

5. *Piecuch, J.* Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants / *J. Piecuch, K. Witkowski* // *Ann. Transplant.* — 2001. — № 1. — P.36—38.

REFERENCES

1. Razmahnin EV, Hyshiktuev BS, Lobanov SL. Kontaktnaja litotripsija pri lechenii holedoholitiata [Contact lithotripsy in treatment of choledocholithiasis]. *Hirurgija; Zhurnal imeni NI Pirogova* [Surgery; Journal behalf of NI Pirogov]. 2014; 7: 34-37.
2. Boboev BD. Rezul'taty odnomomentnogo laparoskopicheskogo lechenija bol'nyh holecistoholedoholitiatom [Results of One-Step laparoscopic management of the cholecystocholedocholithiasis patients]. *Analy hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2012; 4 (17): 80-83.
3. Durlshter VM, Gabriel SA, Dynko VY et al. Jefferektivnost' kompleksnogo primenenija maloinvazivnyh metodik

v lechenii bol'nyh s holedoholitiatom [The efficiency of complex application minimally invasive methods in treatment of patients with choledocholithiasis]. *Vestnik hirurgicheskoy gastrojenterologii* [Bulletin Surgical Gastroenterology]. 2012; 4: 15-21.

4. Agadzhyanov VG, Shulutko AM, Chanturija MO et al. Povrezhdenie magistral'nyh zhelchnykh protokov pri holecistektomii iz mini-dostupa [Damage to the main bile duct during cholecystectomy from the minimal access]. *Jendovideohirurgija zhelchnokamennoj bolezni segodnja: problemy i puti ih preodolenija: materialy vyeznogo plenuma pravlenija ROJeH* [Endovideosurgery cholelithiasis today: problems and ways to overcome them: materials of plenum of the ROEH]. 2012; 18-20.
5. *Piecuch J, Witkowski K.* Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants. *Ann Transplant.* 2001; 1: 36-38.

© Е.А. Ацель, А.В. Фомина, 2017

УДК 616.12-008.331.1-082

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).53-59

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

АЦЕЛЬ ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины КГМА — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Муштары, 11, e-mail: atzel@mail.ru

ФОМИНА АННА ВЛАДИМИРОВНА, докт. фарм. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГАОУ ВО РУДН Минобрнауки России, Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6, e-mail: anutyk74@mail.ru

Реферат. Цель исследования — экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией. **Материал и методы.** Проведена экспертная оценка 347 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях организационного эксперимента и 172 случаев оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией из группы сравнения. Сравнимые группы были сопоставимы по основным характеристикам анализируемых заболеваний. Среди пациентов с артериальной гипертензией наибольшую долю составляли больные с III стадией заболевания (53,0 и 52,3% соответственно) и риском 4 сердечно-сосудистых осложнений (68,8 и 72,3% соответственно). **Результаты и их обсуждение.** В результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты дефектов в постановке диагноза ($p < 0,001$), сборе анамнеза ($p < 0,001$), описании объективного статуса ($p < 0,001$), лабораторно-инструментальной диагностике ($p < 0,001$), некорректного лечения ($p < 0,001$), кроме использования лекарственных средств по стандартам, но с полипрагмазией и/или политерапией ($p > 0,05$). **Заключение.** В результате проведенной экспертной оценки была выявлена статистическая значимость эффективности проведенного организационного эксперимента в части реализации в образовательном процессе программ повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения по вопросам повышения качества диагностики и лечения болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, экспертная оценка, артериальные гипертензия.

Для ссылки: Ацель, Е.А. Экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению с артериальной гипертензией / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // *Вестник современной клинической медицины.* — 2017. — Т. 10, вып. 1. — С.53—59. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).53-59.

EXPERT QUALITY ASSESSMENT PRIMARY HEALTH CARE TO THE POPULATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ATSEL EVGENIA A., *C. Med. Sci.*, associate professor of the Department of therapy, geriatrics and family medicine KSMA — Branch of the FSBEI APE RMACPE MOH, Russia, 420012, Kazan, Mushtari str., 11, e-mail: atzel@mail.ru

FOMINA ANNA V., *C. Farm. Sci.*, professor, Head of the Department of public health and health FSAEI HE PFUR, Russia, 117198, Moscow, Miclukho-Maclay str., 6, e-mail: anutyk74@mail.ru

Abstract. Aim — expert evaluation of the quality of primary care patients with hypertension. **Material and methods.** Spend peer review 347 cases of primary health care to patients with arterial hypertension in the conditions of organizational experiment, and 172 cases of primary health care to patients with arterial hypertension of the comparison group. Compared groups were comparable in terms of the basic characteristics of the analyzed diseases. Among patients

with arterial hypertension accounted for the largest proportion of patients with stage III disease (53,0 and 52,3% respectively), and 4 risk of cardiovascular events (68,8 and 72,3% respectively). **Results and discussion.** As a result of the experiment in the study group showed a statistically significant reduction in defect rate in diagnosis ($p < 0,001$), history-taking ($p < 0,001$) describing objective status ($p < 0,001$), laboratory and instrumental diagnosis ($p < 0,001$), treatment ($p < 0,001$), in addition to the use of drugs by the standards, but with polypharmacy and/or polytherapy ($p > 0,05$). **Conclusion.** As a result of the carried-out expert assessment the statistical importance of efficiency of the made organizational experiment regarding realization in educational process of programs of professional development of doctors of primary link of health care concerning improvement of quality of diagnostics and treatment of diseases of the blood circulatory system was revealed.

Key words: quality of medical care, expert assessment, arterial hypertension.

For reference: Atsel EA, Fomina AV. Expert assessment of quality of rendering primary medical and sanitary help to the population with an arterial hypertension. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 10 (1): 53—59.

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).53-59.

Актуальность. Качество медицинской помощи является характеристикой, отражающей степень адекватности медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов.

Большинство исследователей отмечают, что гораздо более сложной является система экспертной оценки конечных результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), в силу многообразия видов их деятельности [1, 2, 3]. На амбулаторно-поликлиническом этапе медицинская помощь содержит значительный объем профилактических и оздоровительных мероприятий, конечные результаты которых обнаруживаются через большой промежуток времени от момента начала лечения. В сочетании с множеством факторов, определяющих непостоянство качества медицинских услуг, это весьма затрудняет контроль качества по конечному результату. Поэтому показатели конечных результатов должны учитывать этот временной фактор [2]. Планирование конечного результата деятельности требует реальной оценки факторов, на него влияющих.

Система оценки качества медицинской помощи должна включать достаточный набор универсальных показателей, отражающих эффективность медицинской помощи, имеющих количественное выражение и поддающихся математической обработке с использованием вычислительной техники [1, 2]. Вместе с тем оценка качественных характеристик медицинской услуги может быть объективной, т.е. количественной (измеримой), и субъективной, сравнительной.

В других исследованиях также отмечается, что оценка качества медицинской помощи может быть основана на сопоставлении объема выполненных лечебно-диагностических мероприятий определенного вида медицинской помощи и достигнутых результатов с установленными «стандартами» или «эталоном» (требованиями) [1, 4, 5, 6].

Более современным инструментом оценки качества является проведение аудита оказанной медицинской помощи. Опыт некоторых зарубежных стран (Великобритания, США и др.) показал, что наиболее значимых результатов в улучшении качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией (АГ) и в снижении смертности от последствий повышенного артериального давления (АД) позволяет добиться введение системы непре-

рывного контроля качества медицинской помощи на основе клинического аудита [7, 8].

Цель исследования — экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в соответствии с результатами проверки сравниваемых совокупностей на нормальность распределения. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2007. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 20. Исследуемые совокупности, представленные количественными данными, оценивались на предмет их соответствия закону нормального распределения, для этого использовался критерий Колмогорова — Смирнова, рекомендуемый для больших выборок (при числе исследуемых более 50). В случае подтвержденного нормального распределения совокупностей полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M), средних квадратических отклонений (σ) и средних ошибок средней арифметической (m) по стандартным формулам. Для оценки статистической значимости различий использовались методы параметрического анализа.

При сравнении средних величин рассчитывался t -критерий Стьюдента по следующей формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

где M_1 и M_2 — сравниваемые средние величины;
 m_1 и m_2 — средние ошибки средних величин соответственно.

При сравнении средних показателей, рассчитанных для зависимых совокупностей (например, значений показателя до и после эксперимента), использовался парный t -критерий Стьюдента, который рассчитывался по следующей формуле:

$$t = \frac{M_{\text{разн}}}{m_{\text{разн}}},$$

где $M_{\text{разн}}$ — средняя разность парных вариантов;
 $m_{\text{разн}}$ — средняя ошибка средней разности.

Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями. В том случае, если рассчитанное значение превышало критическое, делался вывод о статистической значимости различий сравниваемых показателей.

Экспертной оценке было подвергнуто 590 единиц первичной документации по 1180 случаям оказания ПМСП с болезнями системы кровообращения, из которых были выделены 347 случаев оказания ПМСП врачами пациентам с АГ, которые приняли участие в данном эксперименте (обучение по программам повышения квалификации по современным вопросам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и обучение пациентов в школах здоровья), и 172 случая оказания ПМСП пациентам с АГ врачами медицинских организаций из группы сравнения.

Сравниваемые группы были сопоставимыми по основным характеристикам анализируемых заболеваний. Среди пациентов с АГ наибольшую долю составляли больные с III стадией заболевания (53,0 и 52,3% соответственно) и риском 4 сердечно-сосудистых осложнений (68,8 и 72,3% соответственно). При оценке степени АГ большинство пациентов имели 2-ю степень заболевания (70,8 и 68,9% соответственно) (табл. 1).

В ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи руководствовались приказом Минздрава России от 22.11.2004 № 254 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артериальной гипертензией».

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что распределение врачей по результатам оценки формулировки клинического диагноза было сопоставимым в обеих группах до проведения обучения ($p>0,05$). После проведения организационного эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев дефектов в постановке диагноза ($p<0,001$). В группе сравнения в большинстве случаев изменения были статистически незначимыми ($p>0,05$). Исключение составили неверное определе-

ние риска осложнений и отсутствие указания стадии АГ. В связи с наблюдаемой разницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания эксперимента процент случаев неверной постановки диагноза оказался статистически значимо более низким в основной группе ($p<0,05$) (табл. 2).

Распределение врачей по качеству сбора анамнеза при артериальной гипертензии также было сопоставимым в изучаемых группах до проведения эксперимента ($p>0,05$). В результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев малосодержательного анамнеза или его отсутствия ($p<0,001$). В контрольной группе изменения были статистически незначимыми ($p>0,05$). В связи с наблюдаемой разницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания эксперимента процент случаев неполного анамнеза оказался существенно ниже в основной группе ($p<0,05$) (табл. 3).

Результаты оценки описания объективного статуса при артериальной гипертензии были сопоставимы в сравниваемых группах до обучения ($p>0,05$). В результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев неполного описания объективного статуса или его отсутствия ($p<0,001$). В группе сравнения изменения были статистически незначимыми ($p>0,05$). В связи с наблюдаемой разницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания эксперимента процент случаев неполного описания или отсутствия объективного статуса оказался существенно ниже в основной группе ($p<0,05$).

Изучаемые группы были сопоставимы до эксперимента и по полноте назначения лабораторно-инструментальной диагностики при артериальной гипертензии ($p>0,05$). После проведения эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев неполной или поздней диагностики ($p<0,001$). В группе сравнения изменения были статистически незначимыми ($p>0,05$). В связи с наблюдаемой разницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания эксперимента процент случаев неполного

Таблица 1

Распределение исследуемых групп по степени тяжести и стадиям артериальной гипертензии, подлежащих изучению

Заболевание	Признак	Значение признака	Исследуемая группа				p
			основная		сравнения		
			абс.	%	абс.	%	
Артериальная гипертензия	Стадия	I	19	5,5	10	5,8	0,981
		II	144	41,5	72	41,9	
		III	184	53,0	90	52,3	
	Степень	1	25	7,2	7	4,1	0,377
		2	240	69,2	123	71,5	
		3	82	23,6	42	24,4	
	Риск	1	18	5,2	8	4,7	0,612
		2	90	25,9	39	22,7	
		3	113	32,6	66	38,4	
4		126	36,3	59	34,3		

**Распределение случаев артериальной гипертензии по результатам оценки формулировки
клинического диагноза в исследуемых группах**

Изучаемый признак	Этап наблюдения	Основная группа		Группа сравнения		p
		абс.	%	абс.	%	
Диагноз не соответствует общепринятым классификациям	До эксперимента	241	69,5	114	66,3	0,464
	После эксперимента	161	46,4	108	62,8	<0,001*
	p	<0,001*		0,549		—
Неверно указана степень АГ	До эксперимента	13	3,7	11	6,4	0,258
	После эксперимента	4	1,2	12	7,0	0,001*
	p	<0,001*		0,758		—
Не указана степень АГ	До эксперимента	186	53,6	95	55,2	0,726
	После эксперимента	116	33,4	81	47,1	0,003*
	p	<0,001*		0,071		—
Неверно указана стадия АГ	До эксперимента	42	12,1	15	8,7	0,246
	После эксперимента	12	3,5	12	7,0	0,115
	p	<0,001*		0,632		-
Не указана стадия АГ	До эксперимента	6	1,7	2	1,2	0,909
	После эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	p	<0,001*		<0,001*		—
Риск осложнений определен неверно	До эксперимента	8	2,3	3	1,7	0,925
	После эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	p	<0,001*		<0,001*		-
Риск осложнений не определен	До эксперимента	144	41,5	64	37,2	0,348
	После эксперимента	61	17,6	51	29,7	0,002*
	p	<0,001*		0,054		—
Диагноз не соответствует клинико-диагностическим данным	До эксперимента	19	5,5	6	3,5	0,437
	После эксперимента	2	0,6	5	2,9	0,043 ^(*) *
	p	<0,001*		0,852		—
Нет сведений о сопутствующих заболеваниях	До эксперимента	105	27,1	58	28,7	0,424
	После эксперимента	56	16,1	54	31,4	<0,001*
	p	<0,001*		0,791		—

Примечание: * различия показателей статистически значимы (p<0,05).

Таблица 3

**Распределение случаев артериальной гипертензии по результатам оценки сбора анамнеза
и жалоб в исследуемых группах**

Изучаемый признак	Этап наблюдения	Основная группа		Группа сравнения		p
		абс.	%	абс.	%	
Жалобы и анамнез собраны в полном объеме	До эксперимента	254	73,2	131	76,2	0,468
	После эксперимента	333	96,0	136	79,1	<0,001*
	p	<0,001*		0,541		—
Жалобы и анамнез малосодержательны, не детализированы	До эксперимента	47	13,5	28	16,3	0,404
	После эксперимента	8	2,3	26	15,1	<0,001*
	p	<0,001*		0,712		—
Анамнез и жалобы не описаны	До эксперимента	46	13,3	13	7,6	0,054
	После эксперимента	6	1,7	10	5,8	0,024*
	p	<0,001*		0,675		—

Примечание: * различия показателей статистически значимы (p<0,05).

или необоснованного назначения лабораторно-инструментальной диагностики оказался существенно ниже в основной группе ($p < 0,05$).

Оценка адекватности методов лечения проводилась в соответствии приказом Минздрава России от 22.11.2004 № 254 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артериальной гипертонией».

Результаты оценки адекватности методов лечения при АГ показали сопоставимость сравниваемых групп до обучения ($p > 0,05$). В результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев некорректного лечения ($p < 0,001$), кроме использования лекарственных средств в соответствии со стандартами, но с полипрагмазией и/или политерапией ($p > 0,05$). В группе сравнения наблюдалось достоверное увеличение случаев использования лекарственных средств в соответствии со стандартами и уменьшение случаев лечения не в полном объеме ($p < 0,05$). В остальных случаях изменения были статистически незначимыми ($p > 0,05$). В связи с наблюдаемой раз-

ницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания эксперимента процент случаев некорректного лечения оказался существенно ниже в основной группе ($p < 0,05$) (табл. 4).

Оценка качества лечения проводилась также путем сравнительного анализа соответствия назначенного лечения принятым в 2004 г. Российским рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии до проведения эксперимента, и принятым в 2010 г. Российским рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертонии после проведения эксперимента.

Анализ полученных данных, отраженных в табл. 5, показал, что в результате эксперимента в основной группе отмечалось статистически значимое снижение частоты случаев некорректного лечения ($p < 0,05$). В группе сравнения изменения были статистически незначимыми ($p > 0,05$), за исключением параметра «лекарственные средства использовались не в соответствии с рекомендациями». В связи с наблюдаемой разницей в динамике показателей при сравнении данных после окончания

Таблица 4

Распределение случаев артериальной гипертонии по результатам оценки адекватности методов лечения

Изучаемый признак	Этап наблюдения	Основная группа		Группа сравнения		p
		абс.	%	абс.	%	
Назначены немедикаментозные методы лечения	До эксперимента	126	36,3	71	41,3	0,272
	После эксперимента	207	59,7	72	41,9	<0,001*
	p	<0,001*		0,881		—
Назначена лекарственная терапия при заболеваниях сердца и перикарда	До эксперимента	340	98,0	160	93,0	0,010*
	После эксперимента	347	100,0	164	95,3	<0,001 ^(Ф) *
	p	0,312		0,541		—
Лекарственные средства использовались в соответствии со стандартами	До эксперимента	248	71,5	120	69,8	0,688
	После эксперимента	343	98,8	135	78,5	<0,001*
	p	<0,001*		0,047*		—
Лекарственные средства использовались в соответствии со стандартами, но имела место полипрагмазия и/или политерапия	До эксперимента	2	0,6	1	0,6	1,000 ^(Ф)
	После эксперимента	1	0,3	2	1,2	0,256 ^(Ф)
	p	0,653		0,727		—
Лекарственные средства использовались не в соответствии со стандартами	До эксперимента	81	23,3	39	22,7	0,865
	После эксперимента	3	0,9	27	15,7	<0,001*
	p	<0,001*		0,061		—
Лечение проводилось не в полном объеме	До эксперимента	43	12,4	13	7,6	0,095
	После эксперимента	7	2,0	6	3,5	0,373 ^(Ф)
	p	<0,001*		<0,001*		—
Лечение проводилось без учета противопоказаний	До эксперимента	0	0	0	0	—
	После эксперимента	0	0	0	0	—
	p	—		—		—
Лечение проводилось без учета совместимости лекарственных средств	До эксперимента	0	0	0	0	—
	После эксперимента	0	0	0	0	—
	p	—		—		—
Лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось	До эксперимента	14	4,0	12	7,0	0,218
	После эксперимента	0	0,0	8	4,7	<0,001 ^(Ф) *
	p	<0,001*		0,093		—

Примечание: * различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Распределение случаев артериальной гипертензии по результатам оценки адекватности методов лечения

Исследуемый признак	Этап наблюдения	Основная группа		Группа сравнения		p
		абс.	%	абс.	%	
Лекарственные средства использовались в соответствии с рекомендациями	До эксперимента	253	72,9	121	70,3	0,540
	После эксперимента	344	99,1	136	79,1	<0,001*
	p	<0,001*		0,260		—
Лекарственные средства использовались в соответствии с рекомендациями, но имела место полипрагмазия и/или политерапия	До эксперимента	2	0,6	1	0,6	1,000 ^(Ф)
	После эксперимента	0	0,0	1	0,6	0,331 ^(Ф)
	p	0,048*		0,957		—
Лекарственные средства использовались не в соответствии с рекомендациями	До эксперимента	78	22,5	38	22,1	0,921
	После эксперимента	3	0,9	27	15,7	<0,001*
	p	<0,001*		0,031*		—
Лечение проводилось не в полном объеме	До эксперимента	41	11,8	9	5,2	0,017*
	После эксперимента	9	2,6	7	4,1	0,518
	p	<0,001*		0,842		—
Лечение проводилось без учета противопоказаний	До эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	После эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	p	—		—		—
Лечение проводилось без учета совместимости лекарственных средств	До эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	После эксперимента	0	0,0	0	0,0	—
	p	—		—		—
Лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось	До эксперимента	14	4,0	12	7,0	0,218
	После эксперимента	0	0,0	8	4,7	<0,001 ^(Ф) *
	p	<0,001*		0,638		—

Примечание: * различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

эксперимента процент случаев некорректного лечения оказался существенно ниже в основной группе ($p < 0,05$). Исключение составили параметры «лекарственные средства использовались в соответствии с рекомендациями, но имела место полипрагмазия и/или политерапия» и «лечение проводилось не в полном объеме».

Вывод. В результате проведенной экспертной оценки была выявлена статистическая значимость эффективности проведенного организационного эксперимента в части реализации в образовательном процессе программ повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения по вопросам повышения качества диагностики и лечения болезней системы кровообращения. Проведенный организационный эксперимент привел к статистически значимому снижению частоты случаев дефектов в постановке диагноза, сборе анамнеза, описании объективного статуса, лабораторно-инструментальной диагностике, назначении лекарственной терапии и ведении медицинской документации по изучаемой нозологии в основной группе.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический менеджмент / под ред. А.И. Вялкова, В.З. Кучеренко. — М.: Медицина, 2006. — 304 с.
2. Кучеренко, В.З. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-диагностического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения / В.З. Кучеренко, Л.П. Разливинских, В.Ф. Мартыненко // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 8. — С. 19—36.
3. Ryabenko, D. Several problems of congestive heart failure pharmacotherapy / D. Ryabenko // Ukrainian cardiology journal. — 2009. — № 3. — P.94—102.
4. Александрова, О.Ю. Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи / О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин, М.В. Горелов // Здравоохранение. — 2013. — № 5. — С. 80—88.
5. Власенкова, В.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юр. наук / Власенкова Вероника Викторовна; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. — М., 2007. — 20 с.
6. Шулаев, А.В. Управление качеством оториноларингологической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе (на примере Республики Татарстан): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шулаев Алексей Владимирович; ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет». — Казань, 2005. — 19 с.
7. Индейкин, Е.Н. Клинический аудит: опыт Великобритании / Е.Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. — 2002. — № 2. — С. 45—53.
8. Murray, C.J. Global burden of disease and injury series. Vol. 1. The global burden of disease / C.J. Murray, A.D. Lopez, C.J. Murray [et al.] // A comprehensive

assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. — Geneva: WHO 1996.

REFERENCES

1. Vyalkov AI, Kucherenko VZ. Klinicheskij menedzhment [Clinical management]. Moskva. Medicina [Medicine]. 2006; 304 p.
2. Kucherenko VZ., Razlivinskih LP, Martynenko VF. Metodicheskie podhody k ocenke dejatel'nosti lechebno-diagnosticheskogo uchrezhdenija: monitoringovyie indikatory, pokazateli, kriterii, opredelenija. [Methodological approaches to the evaluation of the diagnostic and treatment institution: monitoring indicators, indicators, criteria, definitions]. Jekonomika zdavoohranenija [Health care economy]. 2006; 8: 19-36.
3. Ryabenko D. Several problems of congestive heart failure pharmacotherapy. Ukrainian cardiology journal. 2009; 3: 94-102.
4. Aleksandrova OJ., Nagibin OA, Gorelov MV. Problemy realizacii prava grazhdanina na vybor medicinskoj organizacii i vracha dlja poluchenija pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi. [Problems of realization of the citizen's right to choose medical organizations and doctors to provide primary health care]. Zdavoohranenie [Health care]. 2013; 5: 80-88.
5. Vlasenkova VV. Pravo na ohranu zdorov'ja i medicinskuju pomoshh' v Rossijskoj Federacii. Avtoref. dis. ... kand. juridich. nauk: 12.00.05. [Right to health and health care in the Russian Federation: the Author. Dis. ... Cand. Legal. Science]. Vlasenkova Veronika Viktorovna. Moskovskij gosudarstvennyj universitet im. M.V. Lomonosova [Lomonosov Moscow State University]. Moskva. 2007; 20 p.
6. Shulaev AV. Upravlenie kachestvom otorinolaringologicheskoy pomoshhi na ambulatorno-poliklinicheskom jetape (na primere Respubliki Tatarstan) — avtoreferat dissertacii kandidata medicinskih nauk [Quality management of the otorinolaringologicheskij help at an out-patient and polyclinic stage (on the example of the Republic of Tatarstan): the abstract of the thesis on competition of an academic degree of the candidate of medical sciences]. Kazanskij gosudarstvennyj medicinskij universitet [Kazan state medical university]. 2005; 19 p.
7. Indeikin EN. Klinicheskij audit: opyt Velikobritanii [Clinical audit: the experience of the UK]. Kachestvo medicinskoj pomoshhi [Quality of medical care]. 2002; 2: 45-53.
8. Murray CJ, Lopez AD, Murray CJ et al. Global burden of disease and injury series; the global burden of disease; a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: WHO. 1996; 1: DOI: 10.1596/978-0-8213-6262-4.

© Е.В. Жилев, Т.В. Мезенова, Г.В. Лукина, Е.Н. Кольцова, Е.И. Шмидт, 2017

УДК 616.72-002.77-085.275.3

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(1).59-65

НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО ЕДИНОГО РЕГИСТРА АРТРИТОВ (МЕРА)

ЖИЛЯЕВ ЕВГЕНИЙ ВАЛЕРЬЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, главный врач ЗАО «Юропиан медикал сентер», Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, тел. 8-499-252-21-04, e-mail: zhilyayev@mail.ru

МЕЗЕНОВА ТАТЬЯНА ВАЛЕНТИНОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1

ЛУКИНА ГАЛИНА ВИКТОРОВНА, докт. мед. наук, профессор ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, руководитель Московского городского ревматологического центра ГБУЗ «Московский клинический научный центр ДЗМ», Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34а

КОЛЬЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА, зав. ОМО по ревматологии НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Россия, 115184, Москва, ул. Большая Татарская, 30

ШМИДТ ЕВГЕНИЯ ИСАКОВНА, канд. мед. наук, зав. ревматологическим отделением Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова, Россия, 117049, Москва, Ленинский просп., 8

Реферат. Цель исследования — выявление признаков, позволяющих выбрать таргетный препарат пациенту с ревматоидным артритом для достижения наименьшей активности заболевания. **Материал и методы.** В исследование включен 361 пациент с ревматоидным артритом, соответствующий классификационным критериям ACR (1987) или ACR/EULAR (2010) из Московского единого регистра артритов (МЕРА), получавшие генно-инженерный биологический препарат или таргетный синтетический базисный противоревматический препарат за счет средств регионального или федерального бюджетов. При включении пациента в исследование путем опроса собиралась информация о клинических проявлениях начала заболевания и при его течении. При включении и на каждом последующем визите выполнялась оценка активности по DAS28(СОЭ). Поиск предикторов выбора осуществлялся в условиях специально сформированной многофакторной математической модели с достигнутой величиной DAS28(СОЭ) в качестве зависимой переменной. Проводился систематический поиск показателей, демонстрировавших в условиях модели достоверное взаимодействие с фактором использовавшегося таргетного препарата. **Результаты и их обсуждение.** В качестве наиболее значимых факторов для выбора препаратов обнаружены курение и характер начала заболевания (острое или постепенное), боль и припухание локтевых и плечевых суставов в дебюте ревматоидного артрита. У курящих/куривших лучшие результаты отмечены при терапии абатацептом и ритуксимабом и относительно плохие при использовании ингибиторов ФНОα. При остром начале заболевания лучший результат зарегистрирован при назначении абатацепта. При указании на боль, припухлость в локтевых суставах, припухлость плечевых суставов в дебюте заболевания при использовании абатацепта и ритуксимаба зарегистрирован лучший клинико-лабораторный результат. **Заключение.** Индивидуализация таргетной терапии может быть осуществлена на основе выделения клинических вариантов течения