

Причины неудовлетворительного качества диспансерного наблюдения участковыми врачами-терапевтами больных артериальной гипертонией

А.Е. Манойлов¹, А.Ю. Маркина², О.П. Малыхина³

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России
454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России

119992, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

³ Областная клиническая больница № 3 г. Челябинска
454021, г. Челябинск, пр. Победы, 287

Резюме

Факторы, влияющие на качество диспансерного наблюдения (ДН) больных артериальной гипертонией (АГ), оценены в нескольких масштабных исследованиях российских ученых. Установлено, что показатели процесса и результатов медицинской помощи диспансерным больным АГ часто не соответствовали условно-эталонным индикаторам. Цель исследования – выявить показатели структуры, процесса и результативности, отрицательно влияющие на качество врачебного ДН больных АГ. **Материал и методы.** Исследование выполнено по результатам 2022 г. В качестве структурных параметров изучены уровень знаний врачей, схема электронной амбулаторной карты, оборудование для ультразвуковой диагностики. Для оценки характеристик процесса использована информация о домашнем мониторинге артериального давления (АД), приверженности пациентов к лечению, наличии текущего анализа процесса ДН. Показатели результативности включали сведения о нормализации в течение года уровня АД и липидов, о стабилизации, регрессе степени гипертрофии левого желудочка и атеросклероза сонных артерий. Выборочная совокупность респондентов, амбулаторных карт формировалась случайным методом. **Результаты.** 58,3 % респондентов не были информированы о возможностях лекарственной терапии предупреждать повреждающее действие АГ на органы-мишени. В электронных амбулаторных картах отсутствовали шаблоны «Диспансерное наблюдение», «Этапный эпикриз». Имеющееся медицинское оборудование обеспечивало потребности ДН примерно на 50 %. Информация о домашнем мониторинге АД и приверженности больных к терапии имела в 8,0 % случаев. Текущее подведение итогов проведения ДН выполнено у 10,0 % больных, оценка динамики содержания липидов, степени гипертрофии левого желудочка и каротидного атеросклероза не проведена ни в одном случае. Сведения о нормализации в течение года АД и уровня липидов, данные о стабилизации, регрессе гипертрофии левого желудочка и атеросклероза сонных артерий фактически отсутствовали. **Заключение.** Выявленные показатели структуры, процесса и результативности ДН являются вероятной причиной неудовлетворительного качества врачебного наблюдения больных АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, диспансерное наблюдение, показатели структуры, процесса и результативности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Манойлов А.Е., e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Для цитирования: Манойлов А.Е., Маркина А.Ю., Малыхина О.П. Причины неудовлетворительного качества диспансерного наблюдения участковыми врачами-терапевтами больных артериальной гипертонией. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2024;44(6):258–265. doi: 10.18699/SSMJ20240628

Causes of unsatisfactory quality of follow-up of patients with arterial hypertension by district therapists

A.E. Manoilov¹, A.Yu. Markina², O.P. Malykhina³

¹ South-Ural State Medical University of Minzdrav of Russia
454092, Chelyabinsk, Vorovskogo st., 64

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia
119992, Moscow, Trubetskaya st., 8, bldg. 2

³ Chelyabinsk Regional Clinical Hospital No. 3
454021, Chelyabinsk, Pobedy ave., 287

Abstract

Factors affecting the quality of follow-up (FU) of patients with arterial hypertension (AH) have been evaluated in several large-scale studies by Russian scientists. It was found that the indicators of the process and results of medical care for dispensary patients with AH often did not correspond to the conventional benchmark indicators. The purpose of the study was to identify structure, process, and performance indicators that negatively affect the quality of physician FU of AH patients. **Material and methods.** The study was performed according to the results of 2022. The level of knowledge of doctors, the scheme of the electronic outpatient card, and equipment for ultrasound diagnostics were studied as structural parameters. To assess the process characteristics, information on home blood pressure (BP) monitoring, patients' adherence to treatment, availability of current analysis of the FU process were used. Performance indicators included information on normalization of BP and lipid level during the year, about stabilization, regression of the degree of left ventricular hypertrophy and carotid atherosclerosis. The sample of respondents, outpatient records was formed by random method. **Results.** 58.3 % of respondents were not informed about the possibilities of drug therapy to prevent the damaging effect of AH on target organs. The electronic outpatient cards lacked the templates "Follow-up", "Stage discharge summary". The available medical equipment met the needs of FUs by about 50 %. Information on home BP monitoring and patients' adherence to therapy was available in 8.0 % of cases. Current summarization of FU was performed in 10.0 % of patients, assessment of lipid content dynamics, degree of left ventricular hypertrophy and carotid atherosclerosis was not performed in any case. Data on normalization of BP and lipid levels, data on stabilization, regression of left ventricular hypertrophy and carotid atherosclerosis during a year were actually absent. **Conclusions.** The identified indicators of structure, process and performance of DN are a probable cause of unsatisfactory quality of physician follow-up of AH patients.

Key words: arterial hypertension, follow-up, structure, process and performance indicators.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Correspondence author: Manoilov A.E., e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Citation: Manoilov A.E., Markina A.Yu., Malykhina O.P. Causes of unsatisfactory quality of follow-up of patients with arterial hypertension by district therapists. *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2024;44(6):258–265. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20240628

Введение

Качество медицинской помощи представляет собой совокупность взаимосвязанных характеристик структуры, процесса и результата. Ее критерии вошли составной частью в систему законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан [1, 2]. Осуществление диспансерного наблюдения (ДН) в установленном порядке – один из эталонов оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях [3]. Нормативы качества медицинской помощи конкретному пациенту с артериальной гипертензией (АГ) определены клиническими рекомендациями Минздрава РФ «Артериальная гипертензия у взрослых» [4] и приказом Минздрава РФ от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» [5]. Согласно этому Приказу ведущими нормативами ДН больных АГ следует считать достижение стабильных целевых показателей ар-

териального давления (АД), целевых уровней липидов, а также компенсацию АГ по результатам ЭКГ, эхокардиографии (ЭхоКГ), ультразвукового доплеровского исследования брахицефальных артерий (УЗИ БЦА). Результативность ДН тесно связана с компетенцией медицинских работников, эффективностью использования технологий лечебно-диагностического процесса (протоколов, алгоритмов, стандартов).

Факторы, влияющие на качество ДН больных АГ, оценены в нескольких масштабных исследованиях российских ученых. Установлено, что показатели процесса и индикаторы результатов медицинской помощи диспансерным больным АГ часто не соответствовали условно-эталонным параметрам. В частности, выявлен далеко не полный объем выполненных обязательных инструментальных обследований. Например, ЭхоКГ была проведена только в 28,9 % случаев, УЗИ БЦА – в 1,0 % [6]. Обнаружены неудовлетвори-

тельные показатели лечебного процесса: уровень АД не достигал целевых значений в 91,4 % случаев, отсутствовали сведения о контроле содержания холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), среди пациентов с известным уровнем ХС ЛПНП целевые показатели достигнуты только в 15,2 % случаев [7].

При неудовлетворительной квалификации врача ДН больных АГ, как правило, малоэффективно и не приносит нужных результатов. В РФ проведено несколько социологических опросов, в которых подтвержден неудовлетворительный уровень знаний участковых врачей-терапевтов в ряде аспектов медицинской помощи при АГ [8]. Также показана неудовлетворительная приверженность врачей клиническим рекомендациям [9, 10]. Зарубежные научные источники также сообщают о многочисленных и разнообразных затруднениях у врачей в прогнозировании, диагностике и лечении АГ. Концепция сердечно-сосудистого риска, прогнозирования осложнений АГ не принимается медицинскими работниками безоговорочно. Выявлено отчетливое несоответствие между врачебной оценкой индивидуально-кардиоваскулярного риска и мерами, предпринимаемыми для улучшения прогноза пациентов [11–13].

Таким образом, дальнейшее многостороннее изучение причин неудовлетворительного состояния проекта ДН больных АГ по-прежнему актуально. Поэтому нами выполнен анализ существующей системы врачебного ДН по трем направлениям. Во-первых, оценены условия работы врача (структурный подход); во-вторых, выявлены причины, затрудняющие полноценное выполнение предписанных для ДН лечебно-диагностических технологий (процессный подход); в-третьих, оценены успехи в достижении устойчивых результатов ДН (показатели результативности).

Цель исследования – выявить показатели структуры, процесса и результативности, отрицательно влияющие на качество врачебного ДН больных АГ.

Материал и методы

Исследование выполнено в течение 2023 г. по результатам работы в 2022 г. При проведении настоящей работы для статистического анализа использован выборочный метод с расчетом экстенсивных показателей. При анализе структурных параметров профессиональной деятельности участковых врачей-терапевтов по ДН исследованы и оценены их знания о профилактике осложнений АГ во время прохождения ими курсов

повышения квалификации в ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ. В работе использовался опросный метод с помощью полустандартизированной анонимной анкеты. Врачам было предложено высказать точку зрения по двум вопросам: «Можно ли считать развитие поражений органов-мишеней независимым от антигипертензивной терапии процессом у большинства пациентов с гипертонической болезнью (ГБ)?» и «Можно ли считать, что предупреждение гипертонических кризов является основным мероприятием в системе профилактики осложнений ГБ?». Предварительно для получения наиболее понятных формулировок вопросов и полного количества возможных вариантов ответов было проведено пилотное исследование. Выборочная совокупность респондентов формировалась случайным методом, а ее величина при известном объеме генеральной совокупности определялась по формуле А.М. Меркова [14] и составила 183 единицы наблюдения:

$$n = \frac{N \times t^2 \times P \times q}{N \times \Delta^2 + t^2 \times P \times q},$$

где $t = 2,0$ – доверительный критерий; $P = 40\%$ – величина изучаемого показателя; $q = 60\%$ – величина альтернативного показателя ($100 - P$); $\Delta = 5$ – предельная ошибка; $N = 350$ – величина генеральной совокупности; n – необходимый объем выборочной совокупности.

Исследование проводилось в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» [15]. Предварительно респондент давал письменное согласие на участие в социологическом исследовании. Критерий включения – наличие у респондентов минимум пятилетнего стажа по специальности «участковый врач-терапевт». Количество больных АГ, состоящих на ДН в 2022 г. на территории обслуживания поликлиники ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3 г. Челябинска», составило 10 901 человек. При выборе объема амбулаторных карт авторы ориентировались на Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 36 от 28.02.2019 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [16], который предписывал ежемесячный объем экспертиз качества медицинской помощи на уровне 0,5 % или 6,0 % в год от количества обслуживаемых пациентов. Таким образом, для анализа было отобрано 654 амбулаторные карты от состоящих на ДН пациентов.

С целью анализа информационных ресурсов ДН проведено изучение структуры электрон-

ной истории болезни амбулаторного больного медицинской информационной системы (МИС) БАРС подмодуля «БАРС. Здравоохранение – Амбулаторный врачебный приём». Согласно форме № 025/у оценивалось наличие и заполнение врачом пунктов «Диспансерное наблюдение» и «Этапный эпикриз» [17]. Для анализа технологических ресурсов ДН оценена возможность проведения ЭхоКГ и УЗИ БЦА 10 901 диспансерному пациенту с АГ как минимум 1 раз в год в соответствии с клиническими рекомендациями [4] и Приказом Минздрава РФ № 168 [5]. При расчетах учтено, что в 2023 г. в поликлинике выполнялось по нормативам за рабочий день 13 ЭхоКГ и 3 УЗИ БЦА. В итоге за 247 рабочих дней было возможно проведение 3211 ЭхоКГ и 741 УЗИ БЦА нуждающимся амбулаторным пациентам. Всем отобранным для анализа больным АГ было показано проведение ЭхоКГ и УЗИ БЦА в 2023 г. В качестве характеристик процесса ДН использованы информация о домашнем мониторинге АД, отметки о приверженности пациентов к лечению и как минимум ежегодное подведение врачом итогов ДН (уровень АД, динамика содержания липидов). В качестве показателей результативности в соответствии с клиническими рекомендациями [4] использовались наличие врачебного заключения «Контролируемая АГ», отметки о достижении необходимого уровня липидов, подтверждение стабилизации или регресса гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и атеросклероза сонных артерий.

Все процессные показатели и показатели результативности ДН больных АГ сравнивались с индикаторами здоровья, определенными Приказом Минздрава РФ № 168 [5] и клиническими рекомендациями [4]. Критериями включения пациентов в исследование являлись обслуживание поликлиникой ГАУЗ «Областная клиническая больница № 3 г. Челябинска»; возраст 18 лет и более; нахождение на ДН, при наличии в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинического диагноза, соответствующего кодам МКБ-10 I10–I13; наличие не менее двух электронных персональных записей о посещениях участковых врачей в течение года. Изучен период динамического наблюдения больных АГ по результатам 2022 г.

Результаты

Выявлены следующие структурные характеристики ДН. Результаты ответов на первый вопрос «Можно ли считать развитие поражений органов мишеней независимым от антигипертензивной терапии процессом у большинства пациентов с ГБ?» следующие: согласились с данным

утверждением 58,3 % врачей, 38,3 % придерживались отрицательной точки зрения, 3,4 % затруднились с ответом. Мнения врачей по второму вопросу «Можно ли считать, что предупреждение гипертонических кризов является основным мероприятием в системе профилактики осложнений ГБ?» также разделились: согласились с данным положением 68,2 % респондентов и оставшиеся опрошенные (31,8 %) с этим утверждением не согласились.

В электронной медицинской карте амбулаторного больного отсутствовали шаблоны «Диспансерное наблюдение», «Этапный эпикриз», являющиеся разделами формы № 025/у согласно Приказу Минздрава РФ от 15.12.2014 № 834н [18]. Количество имеющегося в лечебном учреждении медицинского оборудования для ЭхоКГ и УЗИ БЦА не позволяло провести обследование больных АГ в объеме, требуемом Приказом Минздрава РФ от 15.03.2022 № 168н [5]. ЭхоКГ в течение года была выполнена только у 56,0 % пациентов с АГ, УЗИ БЦА – в 15,6 % случаев. Анализ процессных показателей ДН показал, что периодические записи в отношении лечебной динамики АД сделаны только в 10,0 % случаев. Ни в одном документе не проведено текущего анализа уровня липидов, степени ГЛЖ и атеросклероза сонных артерий. Во всех амбулаторных картах отсутствовала информация о показателях домашнего мониторинга АД. Записи о приверженности больных к антигипертензивной терапии обнаружены в 8,8 % случаев.

Параметры достигнутых (конечных) результатов ДН были представлены следующим образом. Отметка «Контролируемая АГ» в строке «Диагноз основного заболевания» периодически имела у 66,6 % пациентов. В одной трети случаев фигурировала запись «Неконтролируемая АГ». Сохранение постоянного уровня достигнутого целевого АД в течение года было документировано в амбулаторных картах у 4,0 % пациентов. Ни у одного больного в течение года не зафиксировано поддержание целевых показателей липидов, стабилизации/регресса ГЛЖ и атеросклероза каротидных артерий.

Обсуждение

Главным инструментом управления рисками повышенного АД в РФ является долгосрочный периодический мониторинг состояния больного, осуществляемый на практике через активное врачебное ДН. Обнаружено, что осведомленность более половины из них в фундаментальных вопросах развития долгосрочных осложнений АГ не соответствует современному научному уровню

ню знаний и не отвечает профилактическим задачам ДН, что согласуется с данными российских [8–10] и зарубежных исследований [11–13]. Больше половины врачей, скорее всего, недооценивают превентивные эффекты постоянной антигипертензивной терапии в отношении снижения повреждающего воздействия повышенного АД на здоровье человека и рассматривают развитие поражений органов-мишеней как закономерный клинический исход АГ. Качество ДН не будет удовлетворительным, если участковые врачи-терапевты акцентируют свое внимание не на долгосрочных задачах ДН, а преимущественно на предупреждении обострений ГБ, ее приступов – гипертонических кризов, согласно ответам на второй вопрос анкеты.

В электронной медицинской карте амбулаторного больного МИС отсутствуют шаблоны «Диспансерное наблюдение» и «Этапный эпикриз», в которых участковый врач-терапевт мог бы провести контроль эффективности своей работы. Удаление в МИС шаблонов «Диспансерное наблюдение», «Этапный эпикриз», исходно существующих в ф. № 025/у, снижает мотивацию врачей регулярно учитывать результаты ДН, затрудняет работу больничным отделам по контролю качества ДН. Шаблоны «Диспансерное наблюдение», «Этапный эпикриз» – это система напоминания о необходимости контроля качества ДН. Следует отметить, что в другом документе ДН – учетной форме № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» – не предусмотрено раздела, куда бы программа МИС или сам врач вносили данные, позволяющие наглядно оценивать достигнутые результаты. И эта ситуация сохраняется несмотря на то, что С.А. Бойцов и соавт. в 2014 г. в своих Методических рекомендациях предложили «Лист контроля эффективности ДН» [18].

Выявлены проблемы качества ДН, связанные с недостаточным объемом проведения ультразвуковой диагностики больным АГ. Имеющиеся в лечебном учреждении один аппарат для ЭхоКГ и один для УЗИ БЦА технически не позволяют обследовать пациентов как минимум 1 раз в год, что требуется для оценки ежегодной динамики осложнений АГ и долгосрочной эффективности терапии, согласно указаниями КР [4] и приказу № 168н [5]. ЭхоКГ в течение года была выполнена только у 56,0 %, пациентов с АГ, УЗИ БЦА – в 15,6 % случаев, что, однако, существенно больше по сравнению с российскими данными за 2017 г. [6]. Таким образом, существующие условия работы врачей не способствуют качественному ДН.

Анализ процессных показателей ДН позволил обнаружить, что необходимые периодические за-

писи в отношении динамики АД в ходе лечения сделаны только в 10,0 %. Ни в одном случае не было проведено сравнение лечебной динамики уровня липидов, величины ГЛЖ, атеросклероза сонных артерий. Записи о приверженности больных к антигипертензивной терапии обнаружены лишь в 8,8 % случаев, несмотря на указание о проведении диагностики приверженности пациента к лекарственной терапии [4]. Ссылки на результаты домашнего мониторинга АД в амбулаторных картах не обнаружено. В то же время больным АГ для повышения приверженности к проводимой антигипертензивной терапии рекомендуется домашний мониторинг АД, ведение дневников с фиксацией в них доз используемых лекарств и показателей АД 2 раза в день [4]. Обнаруженные показатели процесса связаны с неудовлетворительным качеством врачебного ДН.

Изученные показатели результативности, связанные с качеством ДН, можно считать неудовлетворительными. Отметка о снижении и достижении целевого уровня АД обнаружена у 66,6 %. При этом диагностическое заключение «Контролируемая АГ» ни в одном случае не подтверждено итоговыми сводными таблицами АД, сведениями о результатах домашнего мониторинга АД, ссылками на ведение дневников АД больными. Долгосрочный контроль (сохранение АД на целевом уровне в течение года) документирован только в 4,0 % случаев в редких этапных эпикризах, написанных в произвольной форме. В этапных эпикризах не найдено информации о сохранении в течение года достигнутых целевых показателей содержания липидов, стабилизации/регрессе уровня ГЛЖ и атеросклероза сонных артерий. Исследованные показатели результативности отражают негативные аспекты врачебного ДН, что подтверждает данные российских ученых [7].

Заключение

Обнаруженные показатели структуры, процесса и результатов врачебного ДН могут в той или иной степени объяснять причины его неудовлетворительного качества. Более чем у половины опрошенных участковых врачей-терапевтов выявлена система устаревших профессиональных взглядов на прогнозирование и предупреждение осложнений АГ, объясняющая их индифферентное отношение к ГЛЖ, поражению сонных артерий. Скорее всего, прогнозирование риска и профилактика АГ в меньшей степени интересуют практического врача, чем клинические проявления [11–13]. Существующая на настоящий момент электронная амбулаторная карта МИС также не способствует качественной работе врачей

по ДН. Нужна разработка подпрограмм в МИС для автоматизированного осуществления учета и контроля всех индикаторов ДН, в первую очередь АД, уровня липидов, ГЛЖ и атеросклероза БЦА. Обнаруженная у значительной части врачей приверженность устаревшим концепциям течения АГ может служить одной из важных причин, объясняющих их профессиональную пассивность в проведении ДН, формальное отношение к ДН.

Клиницисты в настоящее время не озабочены в полной мере мониторингом своей эффективности в проекте ДН. Отсутствует постоянное подведение итогов основных показателей здоровья пациента, которые влияют на тактику лечения и информируют врача о прогрессировании или стабильности заболевания. Исключительно редко представлена в амбулаторных картах наглядная итоговая сравнительная динамика целевых и фактических значений величины АД, ГЛЖ и атеросклероза сонных артерий, содержания липидов. Важнейшие показатели результативности процесса ДН (стабильный в течение года уровень АД, липидов, ГЛЖ и т.д.) не только не отмечаются, но и, скорее всего, не достигаются в большинстве случаев. Вероятно, также вследствие технологических недостатков существующей электронной документации и недостаточности диагностической базы показатели конечных эффектов ДН, характеризующие степень достижения запланированных целей, в большинстве случаев не рассчитываются и не анализируются. Партнерство пациента в лечебном процессе в значительной степени игнорируется, результаты самонаблюдения больных не учитываются в амбулаторных картах. Не учитывается личная ответственность пациентов в лечении АГ, диагностика его приверженности к антигипертензивной терапии (код Z91.1 по МКБ-10) не находит рутинного отражения в амбулаторной карте. В создавшейся ситуации требуется комплексное устранение причин неудовлетворительного качества ДН, в частности проведение образовательных мероприятий среди врачей-терапевтов участковых.

Список литературы

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743
2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 203н от 10.05.2017 «Об утверждении критериев оценки качества

медицинской помощи». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/>

4. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации Минздрава Российской Федерации. 2020. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/62_2?ysclid=lx1bt2dwgt415272703

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №168н от 15.03.2022 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

6. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. Оценка качества обследования больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения (по данным российского Регистра артериальной гипертензии). *Систем. гипертензии*. 2017;14(2):29–34. doi: 10.26442/2075-082X_14.2.29-34

7. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Булгакова Е.С., Орлов Д.О., Курилов И.В. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1–3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации. *Рос. кардиол. ж.* 2021;26(4):61–73.

8. Бонцевич Р.А., Вовк Я.Р., Гаврилова А.А., Кириченко А.А., Эбзеева Е.Ю., Космачева Е.Д., Компаниец О.Г., Прозорова Г.Г., Невзорова В.А., Мартыненко И.М., ... Осипова О.А. Этиопатогенез, диагностика и подходы к лечению артериальной гипертензии: оценка базовых знаний врачей терапевтического профиля. Финальные результаты проекта PHYSTARH. *Систем. гипертензии*. 2021; 18(1):25–30. doi:10.26442/2075082X.2021.1.200346

9. Перепеч Н.Б., Шурыгина В.Д., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии. *Рац. фармакотерапия в кардиол.* 2019;15(4):502–509. doi: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-502-509

10. Доронина Л.А., Панова И.Ю. Оценка качества медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией и приверженностью их к лечению. *Практ. мед.* 2018;16(9):102–105. doi: 10.32000/2072-1757-2018-9-102-105

11. Greaves K., Smith A., Agostino J., Kunarajah K., Stanton T., Korda R. Cross-sectional survey describing general practitioners' absolute cardiovascular disease risk assessment practices and their relationship to knowledge, attitudes and beliefs about cardiovascular disease risk in Queensland Australia. *BMJ Open*. 2020;10(8):e033859. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033859

12. Ju I., Banks E., Calabria B., Ju A., Agostino J., Korda R.J., Usherwood T., Manera K., Hanson C.S., Craig J.C., Tong A. General practitioners' perspectives on the prevention of cardiovascular disease: systemat-

ic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021137. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021137

13. Tocci G., Cicero A.F., Salvetti M., Musumeci M.B., Ferrucci A., Borghi C., Volpe M. Attitudes and preferences for the clinical management of hypertension and hypertension-related cerebrovascular disease in the general practice: results of the Italian hypertension and brain survey. *Clin. Hypertens*. 2017;23:10. doi: 10.1186/s40885-017-0066-0

14. Зайцев В.М., Лифлянский В.Г., Маринин В.И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: Фолиант, 2006. 428 с.

15. Федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/

16. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 36 от 28.02.2019 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Режим доступа: <https://base.garant.ru/72271640/>

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 834н от 15.12.2014 «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/

18. Бойцов С.А., Калинина А.М., Гомова Т.А., Ипатов П.В., Каминская А.К. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. *Профилактика мед.* 2014;17(4):10–15.

References

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748. doi: 10.1001/jama.260.12.1743

2. Federal Law N 323-FZ dated 21.11.2011 “On the basics of public health protection in the Russian Federation”. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g> [In Russian].

3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation N 203n dated 10.05.2017 “On the approval of criteria for assessing the quality of medical care”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> [In Russian].

4. Arterial hypertension in adults. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2020. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/62_2?ysclid=lx1bt2dwgt415272703 [In Russian].

5. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation N 168n dated 15.03.2022 “On approval of the procedure for conducting dispensary supervision of adults”. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027> [In Russian].

6. Oshchepkova E.V., Lazareva N.V., Chazova I.E. Quality assessment of examination of patients with arterial hypertension in primary health care (according to the Russian arterial hypertension register data). *Sistemnye gipertenzii = Systemic Hypertension*. 2017;14(2):29–34. [In Russian]. doi: 10.26442/2075-082X_14.2.29-34

7. Drapkina O.M., Shepel R.N., Drozdova L.Yu., Kalinina A.M., Bulgakova E.S., Orlov D.O., Kurilov I.V. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal = Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(4):61–73. [In Russian]. doi:10.15829/1560-4071-2021-4332

8. Bontsevich R.A., Vovk Ya.R., Gavrilova A.A., Kirichenko A.A., Ebzeeva E.Yu., Kosmacheva E.D., Kompaniets O.G., Prozorova G.G., Nevzorova V.A., Martynenko I.M., ... Osipova O.A. Etiopathogenesis, diagnosis, and approaches to the treatment of arterial hypertension: an assessment of the physicians’ basic knowledge. Final results of the PHYSTARH project. *Sistemnye gipertenzii = Systemic Hypertension*. 2021;18(1):25–30. [In Russian]. doi:10.26442/2075082X.2021.1.200346

9. Perepech N.B., Shurygina V.D., Tregubov A.V. Doctors’ adherence to the guidelines on the diagnostics and treatment of arterial hypertension. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):502–509. [In Russian]. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-4-502-509

10. Doronina L.A., Panova I.Yu. Quality assessment of medical care for patients with arterial hypertension and their adherence to treatment. *Prakticheskaya meditsina = Practical Medicine*. 2018;16(9):102–105. [In Russian]. doi: 10.32000/2072-1757-2018-9-102-105

11. Greaves K., Smith A., Agostino J., Kunarajah K., Stanton T., Korda R. Cross-sectional survey describing general practitioners’ absolute cardiovascular disease risk assessment practices and their relationship to knowledge, attitudes and beliefs about cardiovascular disease risk in Queensland Australia. *BMJ Open*. 2020;10(8):e033859. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033859

12. Ju I., Banks E., Calabria B., Ju A., Agostino J., Korda R.J., Usherwood T., Manera K., Hanson C.S., Craig J.C., Tong A. General practitioners’ perspectives on the prevention of cardiovascular disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021137. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021137

13. Tocci G., Cicero A.F., Salvetti M., Musumeci M.B., Ferrucci A., Borghi C., Volpe M. Attitudes and preferences for the clinical management of hypertension and hypertension-related cerebrovascular disease in the general practice: results of the Italian hypertension and brain survey. *Clin. Hypertens.* 2017;23:10. doi: 10.1186/s40885-017-0066-0

14. Zaitsev V.M., Lifyanskii V.G., Marinin V.I. Applied medical statistics. Saint Petersburg: Foliant, 2006. 428 p. [In Russian].

15. Federal Law N 152-FZ dated 27.07.2006 "About personal data". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ [In Russian].

16. Order of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund N 36 dated 28.02.2019 "On approval of the procedure for organizing and conducting control of the volume, timing, quality and conditions of medical

care for compulsory medical insurance". Available at: <https://base.garant.ru/72271640/> [In Russian].

17. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation N 834n dated 15.12.2014 "On approval of the unified forms of medical documentation used in medical organizations providing outpatient medical care and the procedures for filling them out". Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/ [In Russian].

18. Boytsov S.A., Kalinina A.M., Gomova T.A., Ipatov P.V., Kaminskaya A.K. Follow-up of patients with chronic non-communicable diseases and a risk for their development: real practice of regional outpatient/polyclinic facilities. *Profilakticheskaya meditsina = The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2014;17(4):10–15. [In Russian].

Сведения об авторах:

Манойлов Александр Егорович, к.м.н., ORCID: 0009-0005-0811-1391, e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Маркина Алёна Юрьевна, д.м.н., проф., ORCID: 0000-0001-5058-2414, e-mail: markina_alenka@mail.ru

Малыхина Ольга Павловна, к.м.н., ORCID: 0009-0000-7514-7291, e-mail: Omalyhina@rambler.ru

Information about the authors:

Alexander E. Manoilov, candidate of medical sciences, ORCID: 0009-0005-0811-1391, e-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Alyona Yu. Markina, doctor of medical sciences, professor, ORCID: 0000-0001-5058-2414, e-mail: markina_alenka@mail.ru

Olga P. Malykhina, candidate of medical sciences, ORCID: 0009-0000-7514-7291, e-mail: Omalyhina@rambler.ru

Поступила в редакцию 23.05.2024

После доработки 10.06.2024

Принята к публикации 12.10.2024

Received 23.05.2024

Revision received 10.06.2024

Accepted 12.10.2024