хирургического лечения.
4. Сравнить затраты в стационарах разного уровня на хирургическое лечение заболеваний сосудов, учтенных и не учтенных в перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи.
5. Провести опрос врачей терапевтов участковых и сердечно-сосудистых хирургов о существующей практике выявления сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, а также опрос профильных пациентов о сроках постановки диагноза.

- б. Определить пути повышения результативности медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения.

#### **Научная новизна исследования**

Впервые проведен комплексный анализ смертности от болезней сосудов, требующих хирургического лечения (БСХЛ), и обоснована необходимость изменения статистического учета этих причин.

Доказано, что парадигма трехуровневой системы оказания медицинской помощи пациентам с БСХЛ не может быть соблюдена, пока не налажен процесс своевременного выявления заболеваний.

Показано, что в текущий период уровень смертности от болезней артерий и вен определяется не обеспеченностью населения сердечно-сосудистыми хирургами, а наличием врачей по рентгеноэндоваскулярным лечению и диагностике.

Обоснована необходимость совершенствования нормативной базы, обеспечивающей функционирование созданных сосудистых центров, в отношении материального обеспечения и требований к квалификации персонала.

Доказано, что недостаточная информированность врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, о современных возможностях сосудистой хирургии ведет к удлинению сроков установления диагноза у пациентов с БСХЛ, что в итоге снижает результативность специализированного лечения.

Показано, что сердечно-сосудистые хирурги переоценивают компетентность врачей терапевтов участковых в вопросах выявления БСХЛ.

Выявлены причины низкой результативности использования созданных в стране условий для оказания современной хирургической помощи при заболеваниях периферических сосудов и научно обоснован комплекс мер для повышения результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с БСХЛ.

#### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Определен уровень смертности населения России от БСХЛ и сделана оценка частоты их распространения в городе Москва. Предложен статистический показатель смертности от тех заболеваний сосудов, которые требуют хирургического лечения. Установлен возраст, после которого целесообразно проводить скрининг атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты при проведении диспансерных осмотров.

Выявлено, что в текущий период потребность в помощи сердечно-сосудистых хирургов при сосудистых заболеваниях значительно превышает объемы оказываемой населению помощи, и специализированную хирургическую помощь пациентам с заболеваниями сосудов следует оказывать не только в медицинских организациях федерального уровня. При этом показано, что в медицинских организациях первого и второго уровней не достаточно ресурсного обеспечения для эффективной медицинской помощи всем пациентам с БСХЛ.

Показано, что позднее выявление БСХЛ ведет к увеличению расходов ОМС.

Показано, что атеросклероз артерий конечностей, эмболия и тромбоз артерий целесообразно включить в список заболеваний, указанных как соответствующие установленному перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Выявлен недостаточный уровень знаний о методах выявления БСХЛ у врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также отсутствие у них практики обязательного направления к хирургам пациентов с жалобами, соответствующими симптомам окклюзирующих заболеваний конечностей.

Показана целесообразность предоставления специалистам коммерческих медицинских организаций права направлять пациентов с выявленными сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения, на операции в государственные медицинские организации.

Предложен комплекс мер для повышения результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с БСХЛ.

**Методология и методы исследования.** В соответствии с гипотезой исследования были сделаны оценки: смертности российского населения от БСХЛ; обеспеченности населения сердечно-сосудистыми хирургами и койками сосудистой хирургии; стоимости хирургического лечения сосудистых заболеваний, при которых оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, и при которых она не оказывается. Была проанализирована оперативная активность сосудистых центров и ее связь с уровнем сосудистой смертности. Был проведен параллельный опрос терапевтов и сердечно-сосудистых хирургов о сложившейся практике выявления БСХЛ, а также пациентов сосудистых центров о сроках выявления у них профильных заболеваний. На основе полученных результатов были разработаны предложения для повышения результативности медицинской помощи пациентам с БСХЛ.

Использованы следующие методы исследования: аналитический, статистический (описательной и множественной статистики), социологический.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. На фоне снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний смертность населения Российской Федерации от заболеваний сосудов, требующих хирургического лечения, растет.

2. Медицинская помощь, оказываемая в настоящее время в сосудистых центрах, не покрывает потребности в лечении пациентов с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения.

3. На койки сосудистой хирургии преимущественно попадают пациенты с поздними стадиями сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения.

4. Недостаточное владение врачами первичной медико-санитарной помощи вопросами диагностики сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, сопряжено с длительным периодом от обращения пациента с жалобами, соответствующими симптомам этих заболеваний, до постановки диагноза.

**Степень достоверности исследования.** Достоверность результатов исследования, выводов и положений, выносимых на защиту, основывается на достаточном объеме материала, использовании современных методов исследования, применении корректных методов статистической обработки данных, всестороннем анализе предмета исследования и принципиальном совпадении результатов анализа, полученных разными методами.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования обсуждены на XVII Ежегодной сессии научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Москва, 19-21 мая 2017 года), Международной научной конференции «Актуальные вопросы современных исследований» (Омск, 20 июня 2017); 1<sup>й</sup> Международной научно-практической конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования» (Москва, 11-12 июля 2017); X Европейской конференции по общественному здоровью (10<sup>th</sup> European Public Health Conference) (Стокгольм, 1 – 4 ноября 2017 года), XII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 22-24 ноября 2017); XXIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, 26-29 ноября 2017 года); Международной научной конференции «Демографическое развитие России на мировом фоне: дивергенция или конвергенция?» (Москва, 30 ноября – 1 декабря 2017 года); IX конференции «Молодые демографы»: Современные демографические исследования молодых демографов в Европе (и не только) (Прага, 15-16 февраля 2018); 26 ежегодной конференции Азиатского общества сердечно-сосудистых и торакальных хирургов (Москва, 24-27 мая 2018).

**Внедрение результатов работы.** По материалам диссертационного исследования разработаны методические рекомендации для врачей первичной медико-санитарной помощи «Своевременное выявление сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения», которые внедрены в лечебно-диагностическую деятельность ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №34 Советского района Нижнего Новгорода», ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.Е. Жадкевича» Департамента здравоохранения города Москвы, ГБУЗ «Клинико-диагностический центр №4 ДЗ города Москвы. Результаты исследования внедрены в образовательный процесс аспирантуры ЦНИИОИЗ.

**Личный вклад автора.** Автором лично проведен обзор научных публикаций и нормативных актов, касающихся темы исследования, разработан инструментарий и проведены опросы врачей терапевтов участковых, сердечно-сосудистых хирургов и их пациентов, собран исходный материал, выкопированы статистические показатели и проведен статистический анализ данных.

С участием автора разработан план исследования, проведено обобщение полученных результатов, сформулированы выводы, подготовлены публикации и разработаны практические рекомендации (доля участия 90%).

**Публикации материалов исследования:** опубликовано 15 печатных работ, в том числе 5 в изданиях, рекомендованных высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации.

**Объем и структура диссертации.** Основной текст диссертации изложен на 187 страницах наборного текста. Диссертация иллюстрирована 43 таблицами и 32 рисунками. Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, приложений на 17 страницах. Список литературы включает 121 источник, в том числе 38 зарубежных публикаций.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, основные положения, выносимые на защиту, изложена научная новизна и научно-практическая значимость работы.

**В первой главе** представлен анализ отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования. Установлено, что в России созданы возможности для лечения БСХЛ, однако эти заболевания по-прежнему остаются медико-социальной проблемой, требующей своего решения.

**В главе 2** изложены основные методические подходы, использованные в ходе проведения исследования (табл. 1).



Таблица 1 - Материалы и методы исследования

Задачи исследования и их этапы	Единица наблюдения	Источники информации	Объемы наблюдения	Методы исследования и обработки данных
<b>1. Проанализировать смертность населения от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения</b>				
Анализ смертности от сосудистых заболеваний населения Российской Федерации и её субъектов	случай смерти	Форма С51 государственной статистической отчетности Росстата «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» за 2010-2016 годы Деперсонифицированная база умерших Росстата за 2010-2016 годы	Период 1999-2016 годы  Период 2010-2014 годы, 2015-2016 (частично)	Статистический корреляционного анализа
<b>2. Проанализировать обеспеченность населения сердечно-сосудистыми хирургами и специализированными койками</b>				
Анализ связи обеспеченности населения помощью сосудистых хирургов с уровнем сосудистой смертности и больничной летальности	Сердечно-сосудистый хирург, койка сосудистой хирургии, случай смерти в стационаре	Данные из Сборников статистических материалов по болезням системы кровообращения ; Москва: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2015, 2016	Период 2013-2015 год	Статистический корреляционного анализа
<b>3. Сравнить медицинскую результативность организаций различного уровня в оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудов, требующих хирургического лечения</b>				
Анализ объемов и качества операций на сосудах	Операция по реконструкции сосудов, ампутация конечностей	данные статистических сборников «Сердечно-сосудистая хирургия» (ред. Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова), 2010-2016	Период 2010-2015 годы 199 сосудистых центров (отделений)	Статистический, корреляционного анализа
<b>4. Сравнить затраты в стационарах разного уровня на хирургическое лечение заболеваний сосудов, учтенных и не учтенных в перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи</b>				
Определение средней стоимости койко-дня при неоконченном стационарном лечении сосудистых заболеваний	Случай неоконченного лечения в стационаре пациента с заболеванием сосудов	Данные ФФОМС Московской области за 2014 год	6748 госпитализаций с болезнями артерий и вен	Статистический сравнение выборок по $\chi^2$ критерию
<b>5. Провести опрос врачей-терапевтов участковых и сердечно-сосудистых хирургов о существующей практике выявления сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, а также опрос профильных пациентов о сроках постановки диагноза</b>				
Анализ мнений терапевтов	Врач терапевт-участковый	Анкета терапевта (электронный опрос с открытым доступом по всей стране)	911 анкет	Социологический, статистический, сравнение выборок по $\chi^2$ критерию
Анализ мнений сердечно-сосудистых хирургов	Сердечно-сосудистый хирург	Анкета сердечно-сосудистого хирурга (электронный опрос с доступом профессионалов по всей стране)	287 анкет	
Анализ мнений пациентов сосудистых отделений	Пациент	Анкета пациента (сосудистые отделения 4 организаций Москвы и Московской области)	366 анкет	
<b>6. Определить пути повышения результативности медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения</b>				
Обоснование предложений по улучшению выявления сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, и разработка методических рекомендаций для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь		Результаты анализа, полученные в предыдущих главах		Аналитический

В качестве методов обработки данных использованы непараметрические методы сравнения выборок ( $\chi^2$ -критерий), корреляционный анализ с использованием программы Статистика. Формирование информационной базы, обработка и анализ данных проводились с помощью программы Microsoft Excel. При опросе респондентов электронный вариант анкеты был опубликован в бесплатном приложении к смартфону «Справочник врача» ([www.medsolutions.ru](http://www.medsolutions.ru)).

*Предмет исследования* – организация оказания медицинской помощи при сосудистых заболеваниях, требующих хирургического лечения.

*Объектами исследования* явились: смертность населения от БСХЛ, затраты на их стационарное хирургическое лечение в медицинских организациях разного уровня; медицинская результативность деятельности сосудистых отделений по реконструкции сосудов; мнения врачей терапевтов участковых и сердечно-сосудистых хирургов о сложившейся практике выявления БСХЛ, мнения пациентов сосудистых отделений о сроках выявления у них заболеваний сосудов.

**В главе 3** представлены результаты анализа смертности российского населения от сосудистых заболеваний, в том числе требующих хирургического лечения, оперативной активности по реконструкции сосудов и обеспеченности населения сосудистыми хирургами и специализированными койками. Смертность от заболеваний артерий и вен в целом снизилась с 2010 по 2016 годы на 17,4% среди мужчин и на 31,2% среди женщин, однако в ней растет доля тех вариантов сосудистых заболеваний, которые требуют хирургического лечения (табл. 2).

Таблица 2

**Доля болезней сосудов, требующих хирургического лечения, в статистических показателях государственной статистики смертности (%)**

Статистические показатели	Доля болезней, требующих хирургического лечения (%)			
	2010		2016	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Атеросклероз (I70 по МКБ-10)	42,2	26,9	70,0	44,2
Другие болезни артерий, артериол и капилляров (I71-I79)	98,1	97,9	99,0	98,9
Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов (I80-I89)	64,1	69,9	72,9	81,4
Итого	61,1	41,1	82,0	67,1

Число умерших от БСХЛ увеличилось с 11,1 тыс. смертей мужчин и 9,5 тыс. смертей женщин в 2010 году до 14,6 и 12,5 тысяч соответственно в 2016 году. Смертность увеличилась соответственно с 16,8 и 12,3 на 100 тыс. населения до 21,5 и 15,9. Наибольшую долю в ней составляют аневризма и расслоение аорты

(I71) у мужчин (42,9% в 2016 году) и атеросклероз сосудов конечностей (I70.2) у женщин (28,6%), на втором месте указанные заболевания находятся у лиц противоположного пола (26,6% и 26,2% соответственно у мужчин и женщин), на третьем месте находится причина I80.2 «Флебит и тромбоз глубоких вен нижних конечностей» (9,1% и 17,2%).

В среднем за период 2011-2014 годы почти седьмая часть мужских смертей от атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты приходится на возраст до 60 лет (табл. 3). После 50-летнего возраста у обоих полов наблюдается резкое увеличение вероятности смерти от атеросклероза артерий конечностей и от аневризмы брюшной аорты.

Таблица 3

**Возрастная структура случаев смерти российских мужчин и женщин от атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты, 2011-2016 (%)**

Возрастные группы (лет)	Аневризма брюшной аорты		Атеросклероз артерий конечностей	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
До 30	0,07	0,16	0,02	0,01
30-39	0,25	0,37	0,16	0,07
40-49	1,3	0,90	1,3	0,52
50-59	12,8	4,1	12,3	2,9
60-69	25,1	9,6	27,3	9,4
70-79	40,8	30,8	38,3	30,3
80 и старше	19,7	54,0	20,6	56,8
Итого	100	100	100	100
Число случаев	5554	1893	11907	11767

Большая часть реконструкций сосудов, проведенных в стране в период 2010-2015 годы, рентгенохирургических вмешательств на аорте и артериях нижних конечностей (наиболее высокотехнологичных методов), а также повторных реконструкций сосудов проводится в медицинских организациях второго уровня (МО2), где наибольшая доля реконструкций, завершившихся ампутацией (табл. 4).

С 2010 по 2015 годы число операций по реконструкции сосудов среди российского населения выросло с 11,7 тыс. до 18,9 тыс. Вклад сосудистых центров МО2 и МО3 в суммарное число операций по реконструкции сосудов в стране стабилизировался с 2012 года, рентгенохирургических процедур на аорте и артериях нижних конечностей – с 2013 года, тогда как вклад отделений ангиохирургического профиля в организациях первого уровня (МО1) в эти показатели продолжает расти.

Таблица 4

**Средние значения показателей годовых объемов хирургической помощи и ее качества в сосудистых отделениях разного уровня за период 2010-2015 годы, вклад сосудистых центров разных уровней в общее число реконструкций**

Уровни МО	Кол-во МО	Среднее число реконструкций (вклад, %)	Доля РХ-процедур на аорте и артериях нижних конечностей, % (вклад, %)	Повторные реконструкции, % (вклад, %)	Доля реконструкций, завершившихся ампутацией, % (вклад, %)
Первый	81	70,6±9,2 (36,6)	17,4±2,9 (33,7)	1,5±0,4 (26,3)	1,2±0,3 (31,7)
Второй	91	87,3±9,1 (50,8)	18,5±2,6 (49,7)	2,4±0,7 (59,2)	1,7±0,4 (63,2)
Третий	27	72,6±13,5 (12,6)	25,0±5,9 (16,6)	2,3±1,2 (14,5)	0,5±0,4 (5,2)
Всего	199	78,5±5,9 (100)	19,0±1,9 (100)	2,0±0,4 (100)	1,3±0,2 (100)

РХ – рентгенохирургические

В 2015 году доля операций, завершившихся ампутацией конечностей, в МО1, МО2 и МО3 составляла соответственно 0,55%, 2,1% и 0,39%. При росте числа операций по реконструкции сосудов в сосудистых отделениях МО1 и МО2, для них выявлена корреляция показателей качества хирургической помощи с общим объемом проводимых вмешательств (коэффициент корреляции числа реконструкций с долей повторных реконструкций для МО1 равен 0,34;  $p=0,002$ ; с долей реконструкций, завершившихся ампутацией, для МО2 равен 0,38;  $p=0,0001$ ).

Доли повторных операций и ампутаций после проведенных реконструкций сосудов растут по мере увеличения числа проведенных вмешательств (Табл. 5).

Таблица 5

**Средние значения показателей объемов хирургической помощи и ее качества в группах сосудистых отделений с разной оперативной активностью за период 2010-2015 годы**

Группа МО	Кол-во МО	Среднегодовое число операций	Среднегодовое число реконструкций	Повторные реконструкции, %	Доля операций, завершившихся ампутацией, %
1	46	Менее 25	13,6±0,79	0,9±0,37	0,5±0,13
2	55	25-60	42,9±1,53	2,0±0,56	1,3±0,28
3	58	60-130	86,9±2,74	2,3±0,38	1,6±0,22
4	40	Более 130	189,0±11,6	2,8±0,54	1,8±0,36

Обеспеченность населения койками сосудистой хирургии и сердечно-сосудистыми хирургами в период 2013-2015 годы практически не изменилась и

составила соответственно 0,5 и 0,2 на 10 тысяч населения. Обеспеченность населения врачами по рентгеноэндоваскулярным диагностике и лечению выросла с 0,03 до 0,06 на 10 тысяч населения. Функция койки сосудистой хирургии составила 28,1 в 2013 году и 32,6 в 2015 году. В 2015 году только 63,2% коек сосудистой хирургии использовалось для пациентов с сосудистыми заболеваниями, в 2013 – 63,3%.

Летальность пациентов на койках сосудистой хирургии в среднем по стране выше, чем на кардиохирургических койках: 0,5% против 0,3% в 2015 году, хотя в 2013 году оба эти показателя составляли 0,7%. С ростом обеспеченности населения сердечно-сосудистыми хирургами наблюдается снижение больничной летальности (-0,22;  $p=0,02$ ). Корреляционной связи региональной сосудистой смертности с обеспеченностью населения сердечно-сосудистыми хирургами не выявлено.

**В главе 4** представлены результаты анализа мнений терапевтов, сосудистых хирургов о сложившейся практике выявления БСХЛ, а также мнение пациентов сосудистых центров о сроках постановки диагноза.

По совпадающим вопросам анкет мнения сердечно-сосудистых хирургов расходятся с мнениями терапевтов. По усредненной оценке терапевтов периоды от появления симптомов сосудистого заболевания до обращения к врачу и затем до постановки диагноза составляют 6,8 и 2,4 месяца, по оценкам сердечно-сосудистых хирургов – 7,5 и 4,9 месяца соответственно. По сравнению с более молодыми специалистами (возраст до 35 лет) терапевты со стажем чаще указывали более длительные сроки обращения к врачу после появления первых жалоб ( $\chi^2=11,99$ ;  $p=0,017$ ) и более длительные сроки от момента обращения до установления диагноза ( $\chi^2=9,66$ ;  $p=0,047$ ); сердечно-сосудистые хирурги со стажем указывали более длительный период установления диагноза ( $\chi^2=20,77$ ;  $p<0,001$ ), но не период обращения к врачу после появления первых жалоб.

Сердечно-сосудистые хирурги достоверно чаще терапевтов (27,6% против 15,5%,  $\chi^2=4,20$ ;  $p=0,04$ ) считают, что среди пациентов с БСХЛ, которым уже начато консервативное лечение, более половины могут нуждаться в хирургическом лечении уже в течение ближайшего года.

Более четверти терапевтов (28,5%) считают, что типичным способом установления диагноза БСХЛ является опрос пациента или рентгенологическое исследование, правильно указали на ультразвуковое исследование как основной способ установления диагноза лишь 54,9% терапевтов. Терапевты со стажем значительно реже указывали на УЗИ и значительно чаще – на опрос пациента ( $\chi^2=20,75$ ;  $p<0,001$ ). Терапевты, работающие в коммерческих клиниках,

достоверно чаще ( $\chi^2=6,72$ ;  $p=0,010$ ) указывали на опрос пациентов как основной способ установления диагноза анализируемых сосудистых заболеваний, чем сотрудники государственных организаций. На компьютерные методы диагностики (МРТ, КТ) в качестве основного способа установления диагноза (используемые на госпитальном этапе для детализации повреждения сосудов и для определения тактики хирургического лечения) указали 9,0% и 7,7% терапевтов и 2,3% и 10,1% хирургов соответственно.

По мнению 92,6% терапевтов, более чем в половине случаев выявление заболеваний происходит в ходе профильного обследования по соответствующим жалобам пациентов, а не по поводу других заболеваний, с чем не согласны 88,0% хирургов. В то же время, при наличии первичных жалоб по сосудистому профилю лишь 52,6% терапевтов направляют пациентов на инструментальное обследование артерий нижних конечностей с частотой 50% или выше, а 24,3% терапевтов – с частотой не более 25%. При этом 83,9% сосудистых хирургов пребывают в уверенности, что частота направлений на инструментальное обследование в таких случаях составляет более 50%.

Частоту улучшения состояния пациентов с БСХЛ в результате консервативного лечения большинство терапевтов (не зависимо от стажа работы) оценили как 10-15%, тогда как большинство хирургов указали частоту 25-35%. Те терапевты, которые чаще всего направляли пациентов с соответствующими симптомами на инструментальное обследование, более оптимистично смотрели на вероятность улучшения состояния таких пациентов, чем терапевты, направляющие их на обследование не чаще, чем в 15% случаев ( $\chi^2=5,76$ ;  $p=0,016$ ).

Согласно ответам сердечно-сосудистых хирургов, наибольшее число операций сосудистого профиля, приходящееся на одну койку, наблюдается в медицинских организациях с числом коек от 30 до 40 (28,4 операций на койку в год), наименьшее - в медицинских организациях с числом коек менее 20 (15,2 операции). Доля экстренных операций составляет 10,2%, наибольшая доля – в МО2 (11,9%), наименьшая - в коммерческих медицинских организациях (4,7%).

Опрос пациентов показал, что в ходе диспансеризации БСХЛ было выявлено у каждого пятого пациента без профильного обращения (22,1%). Чаще всего заболевание было выявлено сосудистыми (56,5% случаев) и общими хирургами (23,8% случаев), а не терапевтами. Лица с начальным образованием составляли 1,4% всех опрошенных пациентов, со средним образованием - 51,9%, с высшим – 46,7% (из них 1,6% лица с ученой степенью). Условия труда 32,9% пациентов характеризовались повышенными физическими нагрузками, 20,8% - повышенными

психологическими нагрузками, 14,8% – гиподинамией, 12,6% – вредными производственными факторами, 18,9% - нормальными нагрузками и условиями.

Наиболее длительным по усредненным оценкам пациентов является период от появления симптомов до обращения к врачу и затем до установления диагноза и начала лечения для аневризмы брюшной аорты (табл. 6).

Таблица 6

**Усредненные оценки пациентов продолжительности периодов от момента появления первых симптомов заболевания до обращения к врачу (I) и установления диагноза (II), месяцы**

Заболевание	Кол-во	Периоды времени	
		I	II
Аневризма брюшной аорты	44	8,1	8,2
Окклюзирующее заболевание артерий нижних конечностей	162	8,6	7,4
Окклюзирующее заболевание артерий верхних конечностей	22	6,0	5,4
Варикозное расширение вен нижних конечностей	105	8,8	5,7
Эмболия или тромбоз артерий конечностей	33	5,0	3,5
<b>В среднем</b>	366	<b>8,1</b>	<b>6,5</b>

Мнение пациентов подтверждает факт отсутствия настороженности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в отношении БСХЛ.

**В 5 главе** приведены результаты сравнительного анализа затрат на лечение БСХЛ, включенных и не включенных в список заболеваний, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи в перечне ее видов («список ВМП»); проанализирована проблема позднего выявления аневризмы брюшной аорты и окклюзирующих заболеваний конечностей; описаны предлагаемые пути повышения результативности медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудов, требующих хирургического лечения.

Таблица 7

**Число прерванных случаев лечения сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, включенных и не включенных в «список ВМП», и доля умерших среди них в медицинских организациях (МО) разного уровня в Московской области в 2014 году**

Уровни МО	Число прерванных случаев лечения заболеваний:		Доля умерших пациентов от заболеваний (%):	
	включенных в ВМП	не включенных в ВМП	включенных в ВМП	не включенных в ВМП
1	52	2510	19,2	3,6
2	48	1638	20,8	3,2
3	180	1294	5,6	2,2
Всего	280	5442	19,2	3,6

По данным ФФОМС, в Московской области из общего числа «прерванных случаев» стационарного лечения пациентов с БСХЛ доля умерших составляла 3,5%: в МО1, МО2 и МО3 – 3,9%, 3,7% и 2,6% соответственно. Среди случаев БСХЛ 4,9% входили в «список ВМП» (группа 1), из них 64,3% лечились в МО3, тогда как среди пациентов с заболеваниями группы 2 (не включенных в «список ВМП») 46,1% лечились в МО1 (табл. 7).

Средняя стоимость лечения заболеваний группы 1 вдвое больше стоимости лечения заболеваний группы 2, однако для медицинских организаций первого и второго уровней стоимость лечения заболеваний группы 2 больше стоимости лечения заболеваний группы 1 (табл. 8).

Таблица 8

**Показатели стационарного лечения сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, включенных и не включенных в «список ВМП», в медицинских организациях (МО) разного уровня при неоконченном лечении пациентов (Московская область, 2014)**

Уровни МО	Доля включенных в «список ВМП»	Средняя стоимость койко-дня (тыс.руб.)		Число койко-дней	
		<i>ВМП</i>	<i>не ВМП</i>	<i>ВМП</i>	<i>не ВМП</i>
<i>Переведенные в другие отделения или МО</i>					
1	1,7	1,27	2,19	8,8	13,4
2	2,3	2,22	3,35	8,3	13,5
3	11,8	9,75	4,43	7,9	14,8
В общем	4,5	7,05	3,11	8,1	13,8
<i>Умершие</i>					
1	10,0	5,48	2,50	1,6	6,8
2	15,9	7,22	2,87	1,9	7,8
3	26,3	6,75	3,24	2,7	6,6
В общем	14,9	6,57	2,74	2,1	7,1

Атеросклерозом артерий конечностей (I70.2) обусловлено 52,2% случаев смерти госпитализированных пациентов с заболеваниями группы 2, 59,6% затрат на лечение переведенных пациентов и 69,9% от затрат на лечение умерших. Стоимость его лечения у переведенных пациентов в МО1, МО2 и МО3 составляет соответственно 27,3, 51,1 и 57,0 тыс. руб.; умерших – 17,4, 23,8 и 13,9 тыс. руб. Доля умерших составляет по 3,9% в МО1 и МО2 и 2,0% в МО3.

Эмболией и тромбозом артерий (I74) обусловлено 19,9% всех случаев смерти пациентов с заболеваниями группы 2 (16,7%, 17,0% и 35,7% в МО1, МО2 и МО3). Доля смертей от этих заболеваний среди всех прерванных случаев стационарного лечения в МО1, МО2 и МО3 составляет соответственно 16,7%, 10,6% и 11,5%,



стоимость лечения переведенных пациентов - 52,8, 110,5 и 121,2 тыс. руб.; умерших – 18,0, 19,6 и 37,0 тыс. руб. соответственно. Эти заболевания обуславливают 9,6% затрат на лечение переведенных пациентов и 24,6% - умерших.

Наибольшая часть случаев «прерванного лечения» пациентов с аневризмой брюшной аорты отмечается в МОЗ, однако половина умерших в стационарах пациентов были госпитализированы в МО1 (табл. 9). Средняя стоимость койко-дня умерших пациентов в стационарах всех уровней больше стоимости койко-дня «переведенных» пациентов. Стоимость койко-дня умерших пациентов в МО1 существенно превышает стоимость койко-дня «переведенного» пациента в МОЗ.

Таблица 9

**Средняя стоимость и продолжительность лечения умерших и переведенных пациентов с аневризмой брюшной аорты в медицинских организациях (МО) разного уровня в Московской области в 2014 году**

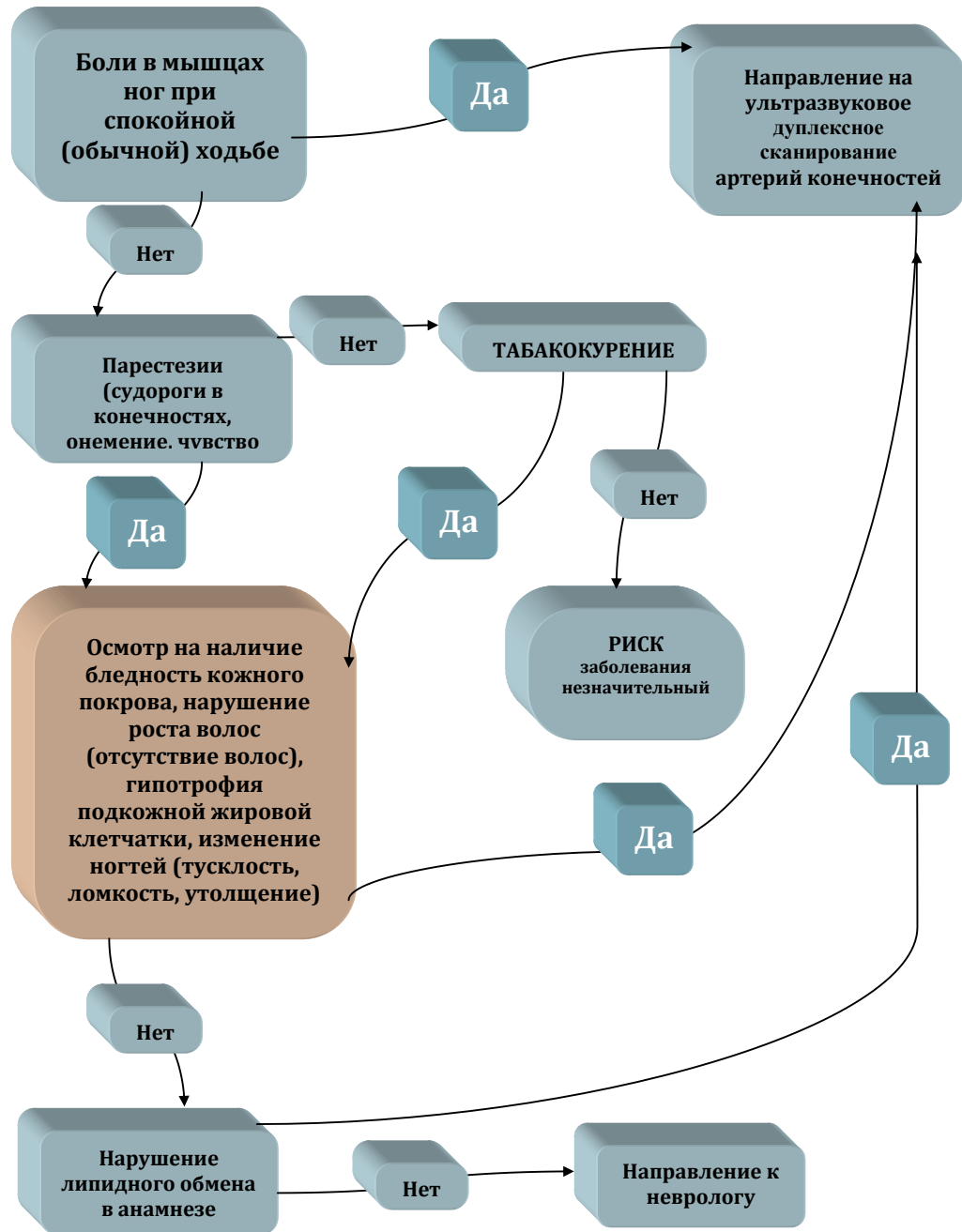
Уровни МО	Переведенные пациенты			Умершие пациенты		
	Количество госпитализаций	Число койко-дней	Средняя стоимость койко-дня (руб.)	Доля от числа «прерванных случаев»	Число койко-дней	Средняя стоимость койко-дня (руб.)
1	12	2,7	5832,19	50,0	1,2	9254,43
2	19	4,4	4402,52	26,3	1,0	5878,80
3	42	15,8	8630,82	11,9	3,6	7080,39
Всего	73	11,6	8167,17	21,9	1,9	7387,40

Как показали результаты исследования, созданная сеть сосудистых центров недостаточно используется для оказания современной хирургической помощи при заболеваниях периферических сосудов по нескольким причинам.

*Во-первых*, отсутствие статистического показателя для оценки эффективности деятельности сосудистых центров в области хирургических вмешательств на периферических сосудах фактически снижает значимость проблемы. Как итог, хирургическая помощь пациентам с такими заболеваниями оказывается не планомерно, преимущественно на поздних стадиях заболевания, когда уже вмешательства по реконструкции сосудов малоэффективны.

*Во-вторых*, высокая потребность в хирургической помощи при БСХЛ предполагает оказание соответствующей медицинской помощи в сосудистых отделениях при медицинских организациях всех уровней, что сопряжено с недостаточностью соответствующих расходных материалов и оборудования, а также отсутствия специальной подготовки у сердечно-сосудистых хирургов и анестезиологов в организациях первого и второго уровней.

## Памятка врачам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь



**Рисунок 2. Алгоритм выявления окклюзирующих заболеваний конечностей на ранних стадиях болезни**

*В-третьих*, врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (терапевты, врачи общей практики), часто не достаточно знакомы с современными методами выявления и консервативного лечения пациентов с БСХЛ. Была разработана памятка для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по выявлению у пациентов БСХЛ: на одной стороне листа памятки располагается «Алгоритм выявления окклюзирующих заболеваний конечностей на

ранних стадиях болезни» (рис. 2), на другой - «Симптомокомплекс при облитерирующих (окклюзирующих) заболеваниях артерий нижних конечностей».

На основе приведенных в алгоритме шагов терапевт может оценить риск наличия окклюзирующих заболеваний конечностей и направить пациента к хирургу или сразу на дуплексное сканирование артерий конечностей. Для экономии времени врача при оценке риска наличия окклюзирующих заболеваний артерий конечностей у пациентов в возрасте 42 года и старше разработана анкета, предварительно заполняемая пациентом.

*В-четвертых*, ряд заболеваний сосудов, которые объективно требуют оказания специализированной медицинской помощи с применением сложных и ресурсоемких методов хирургического лечения, отсутствуют в списках заболеваний, указанных в перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи (табл. 10). Соответственно, пациенты с этими заболеваниями не направляются в медицинские организации третьего уровня с оснащением и квалификационной подготовкой специалистов, позволяющими проводить манипуляции на сосудах с наибольшей вероятностью благоприятного исхода.

Таблица 10

**Предложения по расширению перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования**

Вид ВМП	Коды по МКБ-Х	Модель пациента	Вид помощи	Методы лечения
Хирургическая и эндоваскулярная коррекция заболеваний магистральных артерий и артерий конечностей	I70.2 I74	Врожденные и приобретенные заболевания артерий конечностей	Хирургическое лечение	Хирургические и гибридные (открытая операция плюс стент) операции на артериях конечностей
				Аорто-бедренное линейное или бифуркационное шунтирование
				Бедренно-подколенное шунтирование выше или ниже щели коленного сустава, бедренно-тибиальное шунтирование аутовеной или синтетическим протезом
				Тромб- и эмблэктомия

*В-пятых*, в ходе диспансерного обследования населения не проводится скрининг аневризмы брюшной аорты и окклюзирующих заболеваний артерий конечностей у лиц соответствующих групп риска, при которых прогноз зависит от своевременности хирургического лечения.

*В-шестых*, специалисты коммерческих организаций не имеют возможности непосредственно направлять пациентов с выявленными заболеваниями сосудов на стационарное хирургическое лечение.

### **Рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы**

Накопление статистических данных с использованием предложенного показателя позволит провести исследование по определению оптимальной оперативной нагрузки на сосудистые центры в организациях различного уровня. Полученные результаты целесообразно использовать для создания правил маршрутизации пациентов на основе вида и тяжести сосудистого заболевания, требующего хирургического лечения. При снижении доли заболеваний периферических сосудов, выявленных на поздних стадиях, следует разработать алгоритм перераспределения пациентов с первого на более высокие уровни с соответствующим изменением правил маршрутизации.

## **ВЫВОДЫ**

1. Установлено, что при снижении смертности от заболеваний артерий и вен с 2010 по 2016 годы на 17,4% среди мужчин и на 31,2% среди женщин, доля в ней той части сосудистых заболеваний, которые требуют хирургического лечения, увеличилась с 61,1% и 41,1% до 82,0% и 67,1% соответственно. Уровень смертности от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, увеличился с 16,8 на 100000 населения среди мужчин и 12,3 среди женщин до 21,5 и 15,9 соответственно. Наибольшую долю среди этих заболеваний составляет аневризма и расслоение аорты (I71) у мужчин (42,9%) и атеросклероз сосудов конечностей (I70.2) у женщин (28,6%), на втором месте указанные заболевания находятся у лиц противоположного пола (26,6% и 26,2% соответственно), на третьем месте находится причина I80.2 «Флебит и тромбофлебит глубоких сосудов нижних конечностей» (9,1% и 17,2%).
2. Доказано, что показатель смертности от болезней артерий и вен определяется качеством диагностики сосудистых заболеваний: усредненные за 2013-2015 годы показатели сосудистой смертности населения 85 субъектов Российской Федерации связаны с обеспеченностью населения врачами по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению (коэффициент корреляции 0,19;  $p=0,023$ ), но не с обеспеченностью сердечно-сосудистыми хирургами и койками сосудистой хирургии.
3. Установлено снижение обеспеченности пациентов с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения, медицинской помощью:

на фоне роста смертности от этих заболеваний при неизменной численности сердечно-сосудистых хирургов и росте числа рентгенэндоваскулярных хирургов число коек сосудистого профиля снижается.

4. Показано, что число операций по реконструкции сосудов среди российского населения выросло с 11,7 тыс. в 2010 году до 18,9 тыс. в 2015. Хирургическая помощь, оказываемая в настоящее время в сосудистых центрах, не покрывает потребности в лечении пациентов с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения: общее число проведенных в стране за год операций в 1,25 раз меньше числа умерших от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения; выявлены отрицательная корреляционная связь больничной летальности с показателем обеспеченности населения сердечно-сосудистыми хирургами ( $-0,22$ ;  $p=0,02$ ) и положительная связь летальности с числом операций на сосудах на 10 тысяч населения ( $0,34$ ;  $p=0,0004$ ). На койки сосудистой хирургии преимущественно попадают пациенты с поздними стадиями сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, что проявляется в положительной корреляционной связи больничной летальности с долей операций на сосудах в общем числе операций ( $0,31$ ;  $p=0,012$ ).
5. Доказано, что для хирургического лечения заболеваний сосудов не наблюдается тенденции повышения сложности специализированной помощи от муниципального к федеральному уровню: в сосудистых отделениях при медицинских организациях первого уровня (где выполняется 36,6% всех реконструкций сосудов, и эта доля растет) доля рентгенохирургических процедур на аорте и артериях нижних конечностей среди всех операций по реконструкции сосудов постоянно растет, тогда как в организациях второго и третьего уровней наблюдается ее стабилизация с 2013 года. Не зависимо от уровня медицинской организации по мере увеличения числа проведенных вмешательств по реконструкции сосудов качество работы снижается: растут доля повторных операций и доля ампутаций конечностей.
6. Установлено, что позднее выявление сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, ведет к увеличению расходов: средняя стоимость койко-дня для умерших от заболеваний, указанных в списке заболеваний, соответствующих какому-либо виду высокотехнологичной медицинской помощи, сравнима в организациях разного уровня, тогда как в организациях первого и второго уровней она втрое превышает стоимость койко-дня для пациентов, переведенных в другие отделения или организации, и в

организациях третьего уровня лишь на треть меньше стоимости койко-дня для переведенных пациентов.

7. Доказано, что пациенты с наиболее сложными случаями сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, не направляются преимущественно в стационары третьего уровня: доля умерших пациентов от заболеваний, включенных в списки для разных видов высокотехнологичной медицинской помощи, в организациях третьего уровня в три с лишним раза меньше, чем в организациях первого и второго уровней (5,6% против 19,2% и 20,8%), тогда как для заболеваний, не включенных в эти списки, показатели различаются в полтора раза (2,2%, 3,6% и 3,2% соответственно).
8. Установлена низкая информированность терапевтов о методах выявления сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения, и возможных новых методах их консервативного лечения: 28,5% терапевтов типичным способом установления диагноза заболеваний сосудов, требующих хирургического лечения, неверно назвали опрос пациента или рентгенологическое исследование; терапевты считают обоснованным направление на УЗИ артерий нижних конечностей при наличии первичных жалоб по сосудистому профилю лишь в 53,8% случаев, на КТ артерий нижних конечностей с контрастированием – в 33,2% случаев; при наличии первичных жалоб по сосудистому профилю терапевты направляют пациентов на инструментальное обследование лишь в 50,6% случаев; по обобщенной оценке терапевтов улучшение состояния после консервативного лечения ожидается у 24,5% пациентов с заболеваниями сосудов, требующими хирургического лечения, тогда как по оценке сосудистых хирургов – 33,0% ( $p < 0,0001$ ).
9. Установлено, что период времени от момента первичного обращения пациента в медицинскую организацию до установления диагноза сосудистого заболевания, требующего хирургического лечения, слишком велик: он составляет 2,4 месяца по усредненной оценке терапевтов, 4,9 месяца по оценке сердечно-сосудистых хирургов и 6,5 месяцев по усредненной оценке пациентов сосудистых центров.
10. Доказано, что для повышения результативности медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения, необходимо введение соответствующего статистического показателя, выявление групп риска и их инструментальное обследование при диспансеризации населения, расширение перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, а также разработка единых для организаций всех

уровней стандартов оснащения сосудистых центров минимально необходимым набором расходных материалов и единых требований к оснащению и квалификации специалистов сосудистых центров.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ**

### *Росстату:*

Рекомендуется ввести в форму С51 Росстата показатели «Число умерших от сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения» (I70.0 - I70.2, I70.8, I71, I72, I73.9, I74, I77.0 - I77.2, I77.4, I77.5, I78.0, I80.1, I80.2, I82.1 - I82.3, I82.8, I82.9, I83.9).

### *Минздраву России:*

1. Целесообразно атеросклероз артерий конечностей (I70.2) и эмболию и тромбоз артерий (I74) считать заболеваниями, требующими оказания высокотехнологичной хирургической помощи,

2. С целью оказания специализированной хирургической помощи экстренным пациентам с заболеваниями сосудов целесообразно разработать единые для организаций всех уровней стандарты оснащения сосудистых центров минимально необходимым набором расходных материалов, а также единые требования к квалификации специалистов сосудистых центров.

3. Рекомендуется внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения от 26 октября 2017, № 869н" с целью проведения скрининга атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты у лиц из групп риска.

### *Федеральному фонду ОМС:*

Целесообразно дополнить список заболеваний, указанных в перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи в Приложении к Постановлению Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на следующий год и на плановый период двух последующих годов» атеросклерозом артерий конечностей (I70.2) и эмболией и тромбозом артерий (I74).

### *Региональным Органам управления здравоохранением:*

1. Целесообразно внедрить в практику памятки для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по выявлению окклюзирующих заболеваний конечностей у лиц 42 лет и старше.

2. При проведении диспансерных осмотров населения следует проводить предварительный анкетный опрос пациентов с целью выявления групп риска наличия окклюзирующих заболеваний конечностей.

3. При проведении диспансерных осмотров населения в ходе дополнительного обследования мужчин в возрасте от 45 лет и женщин в возрасте от 54 с наличием комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний следует проводить ультразвуковое доплерометрическое исследование брюшной полости с целью выявления аневризмы брюшной аорты.

4. Целесообразно предоставить специалистам коммерческих организаций право направлять пациентов с выявленными сосудистыми заболеваниями, требующими хирургического лечения, на операции в государственные учреждения с обеспечением всех результатов лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для проведения операции.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Сабгайда, Т.П. **Смертность населения Российской Федерации от сосудистых заболеваний требующих хирургического лечения /Т.П. Сабгайда, А.В. Зубко //Социальные аспекты здоровья населения :науч.электрон.журн. – 2016. – Т.51, №5. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/773/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-2 (1,0 п.л., автора – 0,49).**
2. Зубко, А.В. **Оперативная активность по профилю сосудистой хирургии в медицинских организациях различного уровня /А.В.Зубко, Т.П. Сабгайда //Социальные аспекты здоровья населения: науч.электрон.журн. – 2016. – Т.52, №6. -URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/787/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2016-52-6-2 (0,93 п.л., автора – 0,55).**
3. Зубко, А.В. **Проблема сосудистой хирургии в медицинских организациях первого и второго уровней. /А.В. Зубко //Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Двадцать первая Ежегодная сессия Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Минздрава России с Всероссийской конференцией молодых ученых. Москва 21-23 мая 2017. – 2017. - Т.18. - №3. – С. 401. (0,09 п.л., автора –0,09).**
4. **Сабгайда, Т.П. Сравнение затрат на стационарное лечение сосудистых заболеваний требующих хирургического лечения, вошедших и не вошедших в перечень болезней, при которых оказывается**



- высокотехнологичная медицинская помощь (на примере московской области). /Т.П. Сабгайда, А.В. Зубко //Социальные аспекты здоровья населения :науч.электрон.журн. – 2017. – Т.56, №4. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/844/27/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2017-56-4-1 (1,1 п.л., автора – 0,6).**
5. Зубко, А.В. Сосудистая хирургия в медицинских организациях различного уровня. /А.В. Зубко В кн.: Актуальные вопросы современных исследований. Материалы международной научно-практической конференции 2017, 12 июня, Омск.-2017. - Омск: Научный центр «Дельта». - С. 73-77. (0,3 п.л., автора – 0,3 п.л.).
  6. Зубко, А.В. Потери населения России от аневризмы брюшной аорты /А.В. Зубко //Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сб. ст. по материалам I Международной научно-практической конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования». 2017– № 1(1). – М., Изд. «Интернаука». – С. 63-67. (0,25 п.л., автора – 0,25 п.л.).
  7. Zubko, AV. The reducing cardiovascular mortality in Russia in context of death statistics /AV Zubko, VG Semyonova, TP Sabgayda. //European Journal of Public Health, 2017- Volume 27, Issue suppl\_3, - P. cкx186.185 (0,05 п.л., автора – 0,02 п.л.)
  8. Зубко, А.В. Мнение терапевтов о выявлении сосудистых заболеваний хирургического профиля. /А.В. Зубко /Сборник тезисов XII Национального конгресса терапевтов 22-24 ноября 2017. - Москва, 2017. - С. 59. (0,01 п.л., автора – 0,01 п.л.).
  9. Зубко, А.В. Смертность от аневризмы брюшной аорты /А.В. Зубко //Инновации в науке: научный журнал. 2017.– Т. 72, № 11. – Новосибирск., Изд. АНС «СибАК», – С. 18-21. (0,35 п.л., автора – 0,35 п.л.).
  10. Зубко, А.В. Проблема снижения смертности от аневризмы брюшной аорты. /А.В.Зубко //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2017. - № 4. - С. 210-211. (0,07 п.л., автора – 0,07 п.л.).
  11. **Зубко, А.В. Роль терапевтов государственных и частных медицинских организаций в выявлении облитерирующих заболеваний артерий конечностей. /А.В.Зубко, С.Г.Руднев, Т.П. Сабгайда. //Менеджер здравоохранения. -2017. - № 10. - С. 31-40. (0,8 п.л., автора – 0,6 п.л.).**
  12. Зубко, А.В. Сравнение мнений сосудистых хирургов и терапевтов об организации выявления сосудистых заболеваний хирургического профиля. /А.В. Зубко Бюллетень НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. Приложение. Двадцать третий всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. Москва 26-29 ноября 2017. - Том 18, № 6. – С. 126 (0,09 п.л., автора – 0,09).
  13. Zubko, AV. Costs for hospital treatment of surgical vascular diseases (by the example of the Moscow region) /Aleksandr V. Zubko, Tamara P. Sabgayda.

- Abstract book 26th annual meeting ASCVTS, 24-27 May 2018. - P. 251 (0,04 п.л., автора – 0,03 п.л.).
14. Zubko, A. New trend in analysis of statistics cardiovascular mortality in Russia /A. Zubko, V.Semyonova, T. Sabgayda. Abstract book 9th Demographic Conference of "Young Demographers", Prague, 18 March 2018: - URL: [http://www.demografove.estranky.cz/en/articles/online\\_poster\\_session\\_2018.html](http://www.demografove.estranky.cz/en/articles/online_poster_session_2018.html) (0,02 п.л., автора – 0,01 п.л.).
15. **Зубко, А.В. Социальный портрет пациента с сосудистыми заболеваниями хирургического профиля. /А.В. Зубко, Т.П.Сабгайда, В.Г. Запорожченко //Социальные аспекты здоровья населения : науч.электрон.журн. – 2018. – Т.62, №4. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/996/27/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2018-62-4-5** (1 п.л., автора – 0,6 п.л.).

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОМС	Обязательное медицинское страхование
УЗИ	Ультразвуковое исследование (органов брюшной полости)
УЗД	Ультразвуковое дуплексное сканирование (артерий конечностей)
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
ВУЗ	высшее учебное заведение
НИИ	научно-исследовательский институт
н/д	нет данных
МО1	медицинские организации первого уровня
МО2	медицинские организации второго уровня
МО3	медицинские организации третьего уровня
РХ	рентгенохирургические операции
БСХЛ	болезней сосудов, требующих хирургического лечения