

Первые результаты внедрения регистра хронической ишемической болезни сердца в Алтайском крае

Номоконова Е. А., Елыкомов В. А., Ефремушкина А. А.

ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” Минздрава России. Барнаул, Россия

Цель. Внедрение регистра хронической ишемической болезни сердца (ИБС) в Алтайском крае, как системы мониторингования больных ИБС, первые результаты его работы.

Материалы и методы. В основе разработки регистра хронической ИБС лежали действующие Федеральные и региональные регистры. В крае регистр внедрен в 16 пилотных лечебно-поликлинических учреждениях, основной площадкой, где оценивалась работа и проведен анализ первых результатов, были КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер и КГБУЗ Краевая Клиническая больница. В регистр хронической ИБС вносились все пациенты с ИБС, получившие специализированную кардиологическую помощь в этих учреждениях, независимо от вида оказываемой помощи. Были применены следующие методы исследования: эмпирические, теоретические и методы математической статистики.

Результаты. Использованная система позволила оценить и повлиять на качественные и количественные показатели работы кардиологической службы Алтайского края. Повысилась доступность кардиологической помощи для жителей села, увеличились объемы специализированной кардиологической помощи, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи по разделу “Сердечно-

сосудистая хирургия”, появилась возможность раннего выявления болезней системы кровообращения и, как следствие этого, снижение смертности от них. Регистр хронической ИБС дает возможность оценить эпидемиологическую ситуацию по ИБС территориально по Алтайскому краю и выявить дефекты оказания кардиологической помощи на разных ее этапах.

Заключение. Необходимо включать данную систему мониторингования во все лечебно-поликлинические учреждения края для более эффективной и своевременной работы с категорией пациентов, нуждающихся в специализированной кардиологической помощи, в т.ч. высокотехнологичной.

Ключевые слова: специализированная кардиологическая помощь, регистр, ишемическая болезнь сердца, высокотехнологичная медицинская помощь, инновационная медицина.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(1): 63–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-1-63-69>

Поступила 28/04-2014

Принята к публикации 26/09-2014

Pilot results of the chronic ischemic heart disease registry implementation in Altai Krai

Nomokonova E. A., Elykomov V. A., Efremushkina A. A.

SBEI HPE “Altai State Medical University” of the Healthcare Ministry. Barnaul, Russia

Aim. Implement the chronic ischemic heart disease (CHD) registry in Altai Krai as a system for CHD patients monitoring, and the first results of its work.

Material and methods. As a basement for the registry development we used actual Federal and regional registries. In the Altai Krai the Registry was started in 16 piloting healthcare institutions, and the center of data processing was KSBHI Altai Krai cardiological dispensary and KSBHI Krai Clinical Hospital. Into the Registry we included all patients with CHD who received a specialized cardiological care in these institutions, not related to the type of a care. We used research methods as following: empirical, theoretical, statistical.

Results. The system let us to evaluate and influence the qualitative and quantitative parameters of cardiological care system in Altai Krai. The availability of cardiological care became better for rural regions, and the volumes of specialized care, including higher technologies as

“Cardiovascular Surgery” line, were increased; it became possible to screen cardiovascular diseases at their earlier stages and hence to decrease mortality. The CHD registry provides opportunity to assess the epidemiological issues by CHD in Altai Krai and to reveal the defects of cardiovascular care at its stages.

Conclusion. The necessity to the monitoring system implementation to all healthcare institutions of the Altai Krai for more effective and on-time work with the patients demanding specialized medical care, including high technologies.

Key words: specialized cardiological care, registry, ischemic heart disease, high technology medical care, innovation medicine

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2015; 14(1): 63–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-1-63-69>

АГ — артериальная гипертензия, БСК — болезни системы кровообращения, ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КАГ — коронароангиография, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОКС — острый коронарный синдром, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХИБС — хроническая ишемическая болезнь сердца, ЧКВ — чрескожные коронарные вмешательства.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел./факс: 8 (3852) 689-852

e-mail: nomokonova-81@mail.ru

[Номоконова Е. А. — заведующая приемным отделением, врач-кардиолог КГБУЗ “Краевая клиническая больница”, Елыкомов В. А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС, Ефремушкина А. А. — д.м.н., профессор кафедры терапии и семейной медицины ФПК и ППС].



Рис. 1 Кардиологическая служба на карте Алтайского края.

Введение

По данным современной статистики, в настоящее время среди причин общей смертности, лидирующую позицию занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), среди которых первое место на протяжении многих десятилетий удерживает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Среди всех ССЗ инвалидность по ИБС приближается к 40%, при этом значимую часть инвалидов составляют лица трудоспособного возраста [1, 2].

В Алтайском крае >1 млн. жителей страдают ССЗ. Каждый четвертый из них — ИБС, каждый второй — артериальной гипертонией (АГ). Это социально-значимая проблема, определяет утрату трудоспособности населения и высокую сердечно-сосудистую смертность. Доля смертности от ИБС в структуре болезней системы кровообращения (БСК) в Алтайском крае в 2012г составила 64,1% (в 2011г — 61,8%) [3].

Уровень смертности от БСК в Алтайском крае несколько выше, чем в РФ (2012г — 737,8 vs 729,3 на 100 тыс. взрослого населения), что превышает данный показатель европейских стран в >4 раз. Поэтому сокращение потерь общества от БСК, сохранение и улучшение здоровья жителей края являются основными задачами не только кардиологической службы, но и системы здравоохранения в целом [3, 4].

В Алтайском крае кардиологическая служба постоянно претерпевает изменения, представляет собой сеть, охватившую все территории края, и выглядит следующим образом (рисунок 1):

- два крупных краевых лечебных учреждения (г. Барнаул), где оказывается специализированная кардиологическая помощь, в т.ч. высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) по профилю “Сердечно-сосудистая хирургия” — это КГБУЗ “Алтайский краевой кардиологический диспансер”

(КГБУЗ АККД) и КГБУЗ “Краевая клиническая больница” (КГБУЗ ККБ);

- терапевтическая помощь в условиях стационара оказывается кардиологическими отделениями в городских больницах, межрайонных кардиологических отделениях (МРКО) и кардиологических отделениях (КО) в районных центрах; всего отделений по краю 10;

- амбулаторная кардиологическая помощь — прием кардиолога в поликлиниках города и межрайонных кардиологических кабинетах (МРКК).

Кардиологическая служба представляет собой систему выявления и динамического наблюдения за больными ССЗ, в т.ч. с хронической ИБС (ХИБС) на всех этапах оказания МП.

Для совершенствования этой системы в Алтайском крае был создан и внедрен в работу лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) пилотный проект регистра ХИБС.

Регистр ХИБС (в дальнейшем — Регистр) — система регистрации, выявления и динамического наблюдения за больными, страдающими ХИБС, определяющая потребность в обследовании, необходимость оказания кардиологической ВМП, позволяющая вести учет больных с данным диагнозом территориально, анализировать качество МП этой категории больных.

Целью создания Регистра является выявление недостатков в оказании МП больным ХИБС, выявление факторов, влияющих на смертность данной категории пациентов. Как следствие, разработка методов, устраняющих эти недостатки и факторы, что в конечном итоге приводит к снижению смертности от ИБС. Основные задачи Регистра включают в себя:

- создание централизованной базы данных, позволяющей увеличить объем плановой кардиологической помощи и снизить риск смертности и осложнений при острых коронарных событиях;
- повышение доступности для сельского населения (особенно отдаленных от краевых медицинских учреждений районов) в своевременной специализированной кардиологической помощи;
- осуществление контроля за оказанием кардиологической помощи населению по территориальному принципу.

В этом сообщении изложена информация о самом Регистре, о его первых данных, полученных в результате работы за период 2011-2013гг (I-III квартал 2013г), его возможностях и перспективах.

Материал и методы

Идея организации Регистра возникла в результате реструктуризации кардиологической службы Алтайского края, потребности в улучшении эпидемиологических показателей по заболеваемости и смертности от БСК, большую долю которых составляет ИБС.

Таблица 1

Характеристика ЛПУ, участвующих в проекте

Показатель/ тип ЛПУ	Краевые	Городские	Районные
Количество ЛПУ, (n)	2	6	8
Наличие кардиологической службы, (n)	2	6	6
Возможность выполнения КАГ и ЧКВ, (n)	2	-	-
Наличие кардиохирургической службы, (n)	2	-	-
Возможность проведения ЭхоКГ, (n)	2	6	7
Средняя численность обслуживаемого населения, (n)	2,4 млн.	1,3 млн.	1,1 млн.

Таблица 2

Диагнозы по МКБ-10, включенные в Регистр

Код МКБ-10	Диагноз	Комментарии
I20.8	стенокардия I ФК	Больные, пролеченные в настоящую госпитализацию с кодом диагноза по МКБ-10 I20.0 в зависимости от стабилизации на определенном ФК
	стенокардия II ФК	
	стенокардия III-IV ФК	
	стенокардия I ФК ПИКС	
	стенокардия II ФК ПИКС	
	стенокардия III-IV ФК ПИКС	
I25.1	ИБС: атеросклероз коронарных артерий	
I25.2	перенесенный ОИМ в прошлом (до 4 нед.)	В эту группу так же вносятся больные, выписанные в данную госпитализацию с диагнозами, соответствующими кодам МКБ-10: I21-I22
I25.6	бессимптомная ишемия	
I25.8	ПИКС, без стенокардии	

Примечание: ФК — функциональный класс, ПИКС — постинфарктный кардиосклероз.

Рядом специалистов здравоохранения Алтайского края была разработана система регистрации, выявления и динамического наблюдения за больными, страдающих ХИБС. Данная система была запущена в 2011г как пилотный проект Регистра (компьютерный и бумажный его варианты).

Для запуска пилотного проекта Регистра были разработаны:

- методические рекомендации по Регистру;
- технология ведения Регистра;
- схема формирования базы Регистра и отбора пациентов на ВМП;
- инструкции по заполнению бумажного варианта Регистра для врачей;
- инструкция по правилам работы с компьютерным вариантом (в рамках защищенной корпоративной сети передачи данных) Регистра.

Основной площадкой, где первоначально был разработан, внедрен Регистр и занесены в базу пациенты с ХИБС, был КГБУЗ АККД.

В основе разработки Регистра лежали действующие в крае Федеральные и региональные регистры: острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого коронарного синдрома (ОКС) [5]. В отличие от них, с помощью Регистра можно:

- провести эпидемиологическую оценку заболеваемости всех форм ИБС, в т.ч. с ОИМ в анамнезе, по территориальному, половозрастному, социальному и другим параметрам;
- оценить преимущество этапов оказания плановой кардиологической помощи;
- проводить мониторинг получаемого лечения и своевременной его коррекции;

- осуществлять отбор больных для проведения кардиохирургической ВМП, что позволяет увеличивать объемы плановой кардиохирургической помощи;

- формировать группы риска, с целью предупреждения развития, прогрессирования заболевания или ранней смертности от ИБС;

- выделить группу риска по преждевременной смертности от ИБС;

- выделять группы пациентов, где прослеживается наследованный принцип заболевания ИБС, для целенаправленной работы с родственниками по предупреждению раннего развития или прогрессирования этого заболевания.

Работа с Регистром осуществляется в постоянном режиме, по мере поступления и обследования пациентов, отвечающим запросам Регистра. В анализ были включены пациенты, внесенные в Регистр с августа 2011г по август 2013г.

Первые положительные результаты работы Регистра послужили основой присоединения ряда ЛПУ, что позволило охватить большую часть населения Алтайского края, особенно сельской местности. Это увеличило доступность специализированной кардиологической помощи.

В Регистре работают ЛПУ Алтайского края, с наличием кардиологической службы, в т.ч. кардиохирургической, возможностью выполнения коронароангиографии (КАГ) и чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ), проведения эхокардиографии и велоэргометрии (таблица 1).

Принципы работы Регистра

- Формирование потока больных ХИБС и улучшение доступности специализированной ВМП в разделе “Сердечно-сосудистая хирургия” жителям Алтайского края.

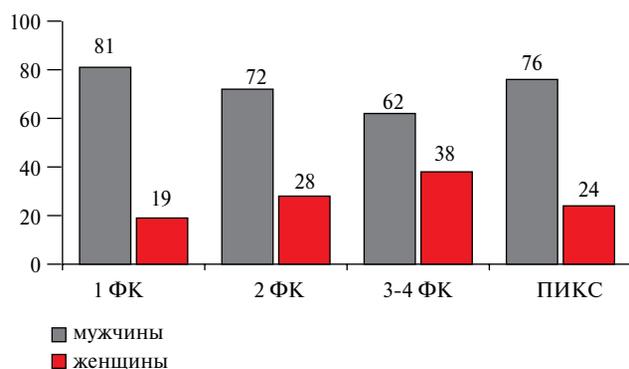


Рис. 2 Распространенность ХИБС с ОИМ в анамнезе.
Примечание: ФК — функциональный класс, ПИКС — постинфарктный кардиосклероз.

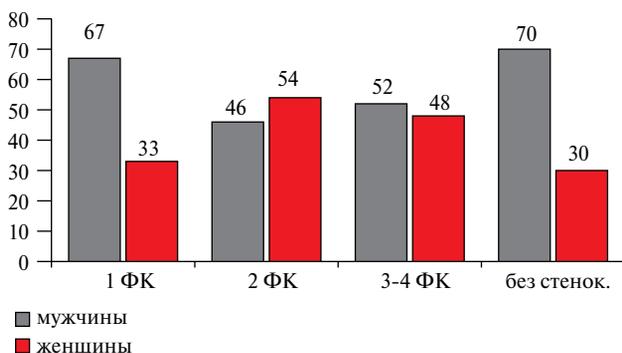


Рис. 3 Распространенность ХИБС без ОИМ в анамнезе.
Примечание: ФК — функциональный класс.

- Централизация информации — создание единой базы информации о пациентах Алтайского края с ХИБС, что позволяет вести более точный статистический учет больных. Таким образом, выделены группы больных, нуждающихся в ВМП или в обследовании в условиях специализированного кардиологического учреждения: КГБУЗ АККД, КГБУЗ ККБ.

- Унифицированный подход — единая для всех система, позволяющая работать в реальном времени, имеющая возможности ее изменения, и внесения изменений в базу данных.

- Непрерывность ведения Регистра.

- Преимущество этапов оказания кардиологической помощи в Алтайском крае, увеличение ее доступности.

- Отбор больных методом фильтрации — программа Регистра предусматривает систему фильтрации, где уже по заданным параметрам можно выбрать необходимую группу пациентов: по району, возрасту, диагнозу, факторам риска (ФР) и т.д.

Критерии включения в Регистр

- В Регистр включаются пациенты с диагнозом ИБС согласно МКБ-10 (таблица 2).

- Пациенты включаются в Регистр, независимо от того, оказана или нет ВМП по разделу “Сердечно-сосудистая хирургия”.

- Пациенты с наличием любой сопутствующей патологии при диагнозе ИБС.

Критерии исключения из Регистра

- Обязательным требованием (для районных больниц), исключающим пациентов с сомнительным диагнозом ИБС из базы Регистра, является условие заполнения формы на первом этапе для больных с подтвержденным диагнозом в краевом специализированном учреждении.

- Для исключения “мертвых душ” в Регистре компьютерная программа “Мониторинг + (Регистр ХИБС)” предусматривает архив базы, куда перемещаются пациенты, прошедшие по статистике, как умершие.

- Системой предусмотрено исключение повторного ввода больного в базу; возможна только корректировка данных.

- В каждом из ЛПУ, принимающем участие в проекте, предусмотрен ряд мероприятий, исключающих заполнение бумажной формы неоднократно на одного больного при повторных посещениях:

- наличие электронной версии (Microsoft Excel) базы данных на рабочем месте;
- маркировка амбулаторных карт;
- информация в выписке стационарного больного, о том, что больной внесен в Регистр.

Этапы работы с Регистром:

1. Заполнение бумажного носителя Регистра (карты больного ХИБС) — осуществляют врачи-кардиологи (или врачи-терапевты) стационара и диспансерного отделения, согласно инструкции по его заполнению.

2. Заполнение компьютерного варианта — может осуществлять любой специалист (оператор), под руководством ответственного за Регистр лица в данном ЛПУ.

3. Аналитическая работа — анализ полученных данных: отслеживание пациентов в динамике, оценка потребности в их дообследовании, качества оказанной медицинской помощи и т.п., формирование необходимых отчетных форм.

Результаты и обсуждение

За 2 года работы Регистра в Алтайском крае в него введены данные >8 тыс. пациентов с диагнозом ИБС, из них жителей города ~43%, жителей села 57%, что показывает возможность более доступной специализированной кардиологической помощи жителям села. 2/3 пациентов в регистре — мужчины, причем 52% из них трудоспособного возраста. У женщин ИБС в трудоспособном возрасте составила всего 17%, что не противоречит имеющимся литературным данным [2, 6].

Если разделить пациентов на две группы — I и II: больные ИБС с ИМ и без ИМ в анамнезе, то в I группе преобладают лица мужского пола >75% (рисунок 2 и 3). Высокий процент больных ИБС с ИМ в анамнезе по Регистру не опровергает факта, что ИБС чаще выявляется в острых ее проявлениях, в виде ОКС [7, 8].

На первом году ведения Регистра I группа — пациенты с ИМ в анамнезе составляла 70% от общего количества базы данных. С расширением кардиологической сети и внедрением Регистра на амбулаторном этапе картина изменилась. По истечении второго года ведения Регистра количество пациентов

Данные Регистра ХИБС по ФР ИБС

ФР	Показатель	Зависимость от пола	
		мужчины	женщины
Пол	-	64	36
Возраст	<45 лет, %	4	-
	45-55 лет, %	23	10
	55-65 лет, %	45	33
	65-75 лет, %	21	36
	>75 лет, %	7	21
АГ, %	88	-	-
Курение, %	28	96	4
Избыточная масса тела и ожирение, %	75	62	38
Гиперолестеринемия, %	47	-	-
Триглицеридемия, %	23	-	-
Липопротеиды высокой плотности (<0,8), %	18	-	-
Сахарный диабет, %	19	-	-
Глюкоза (>6 ммоль/л), %	28	-	-
Семейный анамнез ИБС, % из них:	20	60	40
– внезапная смерть в молодом возрасте, %	0,5	85	15

I группы уменьшилось до 52-53%, и произошло это не за счет уменьшения ИМ, а за счет ввода в базу данных вновь выявленных и уже стоявших на учете по месту жительства пациентов с верифицированным диагнозом ИБС, без ИМ в анамнезе. И это II группа пациентов — 47%, у которой можно предупредить развитие ОКС посредством мониторинга лечения, его своевременной коррекции и соблюдения этапности оказания специализированной кардиологической помощи. I группа пациентов является наибольшей для отбора больных на ВМП по разделу “Сердечно-сосудистая хирургия”.

Эпидемиологическая оценка ФР у пациентов Алтайского края (таблица 3), страдающих ХИБС по Регистру показала и подтвердила, что наличие таких ФР как мужской пол, возраст (у мужчин >45 лет, у женщин >55 лет), наличие АГ, курения (особенно у лиц мужского пола — 96%), избыточной массы тела и дислипидемии являются предикторами как самой ИБС, так и осложнений, связанных с ней.

Для оценки уровня риска развития сердечно-сосудистых осложнений предложены различные шкалы: SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) и др. [9], однако они учитывают лишь несколько классических показателей: пол, возраст, курение, уровень артериального давления и содержание холестерина. Между тем список ФР постепенно расширяется. Известно, и многие годы изучается, генетическая детерминированность ИБС, однако механизмы ее реализации до сих пор не ясны [9-11].

Регистр позволяет выделить группу пациентов, у которых прослеживается принцип наследственности по ССЗ и направленно работать с ними и их родственниками в плане изучения этой проблемы.

Не менее важной является возможность предупредить раннее развитие или прогрессирование ИБС и возникновение осложнений заболевания, что должно способствовать снижению смертности от БСК. По предварительным данным Регистра 20% пациентов имеют отягощенный семейный анамнез (по опросу пациентов) и из них 0,5% отметили у ближайших родственников внезапную смерть в молодом возрасте от ОИМ или ОКС. В настоящее время по данной проблеме проводится исследовательская работа, используя указанные возможности Регистра.

Возможность Регистра оценить преемственность этапов оказания плановой кардиологической помощи включает в себя анализ наличия и своевременности проводимых исследований на амбулаторном этапе, получаемого стационарного лечения и объемов обследования, в т.ч. в условиях специализированного учреждения, оказания ВМП. Одним из больших разделов Регистра является раздел ВМП, анализ которого приведен ниже.

Оценка оказания ВМП по разделу “Сердечно-сосудистая хирургия” показала, что ~35% (n=2947) пациентам уже оказана ВМП, из них в 32% случаев — стентирование коронарных артерий, в 32% — аортокоронарное шунтирование, в 23% — баллонная ангиопластика, в 8% — имплантированные электрокардиостимуляторы, в 5% — другие виды ВМП (протезирование клапанов и др.) [5]. Учитывая наличие у пациентов ОКС, вычислили долю проведения экстренных стентирований и баллонных ангиопластик. Стентирование коронарных артерий при ОКС от общей массы (n=1472) стентирований составило 62% (n=908), баллонная ангиопластика от (n=165) — 70% (n=115).

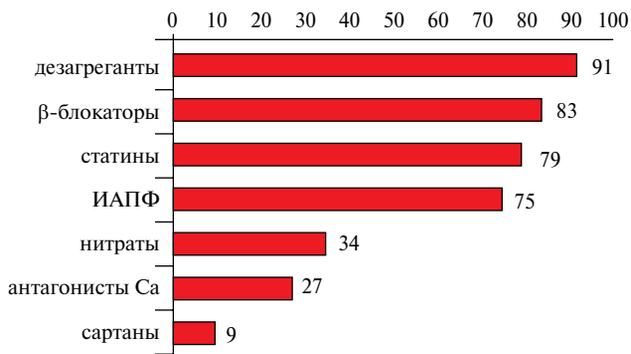


Рис. 4 Назначение лекарственных препаратов различных классов пациентам с ХИБС.

Примечание: ИАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

За 2013г в результате реструктуризации кардиологической службы Алтайского края — увеличение кардиологических коек, открытие второго кардиохирургического отделения в крае, внедрения инновационных систем мониторинга кардиологических больных, объемы плановой кардиохирургической помощи выросли в 1,8 раза. По территориальному признаку 36% пациентов, получивших кардиохирургическую помощь, — это жители столицы края, 64% — это жители отдаленных районов края. Объемы амбулаторной помощи кардиологическим больным увеличились в 3 раза, за счет ведения мониторинга и активного вызова пациентов с целью оценки динамики и течения заболевания, организации выездных бригад в районы края, открытия межрайонных кардиологических кабинетов. Таким образом, не только увеличились объемы высокоспециализированной кардиологической помощи, но и ее доступность жителям отдаленных районов Алтайского края.

Следует учитывать, что в Регистр включены пациенты, прошедшие консультативный прием или лечение в специализированном учреждении. На данный момент, естественно, остается группа сельского населения, которая требует верификации диагноза и получения специализированной помощи в краевом учреждении.

Анализ медикаментозного лечения ИБС в Крае позволил оценить результаты работы кардиологической службы. Информация о лечении вносилась в Регистр по каждому законченному случаю на стационарном или амбулаторном этапе, иными словами, то, что пациент получает в данный момент. В результате установлено, что лечение осуществляется согласно принятым рекомендациям для больных разными формами ИБС и стандартам ведения данной категории пациентов.

По данным Регистра 91% больных ИБС получают дезагрегантную терапию (рисунок 4). Из них

была выделена группа пациентов, которым проводились ЧКВ, где четко отмечено 100% выполнение стандарта в назначении двухкомпонентной терапии дезагрегантами [7, 13]. Гиполипидемические препараты (статины) принимали 79% больных, β-адреноблокаторы — 83%, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента — 75%, антагонисты кальция — 27%, сартаны — 9%, антиангинальная терапия нитратами — 34%, из них 79% принимали препараты пролонгированного действия. Доля антикоагулянтов среди всех препаратов составила 6%, антиаритмических препаратов — 8%.

Многочисленные исследования в области изучения приверженности пациентов назначенному лечению показали, что приверженность терапии пациентов в группе высокого риска, а также пациентов с ССЗ является крайне низкой, что в результате приводит к неблагоприятным исходам и большим денежными затратами лечебного учреждения. Например, спустя 1 мес. после перенесенного ОИМ, 25-30% пациентов прекращают принимать, по крайней мере, один препарат, что со временем приводит к полному нарушению режима терапии. После 1 года, <50% пациентов показывают тенденцию к постоянному приему статинов, β-адреноблокаторов или препаратов для антигипертензивной терапии [12-14].

Оценить комплаентность пациентов введенных в Регистр можно только путем мониторинга получаемого лечения и своевременной его коррекции. Проводится это в результате активного вызова на прием пациентов, находящихся в базе Регистра, и своевременного внесения изменений в нее, что происходит в настоящий момент, и будет представлено в последующих работах.

Широкие информационные возможности Регистра позволяют:

- оценить эпидемиологическую ситуацию по ИБС территориально и выявить дефекты оказания кардиологической помощи на разных ее этапах жителям Алтайского края;
- повысить доступность кардиологической помощи для жителей села;
- определить объемы оказываемой и необходимой специализированной кардиологической помощи, в т.ч. ВМП по разделу “Сердечно-сосудистая хирургия”;
- рекомендовать лечение БСК на ранних стадиях;
- выделить группу пациентов с отягощенным семейным анамнезом, для исследования семейных форм ИБС, их своевременной диагностики у родственников и проведение профилактических или лечебных мероприятий, предупреждающих прогрессирование ИБС [11].

Все вышесказанное указывает на необходимость включения данной системы мониторинга во все ЛПУ края для более эффективной и своевременной работы с категорией пациентов, нужда-

ющихся в специализированной кардиологической помощи, в т.ч. ВМП.

Заключение

Сформирован универсальный подход к созданию единой базы для больных, страдающих ИБС.

Регистр позволяет провести анализ работы кардиологической службы, своевременно оценить недостатки и повлиять на качественные и количественные показатели работы кардиологической службы Алтайского края.

Регистр помогает отслеживать эпидемиологическую обстановку в районах края по заболеванию

ИБС, выявлять факторы риска и проводить их коррекцию.

Анализ данных Регистра вскрыл недостатки в работе кардиологической службы, обусловленные недостаточной профилактической работой, отсутствием длительной приверженности пациентов лечению, что может объясняться и кадровым дефицитом врачей.

Показана необходимость включения данной системы мониторинга во всех ЛПУ Алтайского края для осуществления равнодоступной специализированной, в т.ч. кардиологической ВМП больным на территории Алтайского края.

Литература

- Oganov RG, Maslennikova GY. Demographic trends in the Russian Federation: the contribution of circulatory system diseases. *Cardiovascular therapy and Prevention* 2012; 1: 5-10. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2012; 1: 5-10).
- State report on the health of the population of the Russian Federation in 2008. State report. M., 2009. Russian (Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2008 году. Государственный доклад. М., 2009).
- Altai Regional medical information-analytical center. Health status and health activities of the Altai Territory, in 2012. Barnaul 2013; P.1: 188 p. Russian (Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2012 году. Барнаул 2013; Ч.1: 188 с).
- Belenkov YN, Mareev VY, Ageev FT, et al. True prevalence of CHF in the European part of Russia (AGE study). *Heart failure in 2011*; 12; 2 (64): 63-8. Russian (Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Истинная распространенность ХСН в Европейской части РФ (исследование ЭПОХА). *Сердечная недостаточность* 2011; 12; 2 (64): 63-8).
- Ehrlich AD, Gratsianskii NA. Register acute coronary syndromes RECORD. Patients and treatment before discharge from the hospital. *Monthly scientific J Cardiology* 2009; 49; 7(8): 4-12. Russian (Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. Ежемесячный научно-практический журнал: *Кардиология* 2009; 49; 7(8): 4-12).
- Mamaev AN. Fundamentals of medical statistics. M.: Practical Medicine 2011; 128 p. Russian (Мамаев А.Н. Основы медицинской статистики. М.: Практическая медицина 2011; 128 с).
- Belenkov YN, Oganov RG. *Cardiology: National leadership*. M.: GEOTAR Media 2008; 1290 p. Russian (Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. *Кардиология: Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа 2008; 1290 с).
- Eriksson H, Wilhelmson L, Caidahl K, Svardsudd K. Epidemiology and prognosis of heart failure. *Zeitschrift fur Kardiologie* 1991; 80: 1-6.
- Joep Perk, Guy De Backer, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-701.
- Gubaev KI, Nasibullin TR, Karamova IM, et al. The analysis of polymorphism 344T/C gene aldosterone with chronic heart failure of ischemic etiology. *Heart failure* 2007; 8 (5): 236-8. Russian (Губаев К.И., Насибуллин Т.Р., Карамова И.М. и др. Анализ ассоциаций полиморфизма — 344T/C гена альдостеронсинтазы с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии. *Сердечная недостаточность* 2007; 8(5): 236-8).
- Shesterny PA, Shulman VA, Nikulin SY. Genetic aspects of myocardial infarction: problems and prospects. *Russ J Cardiol* 2012; 1: 4-11. Russian (Шестерня П.А., Шульман В.А., Никулина С.Ю. Генетические аспекты инфаркта миокарда: проблемы и перспективы. *Российский кардиологический журнал* 2012; 1: 4-11).
- Joep Perk, Guy De Backer and other. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Russ J Cardiol* 2012; 4(96) prilozhenie 2: 61 p. Russian (Джоп Пек, Гай де Бакер и др. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012г). *Российский кардиологический журнал* 2012; 4(96), приложение 2: 61 с).
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 2009; 119: 3028-35.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.