

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. Ю. Суворов*, С. Ю. Марцевич

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

Рассмотрены наиболее распространенные способы оценки лечения кардиологических заболеваний за рубежом, методология создания таких способов оценки, а также представлены данные о принципах оценки лечения в Российской Федерации. В качестве примеров приведены некоторые зарубежные исследования-регистры острого инфаркта миокарда, целью проведения которых являлась оценка качества терапии. Поднимаются проблемы качественного лечения, базирующегося на данных доказательной медицины, некоторые правовые аспекты, касающиеся клинических рекомендаций в России, обсуждаются различные варианты оценки качества терапии.

Ключевые слова: оценка качества лечения, сердечно-сосудистые заболевания, медикаментозная терапия, регистр.

Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2014;10(4):397-401

Modern principles of quality assessment of cardiovascular diseases treatment

A. Yu. Suvorov*, S. Yu. Martsevich

State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

The most common ways of assessment of cardiovascular diseases treatment abroad, approaches to creation of such assessment methods are considered, as well as data on the principles of the assessment of treatment in Russia. Some foreign registers of acute myocardial infarction, the aim of which was therapy quality assessment, are given as examples. The problem of high-quality treatment based on data from evidence-based medicine, some legal aspects related to clinical guidelines in Russia are considered, as well as various ways of treatment quality assessment.

Key words: treatment quality assessment, cardiovascular diseases, pharmacotherapy, register.

Ration Pharmacother Cardiol 2014;10(4):397-401

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): asuvorov@gnicpm.ru

Введение

Клиническая медицина уже много сотен лет предоставляет практическому врачу обширный набор лекарств для лечения самых разнообразных заболеваний. Хотя сами эти лекарства существенно меняются с течением времени, проблема оптимального выбора применительно к конкретному больному постоянно остается актуальной. В течение длительного времени объективная оценка качества лечения была невозможной, поэтому лечебный процесс рассматривался как искусство врача.

Появление доказательной медицины как науки, призванной сделать клиническую практику научно обоснованной, создало возможность объективизировать качество назначаемого лечения, в том числе качество выбора лекарственной терапии [1]. Кардиология в силу целого ряда причин стала первой областью медицины, где достижения доказательной медицины стали активно внедряться в клиническую практику.

Сведения об авторах:

Марцевич Сергей Юрьевич – д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦПМ

Суворов Александр Юрьевич – м.н.с. того же отдела

Основным способом такого внедрения стали так называемые клинические рекомендации (КР).

Клинические рекомендации, а также протоколы лечения представляют собой периодически разрабатываемые документы, созданные на основе результатов крупных клинических исследований, систематических обзоров и мета-анализов [2]. Рекомендации разрабатываются профессиональными медицинскими сообществами и экспертами и предназначены для практикующих врачей для принятия наиболее грамотных и эффективных решений о выборе способов диагностики, лечения, с целью повышения квалификации практикующих врачей, создания новых стандартов и порядков лечения [3-5]. Неоднократно было продемонстрировано, что терапия согласно рекомендациям не только улучшает качество жизни, но и способствует снижению больничной летальности и отдаленной смертности [6-8].

Полное следование КР не всегда бывает возможно по целому ряду причин, среди которых ведущее место занимает незнание врачами клинических рекомендаций и неумение их использовать [9, 10]. Такая ситуация приводит к необходимости оценки лечебных мероприятий в реальной практике [11, 12].

В настоящее время наличие тех или иных систем оценки качества проводимого лечения является обязательным компонентом системы здравоохранения любой развитой страны, однако эти системы в разных странах имеют свои особенности. Цель настоящей публикации – описать основные принципы, на которых строится в настоящее время оценка качества лечения, в первую очередь, медикаментозного, на примере кардиологии – области медицины, где задействовано самое большое количество врачей и где, как уже отмечалось, принципы доказательной медицины на сегодняшний день получили наибольшее развитие.

Оценка лечения в развитых странах западной Европы и Северной Америки

Во многих развитых странах давно предпринимаются попытки оценить качество лечения различных кардиологических заболеваний. В США существуют различные региональные программы по оценке качества лечения, действующие под эгидой Федерального Агентства по Исследованиям и Качеству в Здравоохранении (Agency for Healthcare Research and Quality; <http://www.ahrq.gov/>). Эти программы регулируют контроль качества в учреждениях, связанных с государственной страховой программой Medicare (<http://www.medicare.gov>). В Великобритании вопросами качества лечения и контроля занимается Национальное Агентство Безопасности Пациентов (National Patient Safety Agency), подразделение Национальной Службы Здравоохранения (<http://www.npsa.nhs.uk/>). Помимо государственных структур нередко существуют и крупные общественные организации по контролю за качеством оказания медицинской помощи. В США такие функции выполняет Национальный Форум по Качеству (National Quality Forum; <http://www.qualityforum.org>), в Германии – Агентство по Качеству в Здравоохранении (German Agency for Quality in Medicine; <http://www.aeqz.de/>), в Великобритании ряд программ по качеству и контролю осуществляет Фонд Здравоохранения (The Health Foundation; <http://www.health.org.uk/>). Программы, в соответствии с которыми действуют общественные организации, разрабатываются государством. Таким образом, контроль за качеством в системе здравоохранения становится публичным.

Реализация задачи по оценке качества лечения наиболее успешно может быть выполнена в рамках медицинских регистров. Проиллюстрировать это можно с помощью крупных зарубежных регистров острого инфаркта миокарда (ОИМ), основной целью которых являлось проведение оценки лечения (табл. 1). Инфаркт миокарда является одним из наиболее тяжелых осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), характеризующийся высокой смертностью. С другой стороны,

современные методы лечения, основанные на данных доказательной медицины, позволяют существенно снизить смертность. Контроль оценки качества лечения, его соответствия современным КР имеют особую значимость для ОИМ.

Обращает на себя внимание, что среди различных способов оценки лечения все большую роль приобретают так называемые шкалы композитной оценки [18]. В процессе разработки таких шкал группа экспертов на основании действующих клинических рекомендаций выделяет несколько наиболее важных лечебно-диагностических мероприятий по конкретному заболеванию, затем составляется шкала оценки из полученной группы показателей, где каждый показатель будет важен в равной степени [19, 20]. Использование композитных шкал позволило создать рейтинги лечебных учреждений для распределения финансов и премирования, ориентируясь на лечебно-диагностический процесс и госпитальную смертность. Научная значимость описанных композитных шкал представляет определенный интерес, т.к. при включении показателей эксперты ориентировались строго на актуальные клинические рекомендации [21].

Создание шкал оценки

При создании шкалы эксперты должны решить ряд вопросов, таких как решение о включении в шкалу того или иного показателя, определение группы пациентов, информация о сроках наблюдения и исходах, включение дополнительных показателей, связанных с тяжестью состояния и сопутствующих заболеваниях. Эти принципиальные вопросы и являются этапами создания шкалы оценки и будут рассмотрены ниже.

Включение показателей в шкалу

Первый из них связан с кругом показателей и мероприятий из рекомендаций, которые следует включить. Чаще всего решение о включении принимается экспертной комиссией, создающей шкалу. Рекомендации для использования композитных шкал в кардиологии в США разрабатывает Национальный форум по Качеству (National Quality Forum) [22], а также Американский колледж кардиологии совместно с Американской кардиологической ассоциацией [23] на основании современных клинических рекомендаций по лечению. Шкалы оценки других стран, например, шкала Британского регистра ОИМ MINAP или Французского регистра ОИМ основываются на локальных клинических рекомендациях NICE и Европейского общества кардиологов [16, 17].

Включение пациентов в процесс оценки

Чем больше пациентов будет включено в регистр оценки, тем более полной будет реальная картина

Таблица 1. Регистры по оценке лечения ОИМ (западные страны)

Параметр	Medicare HQI (США) [13]	GWTG ACTION Registry (США) [14]	Шкала Канадского общества кардиологов [15]	MINAP (Великобритания) [16]	Регистр ОИМ Франции [17]
Годы проведения	2003 г. – н.в.	2007 г. – н.в.	2007 г. – н.в.	2000 г. – н.в.	2008-2010 гг.
Число пациентов	2003-2012 гг.: около 2 700 000 пациентов	2007-2008 гг.: 103 890 пациентов		Около 85 000 пациентов ежегодно	39 777 пациентов
Метод оценки	Композитная шкала	Композитная шкала	Композитная шкала	Анализ базы данных	Композитная шкала
Характеристика метода оценки	9 комбинированных показателей, основанных на клинических рекомендациях	8 показателей при острой фазе ОИМ (на основании РКИ), 7 показателей при выписке	38 показателей при ОИМ (при - госпитализации и при выписке)	123 различных показателя базы данных (на момент 2010 г), характеризующие самого пациента, лечение, рекомендации при выписке	4 показателя, шкала «всё-или-ничего» – баллы начислены только за выполнение всех 4 показателей
Включение в оценку показателя смертности	30-дневная смертность	Нет	30-дневные и годовые показатели смертности, повторных госпитализаций по поводу ОКС, повторных госпитализаций по поводу ХСН	Смертность, повторные госпитализации на различных сроках, анализ факторов риска	Нет
Составление рейтингов ЛПУ/Аудит	Да	Да	Да	Да	Да

ОИМ – острый инфаркт миокарда; РКИ – рандомизированные контролируемые исследования; ОКС – острый коронарный синдром; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение; н.в. - по настоящее время

проводимого лечебно-диагностического процесса. В наиболее информативной шкале учитывается не только выполнение конкретных положений рекомендаций, но и наличие противопоказаний у пациентов, что позволяет включить в регистры максимальное количество пациентов [23].

Учет смертности и исходов при оценке

Контроль за выполнением регламентов и стандартов представляется крайне важным, однако не менее важным является влияние выполнения КР на исходы заболеваний. В некоторых шкалах оценки США (проект Medicare HQI, регистр Канадского общества кардиологов) используют показатели 30-дневной больничной летальности. Выбор срока наблюдения представляется одной из самых трудных задач при создании шкал оценки. Включение в показатели оценки исходов заболевания приводит к необходимости устанавливать повторный контакт с пациентом, что, во-первых, влечет дополнительные затраты, во-вторых, отклик пациентов может оказаться слишком малым [24].

Учет состояния пациента и коморбидности при оценке

В ряде исследований продемонстрировано, что исход заболевания, в частности, показатели больничной летальности, напрямую зависят от состояния пациента на момент госпитализации в стационар. На основании результатов этих исследований были созданы

многочисленные шкалы риска, наиболее известными из которых в кардиологии являются Killip [25], GRACE [26], GUSTO [27] и ряд других. Проводились неоднократные попытки создания различных индексов, которые могли бы позволить оценить влияние сопутствующих и фоновых заболеваний на исходы, например, индекс PROFUND [28]. Однако попытки создания таких показателей сталкивались с огромной гетерогенностью сопутствующих заболеваний и сложностью при интерпретации роли каждого из них [29].

Проведение оценки лечения в РФ

Оценить существовавшую в СССР систему оценки качества лечения по литературным данным достаточно сложно. Существовали школы крупных врачей, таких, как Е.И. Чазов, А.Л. Мясников, В.Х. Василенко, Е.М. Тареев и ряда других ученых [30]. Лечение, проводимое по их руководствам, считалось примером для следования. Попытки некоего системного подхода при оценке лечения стали зарождаться в середине 80-х годов прошлого века и затрагивали, в основном, эпидемиологические данные о заболеваемости, распространенности и смертности [31,32]

В настоящее время проведение оценки качества лечения в РФ закреплено в Федеральном законе (ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [33], в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [34], различные

элементы проведения оценки лечения содержатся в приказах Федерального и территориальных Фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС).

На основании вышеупомянутых Законов, основными документами, регламентирующими объем и длительность медицинской помощи, конкретные препараты, лечебные и диагностические мероприятия являются стандарты и порядки оказания медицинской помощи (далее – стандарты и порядки) [33]. Стандарты утверждаются приказом Министерства Здравоохранения РФ. Стандарты и порядки, по сути, являются экономическими документами, в них не содержится информации о принятии тактических решений для практикующего врача в конкретной клинической ситуации.

Сегодня работа по созданию и внедрению клинических рекомендаций входит в приоритетные задачи Министерства Здравоохранения [35]. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [33] упоминает о деятельности профессиональных некоммерческих медицинских организаций, непосредственно принимающих участие в создании клинических рекомендаций. Таким образом, работа по внедрению рекомендаций и данных доказательной медицины в реальную практику и в оценку лечения в России ведется, в дальнейшем ожидается присвоение клиническим рекомендациям некоего правового статуса [35].

Экспертиза медицинской помощи

Экспертная оценка медицинской помощи в РФ сводится к выполнению определенного объема помощи на основании стандартов и порядков. Оценку проводит врач-эксперт, который, в соответствии с ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [34], является лицом, «имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования...». Статья 87 того же Закона обязывает врача-эксперта проводить контроль объема, сроков лечения в соответствии с принятыми порядками и стандартами оказания медицинской помощи [34]. В РФ должность врача-эксперта в том значении, которое определена Законом, востребована, в основном, в страховых компаниях. Определение качества медицинской помощи дается в Законе РФ от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [33]: «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень до-

стижения запланированного результата». Из этого определения следует, что проводимая экспертиза медицинской помощи на сегодня является в большей степени оценкой проведенного объема лечения, а не его качества. Такая ситуация, по-видимому, вызвана именно тем, что законодательно определен статус стандартов и порядков, но не клинических рекомендаций.

Обсуждение

Несмотря на значительную потребность в оценке качества лечения ССЗ, в РФ оценка фактически представляет собой сравнение проведенного лечения и утвержденных Министерством Здравоохранения стандартов и порядков лечения. Госпитальная летальность, качество жизни пациента, отдаленный прогноз, а также соответствие лечения актуальным клиническим рекомендациям на сегодняшний день не учитывается.

Создание новых способов оценки представляют огромный интерес для РФ в аспекте практического здравоохранения, т.к. заболеваемость, распространенность и смертность от кардиологических заболеваний чрезвычайно высока.

Любые предложенные для проведения оценки методики должны, во-первых, опираться на данные доказательной медицины, т.к. именно результаты крупномасштабных исследований дают реальные данные о значимости тех или иных видов лечения, конкретных лекарственных препаратов. Во-вторых, система оценки должна быть максимально простой в использовании, чтобы ее можно было использовать в масштабах практического здравоохранения. В-третьих, метод оценки должен быть опробован в регистрах, где бы отслеживались отдаленные исходы заболеваний. Подобные исследования существуют, например, регистры ОИМ РЕКОРД и РЕКОРД-2 [36], ЛИС [37], завершается работа над регистром больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения – ЛИС-2 [38]. Во всех этих регистрах одной из ведущих задач являлось изучение отдаленных исходов.

Представляется логичным, если роль создателей методик оценки возьмут на себя именно профессиональные некоммерческие медицинские организации и научные общества, как специалисты, участвующие в разработке клинических рекомендаций.

Заключение

Проведение оценки лечения кардиологических заболеваний представляет собой многогранный процесс, при котором учитываются многие моменты, связанные как непосредственно с терапией (лечение, опирающееся на клинические рекомендации), так и с пациентом (тяжесть состояния, больничная летальность и отдаленная смертность). Выбор конкретного механизма зависит от конечных целей исследования:

для оценки фармако-экономического профиля конкретного лечебного учреждения требуются одни показатели, при изучении отдаленных исходов и степени приверженности клиническим рекомендациям требуется совершенно другие алгоритмы. Поиски способа оценки будут перспективными как для отдельных лечебных учреждений, так и для мирового здравоохранения, пока

совершенствуется медицинская наука и открываются новые способы лечения.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов применительно к теме данной статьи.

Литература

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
2. Rousseau N, McCall E, Newton J, et al. Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care. *BMJ* 2003;326(7384):314.
3. Burgers JS, Cluzeau FA, Hanna SE, et al. Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *International journal of technology assessment in health care* 2003;19(1):148-57.
4. Burgers JS, Grol RP, Zaat JO, et al. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *The British journal of general practice* 2003;53(486):15-9.
5. Larson E. Status of practice guidelines in the United States: CDC guidelines as an example. *Preventive medicine* 2003;36(5):519-24.
6. Micieli G, Cavallini A, Quaglini S. Guideline compliance improves stroke outcome: a preliminary study in 4 districts in the Italian region of Lombardia. *Stroke* 2002;33(5):1341-7.
7. Norring B, Wester P, Sunnerhagen KS, et al. Beyond conventional stroke guidelines: setting priorities. *Stroke* 2007;38(7):2185-90.
8. Kapral MK, Laupacis A, Phillips SJ, et al. Stroke care delivery in institutions participating in the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke* 2004;35(7):1756-62.
9. Martsevich SYu, Drozdova LY, Lukina YuV, et al. How clinicians assess the possibilities of modern medical therapy in patients with ischemic heart disease. The results of the poll in Moscow and Voronezh. *Ration Pharmacother Cardiol* 2010; 6 (2): 145-8. Russian (Марцевич С.Ю. Дроздова Л.Ю., Лукина Ю.В., и др. Как оценивают практические врачи возможности современной медикаментозной терапии больных ишемической болезнью сердца. Результаты опросов в Москве и Воронеже. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2010;6(2):145-8).
10. Martsevich SYu, Drozdova LY, Voronina VP. Health and education of the doctor: two ingredients for success. *Ration Pharmacother Cardiol* 2010; 6 (1): 73-6. Russian (Марцевич С.Ю. Дроздова Л.Ю., Воронина В.П. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2010;6(1):73-6).
11. Ebben RH, Vloet LC, Verhofstad MH, et al. Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2013;21:9.
12. Tsai CL, Magid DJ, Sullivan AF, et al. Quality of care for acute myocardial infarction in 58 U.S. emergency departments. *Academic emergency* 2010;17(9):940-50.
13. Kroch E, Van Dusen C. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) /Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project. White Paper. Premier. 2012. Available at https://www.premier-inc.com/wps/wcm/connect/d7ea1df4-bed3-4f96-bfbf-a2c664e64993/Premier_HQID_Final_White_Paper_28Nov2012.pdf?MOD=AJPERES. Accessed by 30.08.2014.
14. Peterson ED, Roe MT, Rumsfeld JS, et al. A call to ACTION (acute coronary treatment and intervention outcomes network): a national effort to promote timely clinical feedback and support continuous quality improvement for acute myocardial infarction. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2009;2(5):491-9.
15. Tu JV, Khalid L, Donovan LR, Ko DT. Indicators of quality of care for patients with acute myocardial infarction. *CMAJ* 2008;179(9):909-15.
16. Herrett E, Smeeth L, Walker L, Weston C. The Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP). *Heart* 2010;96(16):1264-7.
17. Schiele F, Capuano F, Derumeaux G, et al. Hospital ranking based on discharge prescriptions after acute myocardial infarction. A national assessment over 3 consecutive years. *Abstract 5232. Eur Heart J* 2012;33 (Abstract Supplement):955.
18. Eapen ZJ, Fonarow GC, Dai D, et al. Comparison of composite measure methodologies for rewarding quality of care: an analysis from the American Heart Association's Get With The Guidelines program. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 2011;4(6):610-8.
19. Normand SL, McNeil BJ, Peterson LE, Palmer RH. Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *International journal for quality in health care* 1998;10(3):247-60.
20. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboration With the American Academy of Family Physicians and American College of Emergency Physicians Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008;52(24):2046-99.
21. Landrum MB, Bronskill SE, Normand S. Analytic Methods for Constructing Cross-Sectional Profiles of Health Care Providers. *Health Services and Outcomes Research Methodology* 2000;1(1):23-47.
22. Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR, et al. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur Heart J* 2010;31(22):2755-64.
23. Peterson ED, DeLong ER, Masoudi FA, et al. ACCF/AHA 2010 Position Statement on Composite Measures for Healthcare Performance Assessment: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop a position statement on composite measures). *Circulation* 2010;121(15):1780-91.
24. Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, et al. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *JACC* 2005;45(7):1147-56.
25. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *JACC* 1967;20(4):457-64.
26. Fox KA, Goodman SG, Klein W, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J* 2002;23(15):1177-89.
27. The GUSTO investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *NEJM* 1993;329(10):673-82.
28. Bernabeu-Wittel M, Formiga F, Ollero-Baturone M. A new prognostic index centered on polypathological patients. The PROFUND index. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2011;66(12):1393-4.
29. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews* 2011;10(4):430-9.
30. Sorokina TS. History of Medicine. Moscow: Academy; 2008. Russian (Сорокина Т.С. История медицины. М.: Академия; 2008).
31. Almazov VA, Chavpetsov VF. Rapid assessment of cardiac care, as a way of intensification of specialized medical services. *Bulletin of AMS USSR* 1988; 8: 38-43. Russian (Алмазов В.А., Чавецов В.Ф. Оперативная оценка кардиологической помощи, как способ интенсификации специализированной медицинской службы. Вестник АМН СССР 1988;8:38-43).
32. Sokolov AM. Principles of integrated assessment of the level of care mercedno disease. *Doctoring* 1990; 3: 117-9. Russian (Соколов А.М. Принципы интегрированной оценки уровнем медицинской помощи меречно-сосудистых заболеваний. Врачебное Дело 1990;3:117-9).
33. Federal Law "On the basis of health protection in the Russian Federation" N 323-FL (Ed. from 25.11.2013, 21.11.2011 Adopted by the State Duma). Russian (Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013; Принят Гос. Думой 21.11.2011)).
34. Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" N 326-FL. (Adopted by the State Duma 29.11.2010, Ed. from 25.11.2013). Russian (Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" N 326-ФЗ. (Принят Гос. Думой 29.11.2010; ред. от 25.11.2013)).
35. The results of work of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2013 and tasks for 2014 Мичишц: МоН РФ; 2014. Russian (Об итогах работы Министерства Здравоохранения Российской Федерации в 2013 г. и задачах на 2014 г. М.: МЗ РФ; 2014).
36. Ehrlich AD, Gratsianskii NA. Acute coronary syndrome without ST elevation in the actual practice of Russian hospitals. Comparative data registers "RECORD-2" and "RECORD". *Cardiology* 2012; 10: 9-16. Russian (Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром без подъемов ST в реальной практике российских стационаров. Сравнительные данные регистров «РЕКОРД-2» и «РЕКОРД». Кардиология 2012;10:9-16).
37. Martsevich SYu, Ginsburg ML, Kutishenko NP, et al. The LIS Study (Lubertsy study mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of drug therapy. Part 1: How patients are treated prior myocardial infarction, and how this affects mortality in the hospital. *Ration Pharmacother Cardiol* 2012; 8 (5): 681-4. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012;8(5):681-4).
38. Boytsov SA, Martsevich SYu, Ginsburg ML, et al. Lubertsy mortality study of patients after stroke or transient ischemic attack (FOX-2). Design and evaluation of drug therapy. *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9 (2): 114-22. Russian (Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., и др. Люберецкое исследование смертности больных, перенесших мозговой инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ЛИС-2). Дизайн и оценка лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2013;9(2):114-22).

Поступила: 28.07.2014
Принята в печать: 26.08.2014