

Заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению взрослых пациентов. Систематический обзор

Шепель Р. Н.^{1,2}, Драпкина О. М.^{1,2}, Концевая А. В.^{1,2}, Шальнова С. А.¹, Лукьянов М. М.¹, Левченко Е. И.¹, Вошев Д. В.¹, Лусников В. П.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России. Москва;

²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Обобщить данные, представленные в научных публикациях, о номенклатуре заболеваний/состояний, чувствительных к амбулаторному лечению (СЧАЛ) взрослых пациентов, в стране проведения исследования, как одного из инструментов комплексной оценки эффективности мероприятий, реализуемых на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. Исследование реализовано в 4 этапа: 1 — поиск статей по ключевым словам в электронных библиографических базах данных; 2 этап — исключение дубликатов; 3 этап — просмотр рефератов с оценкой на предмет соответствия критериям включения/исключения с последующим поиском полнотекстовых версий и окончательным отбором публикаций; 4 этап — систематизация и анализ данных о СЧАЛ. Поиск статей, опубликованных в период с 01.01.2012 по 31.12.2022, и содержащих информацию о номенклатуре СЧАЛ, выполнен в 4 отечественных и зарубежных электронных библиографических базах данных (Elibrary, NLM (PubMed), MEDLINE, PreMEDLINE). При подготовке систематического обзора использовалась система PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Систематизация информации о полученных результатах проводилась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016.

Результаты. Всего из 10898 первично найденных публикаций к 4 этапу исследования допущены 11 полнотекстовых версий статей с описанием исследований, которые полностью соответствовали критериям включения/исключения и были включены в окончательный анализ. Ни в одной из 11 публикаций номенклатура СЧАЛ не была идентична другой из включенных в 4 этап анализа публикации. Отмечена вариативность общего числа СЧАЛ в каждой из оцениваемых работ. В 100% анализируемых публикаций среди СЧАЛ были указаны хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит, сердечная недостаточность, сахарный диабет и гипертония; в 91% (10 публикаций) среди СЧАЛ были указаны сте-

нокардия, астма, железодефицитная анемия, заболевания зубов и полости рта, инфекции мочевыводящих путей, острые кожные инфекции и гастроэнтерит.

Заключение. Номенклатура СЧАЛ различных стран характеризуется вариабельностью, что обусловлено демографическими, эпидемиологическими, организационными и прочими особенностями. На основании данных проведенного систематического обзора установлено, что в Российской Федерации номенклатура СЧАЛ не определена. Полученные в настоящей работе данные могут служить основой для инициирования научного проекта, направленного на формирование отечественной номенклатуры СЧАЛ как одного из инструментов комплексной оценки эффективности мероприятий, реализуемых на уровне ПМСП.

Ключевые слова: заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению, госпитализация, предотвратимые госпитализации, первичная медико-санитарная помощь.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 29/07-2024

Рецензия получена 26/08-2024

Принята к публикации 30/09-2024



Для цитирования: Шепель Р. Н., Драпкина О. М., Концевая А. В., Шальнова С. А., Лукьянов М. М., Левченко Е. И., Вошев Д. В., Лусников В. П. Заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению взрослых пациентов. Систематический обзор. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(9):4128. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4128. EDN MAIAVK

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: r.n.shepel@mail.ru

[Шепель Р. Н.* — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, в.н.с., руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-8984-9056, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Концевая А. В. — д.м.н., доцент, зам. директора, ORCID: 0000-0003-2062-1536, Шальнова С. А. — д.м.н., профессор, руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0002-9535-3137, Лукьянов М. М. — к.м.н., руководитель отдела клинической кардиологии, ORCID: 0000-0002-5784-4525, Левченко Е. И. — эксперт группы по организации медицинской помощи организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0009-0009-9844-9730, Вошев Д. В. — к.м.н., н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0001-9216-6873, Лусников В. П. — врач-методист группы по организации медицинской помощи организационно-методического управления и анализа оказания медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-0313-0690].

Ambulatory care sensitive diseases/conditions in adult patients. A systematic review

Shepel R. N.^{1,2}, Drapkina O. M.^{1,2}, Kontsevaya A. V.^{1,2}, Shalnova S. A.¹, Lukyanov M. M.¹, Levchenko E. I.¹, Voshev D. V.¹, Lusnikov V. P.¹¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; ²Russian University of Medicine. Moscow, Russia

Aim. To summarize the published data on the nomenclature of ambulatory care sensitive diseases/conditions (ACSCs) in adult patients as one of the tools for a comprehensive assessment of the effectiveness of primary health care (PHC) measures implemented.

Material and methods. The study was implemented in 4 following stages: 1 — search for articles by keywords in electronic bibliographic databases; 2 — duplicate elimination; 3 — review of abstracts with an assessment for compliance with the inclusion/exclusion criteria, followed by a search for full-text versions and final selection of publications; 4 — systematization and analysis of data on the ACSCs. Articles published in the period from January 1, 2012 to December 31, 2022 and containing information on ACSC nomenclature were searched in 4 domestic and foreign electronic bibliographic databases (Elibrary, NLM (PubMed), MEDLINE, PreMEDLINE). The PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) system was used in the preparation of the systematic review. Systematization of information on the obtained results was carried out in Microsoft Office Excel 2016 spreadsheets.

Results. In total, out of 10898 initially found publications, 11 full-text papers describing studies that fully met the inclusion/exclusion criteria were admitted to stage 4 and were included in the final analysis. In none of the 11 publications was ACSC nomenclature identical to any other publication included in stage 4 of the analysis. Variability in the total number of ACSCs was noted in each of the assessed papers. In 100% of the analyzed publications, the NCAs included chronic obstructive pulmonary disease/chronic bronchitis, heart failure, diabetes, and hypertension. In 91% (10 publications), the ACSCs included angina pectoris, asthma, iron deficiency anemia, dental and oral diseases, urinary tract infections, acute skin infections, and gastroenteritis.

Conclusion. The nomenclature of the ACSCs in different countries is characterized by variability due to demographic, epidemiological,

organizational, and other features. The conducted systematic review showed that the nomenclature of the ACSCs has not been defined in the Russian Federation. The data obtained in this work can serve as a basis for initiating a project aimed at developing a domestic nomenclature of ACSCs as one of the tools for a comprehensive assessment of the effectiveness of PHC measures implemented.

Keywords: ambulatory care sensitive diseases/conditions, hospitalization, preventable hospitalizations, primary health care.

Relationships and Activities: none.

Shepel R. N.* ORCID: 0000-0002-8984-9056, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Kontsevaya A. V. ORCID: 0000-0003-2062-1536, Shalnova S. A. ORCID: 0000-0002-9535-3137, Lukyanov M. M. ORCID: 0000-0002-5784-4525, Levchenko E. I. ORCID: 0009-0009-9844-9730, Voshev D. V. ORCID: 0000-0001-9216-6873, Lusnikov V. P. ORCID: 0000-0002-0313-0690.

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 29/07-2024

Revision Received: 26/08-2024

Accepted: 30/09-2024

For citation: Shepel R. N., Drapkina O. M., Kontsevaya A. V., Shalnova S. A., Lukyanov M. M., Levchenko E. I., Voshev D. V., Lusnikov V. P. Ambulatory care sensitive diseases/conditions in adult patients. A systematic review. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(9): 4128. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4128. EDN MAIAVK

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, МКБ-10 — Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению (англ.: ACSC — ambulatory care sensitive conditions), ЭББД — электронные библиографические базы данных, АНРQ — The United States Agency for Healthcare Research and Quality (агентство США по исследованиям и качеству здравоохранения).

Введение

Концепция заболеваний/состояний, чувствительных к амбулаторному лечению (СЧАЛ, англ.: ambulatory care sensitive conditions, ACSC), основана на изучении тех заболеваний/состояний, при которых госпитализации можно было бы избежать при своевременной и эффективной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Таким образом, СЧАЛ — это заболевания/состояния, для которых своевременная и эффективная медицинская помощь, оказанная на амбулаторном этапе, может оказать влияние на снижение риска госпитализации. Первый опыт применения СЧАЛ для анализа эффективности систем здравоохранения был описан Billings J, et al.; целью этой публикации была оценка доступности здравоохранения для малоимущего населения г. Нью-Йорка [1]. Теория опыта состояла в следующем: если можно выполнить раннюю диагностику и обеспечить контроль определенного заболевания/состояния, то также можно

избежать необходимости госпитализации по поводу его обострения или декомпенсации. В случае, если эти мероприятия на уровне ПМСП не будут в полной мере оказаны, то отсутствие доступности или эффективности ПМСП должно привести к росту госпитализации. Иными словами, динамика числа госпитализаций может косвенно свидетельствовать о том, насколько хорошо организована ПМСП. При оценке динамики показателей госпитализаций по поводу СЧАЛ в качестве индикатора эффективности ПМСП снижение числа госпитализаций, как правило, означает, что ПМСП пациентам с указанными заболеваниями/состояниями оказана на высоком уровне, и наоборот, если отмечается рост показателей госпитализации от СЧАЛ, это, как правило, свидетельствует о проблемах с доступностью и/или качеством оказания ПМСП. Это упрощенная интерпретация концепции СЧАЛ.

До 2000-х гг исследования в этой области в основном были сосредоточены в США, после чего

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению (СЧАЛ), представляют собой заболевания или состояния, при которых своевременная и эффективная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) может снизить риск госпитализации по данному поводу.
- В различных странах номенклатура СЧАЛ характеризуется значительной вариативностью, обусловленной демографическими, эпидемиологическими и организационными особенностями.

Что добавляют результаты исследования?

- Установлено, что в Российской Федерации номенклатура СЧАЛ еще не определена, что подчеркивает необходимость формирования отечественной номенклатуры.
- Полученные данные могут послужить основой для разработки научного проекта, направленного на создание отечественной номенклатуры СЧАЛ, что предоставит дополнительные возможности в оценке эффективности мероприятий на уровне ПМСП.

Key messages

What is already known about the subject?

- Ambulatory care sensitive diseases/conditions (ACSCs) are diseases or conditions for which timely and effective primary health care (PHC) can reduce the risk of hospitalization.
- In different countries, the ACSC nomenclature is characterized by significant variability due to demographic, epidemiological and organizational features.

What might this study add?

- In the Russian Federation, the ACSC nomenclature has not yet been defined, which emphasizes the need to form a domestic nomenclature.
- The data obtained can serve as a basis for developing a project aimed at creating a domestic nomenclature of the ACSCs, which will improve the assessment of the effectiveness of PHC measures.

аналогичные работы стали появляться в странах Европы: одними из первых Caminal J, et al. (2001, 2004) изучили постулируемую американскими учеными взаимосвязь между СЧАЛ и ПМСП в европейском контексте для того, чтобы разработать номенклатуру СЧАЛ в качестве маркеров эффективности ПМСП и указать, какие виды деятельности ПМСП в первоочередном порядке оказывают воздействие на снижение числа и частоты госпитализации [2, 3]. В последующем во многих странах мира (Канада, Австралия, Бразилия, Великобритания, Германия и др.) стали разрабатываться различные методы по определению собственной номенклатуры СЧАЛ [4]: Brown A, et al. (2001) [5], Канадским институтом медицинской информации (Canadian Institute for Health Information-CIHI)¹, Page A, et al. (2007) [6], Purdy S, et al. (2001) [4], Alfradique ME, et al. (2009) [7], Freund T, et al. (2013) [8], Sundmacher L, et al. (2015) [9], Агентством США по исследованиям и качеству здравоохранения (The United States Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ)² и пр.

Процесс определения номенклатуры СЧАЛ в той или иной стране, как правило, начинается с обзора литературы, направленного на выявление

СЧАЛ, за которым следуют процедуры обсуждения и экспертной оценки. Все перечисленные этапы направлены на достижение консенсуса в отношении того, какие СЧАЛ будут актуальными в стране проведения исследования с учетом специфики организации медицинской помощи, распространенности заболеваний, социально-экономических и культурных особенностей населения [10]. Кроме того, согласно публикациям Solberg LI, et al. (1990) [11] и Weissman JS, et al. (1992) [12], включение заболеваний/состояний в перечень СЧАЛ должно соответствовать следующим критериям: наличие предыдущих исследований; ясность в определении и кодировании диагнозов; актуальность для здравоохранения (коэффициент госпитализации не <1/10 тыс. населения в год); заболевание/состояние потенциально можно предупредить путем своевременной и эффективной ПМСП и избежать госпитализации.

Несмотря на сложные рамки детерминант, СЧАЛ служат ценным инструментом в качестве показателя эффективности систем здравоохранения, поскольку все чаще обсуждаются не только на академическом уровне, но и используются национальными системами здравоохранения и международными организациями. К примеру, Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подготовило рабочий документ, обобщающий доказательства использования СЧАЛ в качестве показателя эффективности здравоохранения

¹ Canadian Institute of Health Information. Health Indicators 2008: CIHI. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-221-x/82-221-x2008001-eng.pdf?st=sa-Aqb7k> (11.12.2023).

² Agency for Healthcare Research and Quality. Prevention Quality Indicators Overview. Published 2018. https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/pqi_resources. (20.11.2023).

в аспектах доступа, качества, координации и эффективности³. Кроме того, Организация экономического сотрудничества и развития (англ.: Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) [13], Национальная служба здравоохранения Англии (англ.: National Health Service, NHS)⁴, ANHQ² также включили оценку госпитализаций по поводу СЧАЛ в перечень показателей эффективности здравоохранения¹.

По мере изучения СЧАЛ претерпел изменения и понятийный аппарат⁵. К примеру, согласно ANHQ, СЧАЛ — это заболевания/состояния, при которых должное амбулаторное лечение потенциально может предотвратить необходимость госпитализации или при которых раннее вмешательство может предотвратить осложнения или более тяжелое течение заболевания; OECD под СЧАЛ понимают хронические заболевания/состояния, при которых доступ к надлежащей ПМСП может предотвратить необходимость текущей госпитализации; NHS определяет СЧАЛ как цель воздействия, в результате которого эффективный уход и ведение пациентов по месту жительства могут помочь предотвратить необходимость госпитализации; согласно Европейскому бюро ВОЗ⁶, СЧАЛ — заболевания/состояния, при которых госпитализации можно избежать путем своевременного и эффективного оказания помощи в амбулаторных условиях. Таким образом, предотвратимые СЧАЛ соответствуют той части от всех госпитализаций, связанных с СЧАЛ, которую можно предупредить (рисунок 1). Следует отметить, что не всех госпитализаций при СЧАЛ можно избежать из-за тяжести состояния пациента и наличия других клинических показаний к госпитализации (рисунок 1).

Цель настоящего исследования — обобщение данных, представленных в научных публикациях, о номенклатуре СЧАЛ взрослых пациентов в странах проведения исследования, как одного из ин-

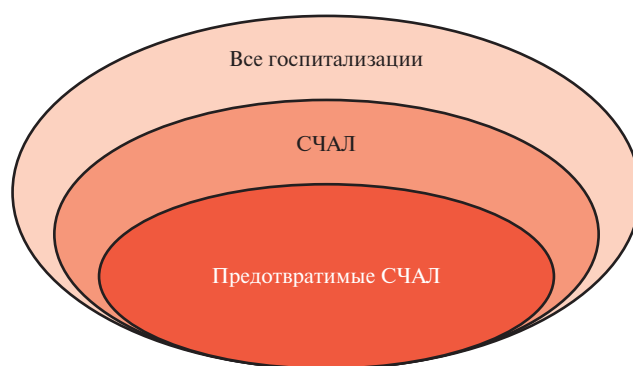


Рис. 1 Предотвратимые СЧАЛ в структуре всех госпитализаций (адаптировано⁵).

Примечание: СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению.

струментов комплексной оценки эффективности мероприятий, реализуемых на уровне ПМСП.

Материал и методы

Исследование было выполнено в 4 этапа.

1 этап — поиск публикаций в отечественных и зарубежных электронных библиографических базах данных (ЭББД).

Для поиска публикаций использовались 4 ЭББД: Elibrary, NLM (PUBMED), MEDLINE, Pre MEDLINE. Обзор и обобщение данных проводилось в период с 01.09.2023 по 15.03.2024.

Поиск в Elibrary выполнялся по следующей формуле:

- "Что искать": ACSC; ambulatory care sensitive conditions; заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению; потенциально предотвратимые госпитализации; предотвратимые госпитализации;
- "Где искать": в названии публикации, в аннотации, в ключевых словах, в списках цитируемой литературы, в полном тексте публикации;
- "Тип публикации": статьи в журналах, книги, материалы конференции, депонированные рукописи, патенты, гранты;
- "Параметры": искать с учетом морфологии; искать похожий текст;
- "Годы публикации": 2012-2022гг.

Поиск в MEDLINE, PreMEDLINE, NLM (PUBMED) проводился на платформе <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>:

- "SEARCH": ACSC; ambulatory care sensitive conditions;
- "TEXT AVAILABILITY": Abstract; Full text;
- "PUBLICATION DATE": с 01.01.2012 по 31.12.2022гг;
- "ADDITIONAL FILTERS/ OTHER": Exclude pre-prints.

Критерии включения:

- Пациенты/популяция: без ограничений;
- Число участников: без ограничений;
- Страна проведения: без ограничений;
- Дизайн исследования: без ограничений;
- Язык публикации: русский, английский;
- Дата публикации: 1 января 2012г — 31 декабря 2022г;
- Наличие в полнотекстовой версии статьи описания утвержденной номенклатуры СЧАЛ взрослых (≥ 18 лет), с указанием кода заболеваний согласно Международной

³ World Health Organization Regional Office for Europe. Assessing Health Services Delivery Performance with Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Copenhagen: Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health; 2016. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2016-4172-43931-61907> (11.12.2023).

⁴ Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries; 2004. <https://www.oecd.org/els/health-systems/33865865.pdf>. (20.12.2023).

⁵ Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Executive summary. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328928/WHO-HIS-HGF-19.1-rus.pdf> (15.12.2023).

⁶ NHS England. Quality and outcomes framework. Published 2019. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2018-19-pas>. (25.12.2023).

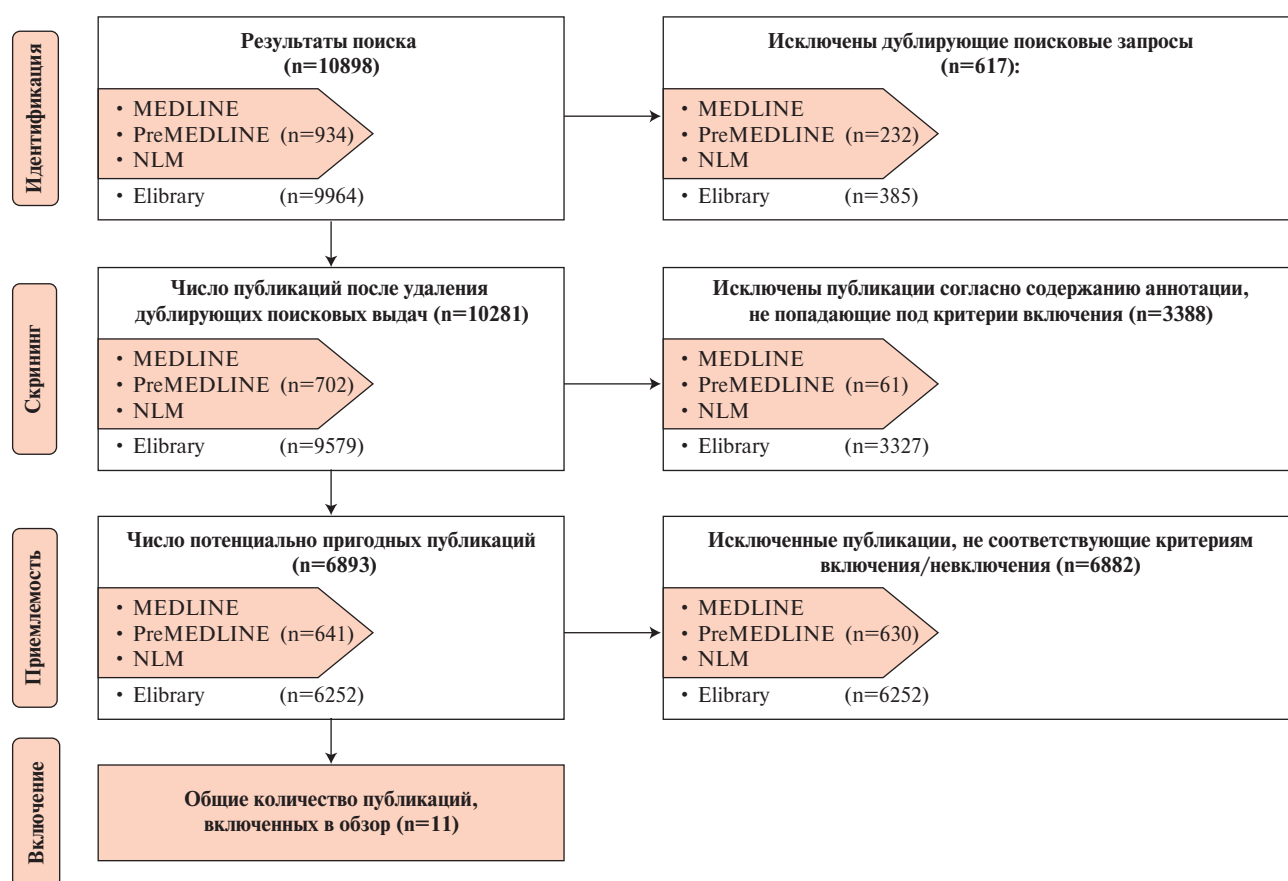


Рис. 2 Схема отбора публикаций в исследование.

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10).

Критерии не включения:

- обзор литературы, продолжающиеся исследования на момент включения, протоколы исследований или рецензии, редакционные статьи или редакционные комментарии и статьи, опубликованные до 1 января 2012г или после 31 декабря 2022г и написанные не на английском/русском языках;

- публикации, содержащие номенклатуру СЧАЛ для лиц <18 лет, а также использующие прочие классификации заболеваний, кроме МКБ-10.

2 этап — исключение дубликатов. Названия и аннотации публикаций, полученных на 1-м этапе, были проверены и оценены на предмет релевантности двумя членами исследовательской группы, которые исключили дубликаты.

3 этап — просмотр рефератов с оценкой на предмет соответствия критериям включения/невключения, с последующим поиском полнотекстовых версий и окончательным отбором публикаций. Два члена исследовательской группы извлекли полные тексты потенциально релевантных публикаций и проанализировали на предмет соответствия критериям включения/невключения. Извлечение данных, структурирование и их категоризация проводилась с использованием таблиц Microsoft Office Excel 2016 в разрезе критериев включения/невключения.

4 этап — анализ и систематизация полученных данных.

Систематизация информации о полученных результатах проводилась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016.

При подготовке систематического обзора использовалась система PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).

Результаты и обсуждение

Исследования, соответствующие установленным критериям

Схема реализации стратегии поиска публикаций представлена на рисунке 2.

Всего из 10 898 первично найденных публикаций к 4 этапу исследования допущены 11 полнотекстовых версий статей с описанием исследований, которые полностью соответствовали критериям включения/невключения и были внесены в окончательный анализ. Информация о включенных публикациях, а также методиках, которые использовались при определении номенклатуры СЧАЛ, представлена в таблице 1.

Систематизация данных о СЧАЛ, описанных в публикациях

Ни в одной из 11 публикаций номенклатура СЧАЛ не была идентична другой из включенных в 4-й этап анализа (таблица 2). В то же время отмечена вариативность общего числа СЧАЛ в каждой из оцениваемых работ: от 7 в исследовании Kisely S, et al. (2015) [22] до 27 в исследовании Freund T, et al. (2013) [8]. В 100% анализируемых публикаций среди

Таблица 1

Характеристика публикаций, включенных в 4 этап исследования

№	Первый автор, год публикации и № в списке литературы	Страна	Используемые методы
1	Gonzalez-Velez AE, et al. (2019) [14]	Колумбия	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Bardsley M, et al. [20] (2013) + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
2	Sarmento J, et al. (2020) [15]	Португалия	литературный обзор + метод Делфи (84 эксперта)
3	Sundmacher L, et al. (2015) [9]	Германия	литературный обзор + метод Делфи (40 экспертов)
4	Eggl Y, et al (2014) [16]	Швейцария	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Purdy S, et al. (2009) [4] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
5	Freund T, et al. (2013) [8]	Германия	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Purdy S, et al. (2009) [4] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
6	Sheridan A, et al. (2012) [17]	Ирландия	литературный обзор + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
7	Fleetcroft R, et al. (2018) [18]	Великобритания	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Purdy S, et al. (2009) [4]
8	Weeks WB, et al. (2016) [19]	Франция	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Purdy S, et al. (2009) [4] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
9	Bardsley M, et al. (2013) [20]	Великобритания	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Purdy S, et al. (2009) [4] + перечень СЧАЛ Департамента здравоохранения штата Виктория (Австралия) [23] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
10	Hone T, et al. (2017) [21]	Бразилия	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Alfradique ME, et al. (2009) [7] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы
11	Kisely S, et al. (2015) [22]	Австралия	за основу взят перечень СЧАЛ, определенный Page A, et al. (2007) [6] + дополнения/изменения на основании решения исследовательской группы

Примечание: СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению.

Таблица 2

Обобщенная информация о СЧАЛ, представленная в публикациях, включенных в 4 этап исследования

СЧАЛ	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	Всего, ед. (%)
Хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
Сердечная недостаточность	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
Сахарный диабет 1 и 2 типа	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
Артериальная гипертензия	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
Стенокардия	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
Бронхиальная астма/астматический статус	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
Железодефицитная анемия	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10 (91)
Заболевания зубов и полости рта	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	10 (91)
Инфекция мочевыводящих путей	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10 (91)
Острые кожные инфекции	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10 (91)
Гастроэнтерит	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10 (91)
Дефицит питательных веществ	X		X	X	X	X	X	X	X	X		9 (82)
Инфекции уха, горла и носа	X		X	X	X	X	X	X	X	X		9 (82)
Пневмония		X	X	X	X	X	X	X	X	X		9 (82)
Эпилепсия	X			X	X	X	X	X	X	X		8 (73)
Дегидратация/гидроэлектrolитические изменения	X	X			X	X	X	X	X	X		8 (73)
Воспаление органов малого таза	X			X	X	X	X	X	X	X		8 (73)
Перфорированная или кровоточащая язва	X			X	X	X	X	X	X	X		8 (73)
Гангрена	X			X	X	X	X	X	X			7 (64)
Грипп		X	X		X	X	X	X	X			7 (64)
Другие заболевания, которые можно предотвратить с помощью вакцинации				X	X	X	X	X	X	X		7 (64)
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя или опиоидов				X	X			X				3 (27)
Нарушения ритма и проводимости сердца		X			X			X				3 (27)
Запор			X	X				X				3 (27)
Депрессия		X	X									2 (18)

Таблица 2. Продолжение

СЧАЛ	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	Всего, ед. (%)
Другие заболевания системы кровообращения			X							X		2 (18)
Тромбоэмболические заболевания вен		X	X									2 (18)
Перелом проксимального отдела бедренной кости					X			X				2 (18)
Диспепсия и другие нарушения функции желудка					X			X				2 (18)
Мигрень/острая головная боль					X			X				2 (18)
Туберкулез									X	X		2 (18)
Колоректальный рак		X										1 (9)
Деменция		X										1 (9)
Ожирение		X										1 (9)
Рак шейки матки		X										1 (9)
Нарушения сна			X									1 (9)
Гонартроз (артроз коленного сустава)			X									1 (9)
Заболевания мягких тканей			X									1 (9)
Другие предотвратимые психические и поведенческие расстройства			X									1 (9)
Боль в спине (дорсопатии)			X									1 (9)
Добровольное прерывание беременности		X										1 (9)
Заболевания глаз			X									1 (9)
Другие предотвратимые состояния										X		1 (9)
Всего, ед.	18	20	26	19	27	21	21	27	22	21	7	

Примечание: * — нумерация соответствует таблице 1. СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению.

СЧАЛ были указаны хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит, сердечная недостаточность, сахарный диабет и артериальная гипертензия; в 91% (10 публикаций) среди СЧАЛ были указаны стенокардия, бронхиальная астма, железодефицитная анемия, заболевания зубов и полости рта, инфекции мочевыводящих путей, острые кожные инфекции и гастроэнтерит.

В исследовании, проведенном Bardsley M, et al. (2013), была предложена классификация, которая содержала три основных типа СЧАЛ [20]:

- острые заболевания/состояния (I тип) — госпитализации в связи с реальной или предполагаемой острой потребностью в медицинской помощи при состоянии, ранние стадии или симптомы которого не были обнаружены и своевременно устранены в амбулаторных условиях. Например, ранние симптомы инфекций мочевыводящих путей можно выявить и вылечить в амбулаторных условиях; однако невыполнение этого требования может привести к острому гломерулонефриту, который, скорее всего, потребует госпитализации.

- хронические заболевания/состояния (II тип) — госпитализации по поводу обострений хронических заболеваний/состояний ввиду ненадлежащего или недостаточного ведения заболевания в амбулаторных условиях или неспособности контролировать течение заболевания.

- заболевания/состояния, которые можно предотвратить (III тип) — госпитализации по поводу заболеваний, которые, в основном, можно предотвратить по своей природе, но недостаточный охват

населения ПМСП приводит к вспышкам заболеваний. Примером могут служить заболевания, предотвращаемые с помощью вакцин, такие, как корь или сезонный грипп.

Общее число острых СЧАЛ (I тип), представленных в работах, допущенных к 4-му этапу исследования, составило 20 (таблица 3). Ни в одном из 11 исследований перечень хронических СЧАЛ не был идентичен другому из включенных в 4-й этап анализа. В то же время отмечена вариативность числа острых СЧАЛ в каждой из оцениваемых работ: от 1 в исследовании Kisely S, et al. (2015) [22] до 16 в исследованиях Freund T, et al. (2013) [8] и Weeks WB, et al. (2016) [19]. Острых СЧАЛ, которые бы встречались в каждом из анализируемых исследований, отмечено не было. В 91% (10 исследований) среди острых СЧАЛ были указаны заболевания зубов и полости рта, инфекции мочевыводящих путей, острые кожные инфекции и гастроэнтерит.

Общее количество хронических СЧАЛ (II тип), представленных в работах, допущенных к 4-му этапу исследования, составило 19 (таблица 3). Ни в одном из 11 исследований перечень хронических СЧАЛ не был идентичен другому из включенных в 4-й этап анализа. В то же время отмечена вариативность числа хронических СЧАЛ в каждой из оцениваемых работ: от 6 в исследовании Kisely S, et al. (2015) [22] до 14 в исследовании Sundmacher L, et al. (2015) [9]. В 100% анализируемых публикаций среди хронических СЧАЛ были указаны хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит, сердечная недостаточность, сахарный

Таблица 3

Рубрикации по типу СЧАЛ, представленных в публикациях, включенных в 4 этап исследования

№ СЧАЛ	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	Всего, ед. (%)
I тип СЧАЛ												
1	Заболевания зубов и полости рта	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
2	Инфекция мочевыводящих путей	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
3	Острые кожные инфекции	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
4	Гастроэнтерит	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
5	Дефицит питательных веществ	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9 (82)
6	Инфекции уха, горла и носа	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9 (82)
7	Дегидратация/гидроэлектrolитические изменения	X	X			X	X	X	X	X	X	8 (73)
8	Воспаление органов малого таза	X			X	X	X	X	X	X	X	8 (73)
9	Перфорированная или кровоточащая язва	X			X	X	X	X	X	X	X	8 (73)
10	Гангрена	X			X	X	X	X	X	X		7 (64)
11	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя или опиоидов				X			X				3 (27)
12	Нарушения ритма и проводимости сердца		X			X		X				3 (27)
13	Запор			X		X		X				3 (27)
14	Тромбоэмболические заболевания вен		X	X								2 (18)
15	Перелом проксимального отдела бедренной кости					X		X				2 (18)
16	Диспепсия и другие нарушения функции желудка					X		X				2 (18)
17	Мигрень/острая головная боль					X		X				2 (18)
18	Добровольное прерывание беременности		X									1 (9)
19	Заболевания глаз			X								1 (9)
20	Другие предотвратимые состояния									X		1 (9)
Всего, ед.		10	8	10	9	16	10	1	16	10	9	1
II тип СЧАЛ												
1	Хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
2	Сердечная недостаточность	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
3	Сахарный диабет 1 и 2 типа	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
4	Артериальная гипертензия	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11 (100)
5	Стенокардия	X		X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
6	Бронхиальная астма/астматический статус	X		X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
7	Железodefицитная анемия	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 (91)
8	Эпилепсия	X			X	X	X	X	X	X	X	8 (73)
9	Депрессия		X	X								2 (18)
10	Другие заболевания системы кровообращения				X					X		2 (18)
11	Колоректальный рак		X									1 (9)
12	Деменция		X									1 (9)
13	Ожирение		X									1 (9)
14	Рак шейки матки		X									1 (9)
15	Нарушения сна			X								1 (9)
16	Гонартроз (артроз коленного сустава)			X								1 (9)
17	Заболевания мягких тканей			X								1 (9)
18	Другие предотвратимые психические и поведенческие расстройства			X								1 (9)
19	Боль в спине (дорсопатии)			X								1 (9)
Всего, ед.		8	10	14	8	8	8	8	8	8	9	6
III тип СЧАЛ												
1	Пневмония		X	X	X	X	X	X	X	X	X	9 (82)
2	Грипп		X	X		X	X	X	X			7 (64)
3	Другие заболевания, которые можно предотвратить с помощью вакцин				X	X	X	X	X	X	X	7 (64)
4	Туберкулез								X	X		2 (18)
Всего, ед.		0	2	2	2	3	3	3	2	4	3	0

Примечание: * — нумерация соответствует таблице 1. СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению.

диабет и артериальная гипертензия; в 91% (10 публикаций) среди хронических СЧАЛ были указаны стенокардия, бронхиальная астма, железодефицитная анемия.

Общее количество СЧАЛ III типа, представленных в работах и допущенных к 4 этапу исследования, составило 4 (таблица 3). В 82% (9 исследований) среди острых СЧАЛ указана пневмония.

При оценке динамики СЧАЛ и госпитализаций по их поводу крайне важно вести достоверный учет данных. Стоит отметить наличие региональных особенностей учета и мониторинга СЧАЛ, которые обусловлены уровнем дезагрегирования данных, доступных в той или иной стране. В таблице 4 представлена сводная информация о наименовании СЧАЛ и соответствующие коды/группы кодов МКБ-10, которые использовали эксперты для последующей оценки и анализа.

Следует отметить, что оценка госпитализаций по причине СЧАЛ свидетельствует о различиях как между странами, так и между отдельными регионами одной страны. В то время как Rosano A, et al. (2013) [24], Niti M, et al. (2003) [25], Angulo-Pueyo E, et al. (2016) [26], Boing AF, et al. (2012) [27] сообщили о значительном снижении госпитализаций по поводу СЧАЛ в Италии (-16,4%, 2001-2008), Сингапуре (-15,0%, 1991-1998), Испании (-4,2%, 2002-2013) и Бразилии (-3,7%, 1998-2009), Bardsley M, et al. (2013) [20] опубликовали анализ, в котором уровень госпитализации от СЧАЛ в Англии за период 2001-2011гг увеличился на 21%. Вместе с тем, отсутствие динамики уровня госпитализации по поводу СЧАЛ было отмечено в Ирландии, Португалии, Словении и Испании [2, 15, 17].

Заслуживают внимания и различия показателей госпитализации по поводу СЧАЛ внутри стран: к примеру, в 2009г кратность между минимальными и максимальными показателями госпитализации по поводу СЧАЛ в различных муниципальных образованиях Дании составляла 1,46, Словении — 2,06, Португалии — 2,01, Англии — 2,30 в то время, как в Испании зафиксирована 3,12-кратная разница в показателях [28].

Безусловно, на показатель госпитализации по поводу СЧАЛ воздействуют различные факторы. Ряд работ посвящен оценке влияния того или иного фактора и их группировке в единую классификацию. Например, Nedel FB, et al. (2011) [10] предложили объединить известные факторы в 4 категории: географические характеристики [2] (к примеру, близкое расположение больницы или низкая плотность населения ассоциированы с более частой госпитализацией по поводу СЧАЛ), социально-демографические (к примеру, старший возраст, коморбидность [29], низкий доход, высокий уровень безработицы, низкий уровень образования и низкий уровень дохода ассоциированы с более высо-

кими показателями госпитализации от СЧАЛ) и характеристики и модель ухода (к примеру, пациенты с более чем 75% консультаций одного и того же семейного врача имеют меньше госпитализаций по поводу СЧАЛ [30]; недостаток больничных коек — даже если амбулаторная помощь работает не очень хорошо, увеличения числа госпитализаций по поводу СЧАЛ не будет, и наоборот, в случае их избытка, даже если ПМСП работает хорошо, может быть стимул принять определенные состояния и, следовательно, увеличить количество госпитализаций по поводу СЧАЛ [10]).

Важно отметить, что в проведенном обзоре не были идентифицированы публикации, посвящённые определению СЧАЛ среди взрослого населения для РФ. Вместе с тем, использование данного инструмента в России, по мнению авторов настоящей статьи, вероятно, могло бы оказать положительное влияние на систему комплексной оценки эффективности мероприятий, реализуемых на уровне ПМСП.

Согласно руководству Европейского бюро ВОЗ, выделяют 6 этапов для определения страновой номенклатуры СЧАЛ:

- **1 этап:** обобщение доступной информации по поводу СЧАЛ в определенной стране, включая обзор научной литературы в ЭБД. Данный шаг также включает анализ демографической и эпидемиологической ситуации в стране, оценку организации системы здравоохранения. Выполняется определение заинтересованных участников в реализации последующих шагов. Результатом перечисленных мероприятий служит краткая справочная информация о демографической и эпидемиологической обстановке в стране, а также перечень участников, потенциально заинтересованных в реализации последующих этапов.

- **2 этап:** систематизация и анализ данных исследовательской группой. На начальном этапе можно руководствоваться наиболее распространёнными номенклатурами СЧАЛ, полученными при анализе литературы в рамках 1 этапа. Результатом 2 этапа является полный список СЧАЛ (от 8 до 10 состояний) с их соответствующими показателями. При оценке СЧАЛ следует придерживаться принципов ясности в определении и кодировании диагнозов, основанных на МКБ-10.

- **3 этап:** определение приоритетного перечня СЧАЛ (2-4 СЧАЛ) из числа СЧАЛ, определённых на 2 этапе, которые будут подлежать дальнейшему углубленному анализу. Формирование приоритетного перечня СЧАЛ направлено на выявление тех состояний, которые представляют собой наибольшее бремя с точки зрения абсолютного числа и доли предотвратимых госпитализаций. В качестве инструмента для реализации 3 этапа используют специально разработанные анкеты, которые

СЧАЛ и соответствующие коды/группы кодов МКБ-10, используемые в публикациях, включенных в 4 этап исследования

СЧАЛ	Коды МКБ-10
Хроническая обструктивная болезнь легких/хронический бронхит	J20, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J41, J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J47, J40-44, J21, J40
Сердечная недостаточность	I11.0, I50, I50.0, I50.1, I50.9, J81, I13.0, I13.2, J81.0
Сахарный диабет 1 и 2 типа	E10, E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E11, E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E12, E12.0, E12.1, E12.2, E12.3, E12.4, E12.5, E12.6, E12.7, E12.8, E13, E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E14, E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8, E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9, E15, E16.2, E10.0-E10.8, E11.0-E11.8, E12.0-E12.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8, E11.9, E10.9, E10-E14
Артериальная гипертензия	I10, I11.9, I12, I13.1, I13.9, I15, I60, I64, I67.4, I11, I10- I15
Стенокардия	I20, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I24, I24.0, I24.8, I24.9, I25, I25.1, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, I25.0, R07.2, R07.3, R07.4, Z03.4, Z03.5
Бронхиальная астма/астматический статус	J45, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46
Железодефицитная анемия	D50, D50.1, D50.8, D50.9, D50.0
Заболевания зубов и полости рта	A69.0, B08.4, B37.0, K02, K02.1, K02.9, K03, K03.3, K03.8, K04, K04.6, K04.7, K05, K05.0, K06, K06.8, K08, K08.8, K09.8, K09.9, K12, K12.0, K12.1, K12.2, K13, A69.1, K02-K06, K09, K14, K04-K06, K13.1
Инфекция мочевыводящих путей	N10, N11, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N12, N13.6, N30, N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.8, N30.9, N39.0, N10-N12, N34, N15.9
Острые кожные инфекции	L01-L04, L08, A46, L01, L02, L08, L08.0, L08.1, L08.8, L08.9, L60.0, L72.1, L98.0, I89.1, L04, L04.0, L04.1, L04.2, L04.3, L04.8, L04.9, L88, L98.3, L03, L03.0, L03.1, L03.2, L03.3, L03.8, L03.9
Гастроэнтерит	K52, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, A00-A09, K57, K58, A01, A02, A04, A05, A07-A09, A02.0, A05.9, A08.0, A08.1, A08.1, A08.3, A08.4, A08.5, A09, A07.2
Дефицит питательных веществ	E40, E41, E42, E43, E44, E44.0, E44.1, E45, E46, E55, E55.0, E64, E64.0, E64.3, E40-E64, R63.6, D50.0, D51-D52, D53.1, D56, D51.1, D51.2, D51.3, D51.8, D52.0, D52.1, D52.8, D52.9, E50-E64
Инфекции уха, горла и носа	H66, H66.0, H66.1, H66.2, H66.3, H66.4, H66.9, H67, H67.0, H67.1, H67.8, J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9, J06, J06.0, J06.8, J06.9, J31.2, J39, J31, J32, J35, J01-J03, J04.0
Пневмония	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J18, J18.8, J18.9, J18.1, J18.2, A48.1, J18.0, A70
Эпилепсия	G40, G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, O15, O15.0, O15.1, O15.2, O15.9, R56, R56.0, R56.8, G25.3, O15, G40-G41
Дегидратация/гидроэлектrolитические изменения	E86, E87, E87.8, F50.5, K91.0, P74.1, P92.0, R11, E87.6
Воспаление органов малого таза	N70, N70.0, N70.1, N70.9, N73, N73.0, N73.1, N73.2, N73.3, N73.4, N73.5, N73.6, N73.8, N73.9, N74, N74.0, N74.1, N74.2, N74.3, N74.4, N74.8, N70-N73, N75-N76
Перфорированная или кровоточащая язва	K25.0, K25.1, K25.2, K25.4, K25.5, K25.6, K26.0, K26.1, K26.2, K26.4, K26.5, K26.6, K27.0, K27.1, K27.2, K27.4, K27.5, K27.6, K28.0, K28.1, K28.2, K28.4, K28.5, K28.6, K92.0, K92.1, K92.2, K22.6, K25-K28
Гангрена	R02
Грипп	J9, J10, J11
Другие заболевания, которые можно предотвратить с помощью вакцин	A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4, A33, A34, A95, B16
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя или опиоидов	F10, F11
Нарушения ритма и проводимости сердца	I47.1, I47.9, I49.5, I49.8, I49.9, R00.2, R00.0, R00.8, I48
Депрессия	F32, F33
Другие заболевания системы кровообращения	I05, I06, I08.0, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I83, I86, I87, I95, R47.0, I63-I67, G45-G46, I69
Тромбоэмболические заболевания вен	I80, I80.0, I82.2, I82.3, I82.8, I82.9, I80.8
Запор	K59.0
Перелом проксимального отдела бедренной кости	S72.0, S72.1, S72.2
Диспепсия и другие нарушения функции желудка	K30, K21
Мигрень/острая головная боль	G43, G44.0, G44.1, G44.3, G44.4, G44.8, R51x
Туберкулез	A15, A16, A19, A15.0, A15.5, A15.9, A15.4, A15.6, A15.8, A17.0, A18

Таблица 4. Продолжение

СЧАЛ	Коды МКБ-10
Колоректальный рак	C18-C20, C21.8
Деменция	F01, F03, G30, G31.0, G31.8
Ожирение	E66
Рак шейки матки	C53
Нарушения сна	G47
Гонартроз (артроз коленного сустава)	M17.0, M17.1, M17.4, M17.5, M17.9
Заболевания мягких тканей	G56.0, M67.4, M71.3, M75-M77, M79
Другие предотвратимые психические и поведенческие расстройства	F40, F41, F43, F45, F50.0, F50.2, F60
Боль в спине (дорсопатии)	M42, M47, M53, M54
Добровольное прерывание беременности	Z33.2
Заболевания глаз	H25, H40
Другие предотвратимые состояния	A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77, O23, A50, P35.0

Примечание: МКБ-10 — Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр, СЧАЛ — заболевания/состояния, чувствительные к амбулаторному лечению.

предлагается заполнить врачам, организаторам здравоохранения и другим заинтересованным лицам (онлайн опрос, очное совещание, обмен сообщениями по электронной почте).

Анкетки должны содержать информацию о количестве ежегодных госпитализаций по каждому СЧАЛ. Респондентов просят провести ранжирование предложенных СЧАЛ с учетом информации о количестве госпитализаций, которое будет способствовать максимально возможному улучшению ситуации в стране с учетом общей распространенности и эпидемиологической значимости указанных СЧАЛ. В анкете должна быть предусмотрена возможность внесения предложений по корректировке номенклатуры теми СЧАЛ, которые изначально не были включены в список. Заключительный раздел анкеты должен быть направлен на определение мероприятий, которые могли бы снизить частоту развития СЧАЛ в стране.

• **4 этап:** проверка и обсуждение результатов анкетирования. С этой целью рекомендуется проведение консультации с заинтересованными сторонами (представители Министерства здравоохранения, страховых медицинских организаций, национальных и региональных институтов общественного здравоохранения, представителей медицинских организаций всех уровней оказания медицинской помощи, а также представителей организаций по защите прав пациентов). После достижения консенсуса выполняется расчет числа предотвратимых госпитализаций по поводу СЧАЛ. Результатом 4 этапа является выбор номенклатуры СЧАЛ и перечня мероприятий, направленных на их контроль.

• **5 этап:** на основании результатов, полученных на предыдущих этапах, исследовательской груп-

пой формулируются практические рекомендации (краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные) по контролю показателей, характеризующих СЧАЛ.

• **6 этап:** подведение итогов, презентация результатов предыдущих этапов в унифицированном и четко сформулированном виде.

Таким образом, проведенный систематический обзор может служить решением одной из подзадач 1 этапа при определении СЧАЛ среди взрослого населения для РФ.

Заключение

Номенклатура СЧАЛ различных стран характеризуется вариабельностью, что обусловлено демографическими, эпидемиологическими, организационными и прочими особенностями. Динамика госпитализаций по поводу СЧАЛ имеет разнонаправленную тенденцию, что связано как с числом состояний, входящих в номенклатуру СЧАЛ той или иной страны, так и с до конца не изученным влиянием различных факторов на показатель. На основании данных проведенного систематического обзора установлено, что в РФ номенклатура СЧАЛ среди взрослого населения не определена.

Полученные в настоящей работе данные могут служить основой для инициирования научного исследования, направленного на формирование отечественной номенклатуры СЧАЛ среди взрослого населения как одного из инструментов комплексной оценки эффективности мероприятий, реализуемых на уровне ПМСП.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff.* 1993;12(1):162-73. doi:10.1377/hlthaff.12.1.162.
2. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit.* 2001;15(2):128-41. doi:10.1016/S0213-9111(01)71532-4.
3. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health.* 2004;14(3):246-51. doi:10.1093/eurpub/14.3.246.
4. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health.* 2009;123(2):169-73. doi:10.1016/j.puhe.2008.11.001.
5. Brown A, Goldacre M, Hicks N, et al. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Heal.* 2001;92(2):155-9. doi:10.1007/BF03404951.
6. Page A, Ambrose S, Glover J, Hetzel D. Atlas of avoidable Hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions. University of Adelaide; 2007. PHIDU, Adelaide, South Australia. ISBN: 073089588 2 (pbk).
7. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP — Brasil). *Cad Saude Publica.* 2009;25(6):1337-49. doi:10.1590/S0102-311X2009000600016.
8. Freund T, Campbell S, Geissler S, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ann Fam Med.* 2013;11(4):363-70. doi:10.1370/afm.1498.
9. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, et al. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (New York).* 2015;119(11):1415-23. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.007.
10. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet.* 2011;16(Suppl 1):1145-54. doi:10.1590/S1413-81232011000700046.
11. Solberg LI, Peterson KE, Ellis RW, et al. The Minnesota project: a focused approach to ambulatory quality. *Inquiry.* 1990;27(4):359-67.
12. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA.* 1992;268(17):2388-94. doi:10.1001/jama.1992.03490170060026.
13. Carinci F, Gool K, Mainz J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Heal Care.* 2015;27(3):137-46. doi:10.1093/intqhc/mzv004.
14. Gonzalez-Velez AE, Mejia CCC, Eduardo Low Padilla, et al. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. *Rev Saude Publica.* 2019;53:36. doi:10.11606/S1518-8787.2019053000563.
15. Sarmento J, Rocha JVM, Santana R. Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. *BMC Health Serv. Res.* 2020;20:754. doi:10.1186/s12913-020-05620-9.
16. Egli Y, Desquins B, Seker E, et al. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Serv Res.* 2014;20:14:25. doi:10.1186/1472-6963-14-25.
17. Sheridan A, Howell F, Bedford D. Hospitalisations and costs relating to ambulatory care sensitive conditions in Ireland. *Ir J Med Sci.* 2012;181(4):527-33. doi:10.1007/s11845-012-0810-0.
18. Fleetcroft R, Hardcastle A, Steel N, et al. Does practice analysis agree with the ambulatory care sensitive conditions' list of avoidable unplanned admissions: a cross-sectional study in the East of England? *BMJ Open.* 2018;8(4):e020756. doi:10.1136/bmjopen-2017-020756.
19. Weeks WB, Ventelou B, Paraponaris A. Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009-2010: trends, geographic variation, costs, and an international comparison. *Eur J Health Econ.* 2016;17(4):453-70. doi:10.1007/s10198-015-0692-y.
20. Bardsley M, Blunt I, Davies S, et al. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open.* 2013;3(1):e002007. doi:10.1136/bmjopen-2012-002007.
21. Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med.* 2017;14(5):e1002306. doi:10.1371/journal.pmed.1002306.
22. Kisely S, Ehrlich C, Kendall E, et al. Using Avoidable Admissions to Measure Quality of Care for Cardiometabolic and Other Physical Comorbidities of Psychiatric Disorders: A Population-Based, Record-Linkage Analysis. *Can J Psychiatry.* 2015;60(11):497-506. doi:10.1177/070674371506001105.
23. Ansari Z, Barbetti T, Carson NJ, et al. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventivmed.* 2003;48(1):33-43. doi:10.1007/s000380300004.
24. Rosano A, De Belvis AG, Sferrazza A, et al. Trends in avoidable hospitalization rates in Italy, 2001-2008. *Epidemiol Biostat Public Health.* 2013;10(4):e8817-1-8. doi:10.2427/8817.
25. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57(1):17-22. doi:10.1136/jech.57.1.17.
26. Angulo-Pueyo E, Martinez-Lizaga N, Ridao-Lopez M, et al. Trend in potentially avoidable hospitalisations for chronic conditions in Spain. *Gac Sanit.* 2016;30(1):52-4. doi:10.1016/j.gaceta.2015.10.008.
27. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, et al. Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saude Publica.* 2012;46(2):359-66. doi:10.1590/S0034-89102012005000011.
28. Thygesen LC, Christiansen T, Garcia-Armesto S, et al. ECHO Consortium Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. *Eur J Public Health.* 2015;25:35-43. doi:10.1093/eurpub/cku227.
29. Dantas I, Santana R, Sarmento J, et al. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):348. doi:10.1186/s12913-016-1584-2.
30. Menec VH, Sirski M, Attawar D, et al. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J Heal Serv Res Policy.* 2006;11(4):196-201. doi:10.1258/135581906778476562.