

Формирование на основе данных доказательной медицины профилей индикаторов качества медицинской помощи при болезнях, наиболее значимых в структуре заболеваемости и смертности населения Самарской области

В.П. Куличенко, Е.И. Полубенцева

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области

Резюме

В статье представлены алгоритмы формирования индикаторов качества оказания медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и сахарном диабете.

Ключевые слова: социально-значимые заболевания, доказательная медицина, индикаторы качества.

Formation on the basis of EVIDENCE-BASE medicine of the profiles of the quality medical care indicators for the diseases, most significant in the structure of morbidity and mortality of the Samarskaya region's population

V.P. Kulichenko, E.I. Polubentseva

Ministry of Public Health and Social Development of Samarskaya region, Samara

Summary

In the article are represented the algorithms of creation of the indicators of the health care quality indicators for assessment treatment patients with diseases of cardiovascular system and diabetes mellitus.

The keywords: social- significant diseases, evidence-base medicine, the indicators of the quality.

Координаты для связи с авторами: Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, 443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181

Перечень сокращений

АГ	Артериальная гипертензия
ВЭМ	Велоэргометрия
ГБ	Гипертоническая болезнь
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИК	Индикатор качества
ИМ	Инфаркт миокарда
КР	Клинические рекомендации
КФК	Креатинфосфокиназа
ЛПВП	Липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	Липопротеиды низкой плотности
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СД	Сахарный диабет
ФК	Функциональный класс
ЭхоКГ	Эхокардиография

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Здравоохранение вплоть до середины XX века повсеместно сосредотачивало усилия на лечении острых заболеваний. Основные финансовые средства во всех странах были вложены в развитие стационарной помощи, а также в организацию на национальном уровне мероприятий по профилактике острых инфекционных болезней, поскольку они на протяжении многих веков являлись основной причиной смерти людей. Вакцинация и улучшение социально-бытовых условий к концу XX столетия в большинстве стран позволили повсеместно взять под контроль инфекционными заболеваниями. Проблема острых заболеваний перестала быть столь актуальной.

За последние 100 лет продолжительность жизни людей в развитых странах возросла с 35 лет до 70–80 лет. Сегодня население стремительно «стареет». В последующие 50 лет, к 2050 г. число людей старше 60 лет возрастет втрое и увеличится от 600 млн. приблизительно до 2 млрд. (в странах ЕС – это будет треть населения).

Старение населения привело к изменению структуры заболеваемости: острые заболевания сменились все возрастающим числом хронических болезней. Однако системы здравоохранения, традиционно ориентированные на лечение острых состояний, оказались не готовыми к изменению стратегии. Теперь, кроме лечения относительно небольшого числа людей в больницах, стало необходимым оказывать систематическую амбулаторно-поликлиническую помощь огромной части населения, страдающей хроническими заболеваниями, смертельные осложнения которых могут быть эффективно предотвращены несложными профилактическими и скрининговыми мероприятиями.

К сожалению, необходимость изменения глобальной стратегии медицинской помощи не была своевременно осознана, не проводились соответствующие научные исследования, не были разработаны управленческие и методологические технологии, не перестроена система организации и финансирования медицинской помощи, не подготовлено достаточное количество специалистов. Все это привело к кризису систем здравоохранения, охватившего даже развитые страны, в которых к 2000 г. не удалось решить большинство из 38 задач в области охраны здоровья, поставленных ВОЗ в 1993 г.

Основные показатели здоровья населения Российской Федерации по данным ВОЗ (www.who.int/whosis/country/indicators, 2008)

Среднегодовая численность населения, оба пола	2005	143113888
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола	2005	15.06
% населения старше 65 лет, оба пола	2005	13.82
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола	2005	10.18
Общий коэффициент смертности на 1000 населения	2005	16.10
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола	2005	65.37
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины	2005	58.98
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины	2005	72.40
Оценка ожидаемой продолжительности жизни (оценка ВОЗ)	2003	65
Оценка младенческой смертности на 1000 живорожденных (оценка ВОЗ и ЮНИСЕФ)	2000	16
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	2005	11.03
СКС, болезни органов кровообращения, /100000	2005	837.31
СКС, злокачественные новообразования, /100000	2005	183.76
СКС, травмы и отравления, / 100000	2005	211.18
СКС, все причины смерти, /100000	2005	1509.92
Заболеваемость туберкулезом, на 100000, все формы	2004	84.21
Число больничных коек на 100000 населения	2005	974.22
Число врачей, на 100000 населения	2005	424.63
Число поступивших в стационары на 100 человек населения	2005	22.20
Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	2004	5.30

Демография и показатели здоровья населения РФ

Для интегральной оценки здоровья населения ВОЗ в 1985 г. предложила использовать комплекс стандартных показателей (табл.1), которые ежегодно анализируются и сравниваются, что позволяет объективно выявить наиболее актуальные для той или иной страны или группы стран проблемы в области охраны здоровья.

Статистические данные свидетельствуют о негативных демографических процессах и прогрессивном ухудшении здоровья населения РФ в течение последних 10–15 лет (рис.1). В течение последних 3 лет было достигнуто незначительное улучшение показателей: снизилась смертность, повысилась рождаемость. Однако показатели здоровья населения России по-прежнему значительно отличаются от аналогичных показателей в развитых странах, что свидетельствуют об актуальности проблемы сохранения нации.

- Численность населения России неуклонно сокращается. Только за 2003 г. население страны уменьшилось на 796 тыс. человек.

- Смертность превысила рождаемость в большинстве регионов РФ, тогда как в период до 1991 г. ежегодный прирост стабильно составлял более 5 человек на 1000 населения (т.е. около 700000 новых граждан РСФСР ежегодно). Смертность населения РФ является одной из самых высоких среди европейских стран, и продолжает расти. Особенно тревожным является увеличение смертности трудоспособного населения (в РФ риск умереть в возрасте 15–60 лет составил в РФ 480 на 1000 мужчин и 182 на 1000 женщин). Этот показатель выше аналогичного в развитых странах в 4–5 раз и также является самым высоким в Европе.

Значительно сократилась средняя продолжительность жизни граждан России. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ в настоящее время составляет 65 лет (у мужчин – 58 лет, у женщин – 72 года). Это на 16 лет

меньше, чем в Швейцарии, Италии, на 10 лет меньше, чем в Польше. Если ситуация не изменится, то по прогнозам ВОЗ, в период до 2015 г. преждевременно умрет 4 млн. российских граждан, что приведет к ущербу национального дохода в размере 300 млрд. долл. США.

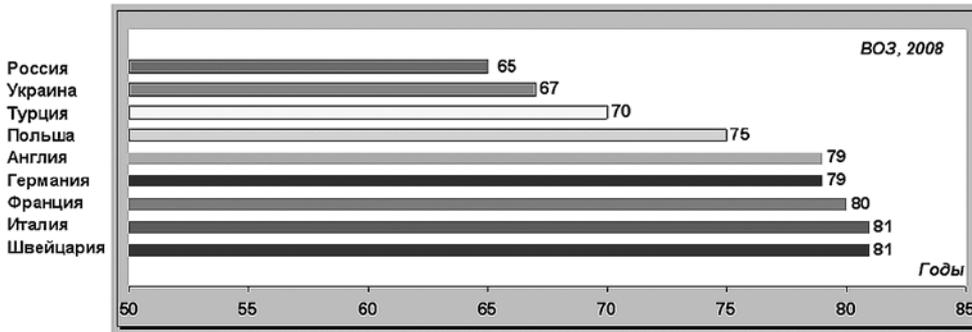
Анализ динамики возрастных коэффициентов смертности населения страны за период с 1980 г. по 2003 г. показывает, что максимальное увеличение смертности наблюдается среди людей в возрасте от 40 до 54 лет (прирост более 75%). Значительное увеличение смертности зафиксировано среди людей в возрасте от 26 до 39 лет и от 55 до 64 лет (прирост более 50%). На 44% возросла смертность среди совсем молодых людей – от 20 до 24 лет. Детская смертность за тот же период времени существенно уменьшилась, а среди людей 70 лет и старше почти не изменилась.

Во всех возрастных группах от 15 до 60 лет в РФ отмечен самый высокий уровень смертности среди стран Европейского региона ВОЗ (в 2,5 раза выше, чем в странах Евр-А). Резко выражен эффект преждевременной смертности (до достижения возраста 65 лет). Сегодня в России, если ситуация не изменится, только каждый второй мужчина, которому сегодня исполнилось 15 лет, доживет до 60 лет,. Если бы эффект преждевременной смертности удалось преодолеть, то ОПЖ повысилась бы на 13,4 лет (это наибольший возможный прирост ОПЖ в Европе).

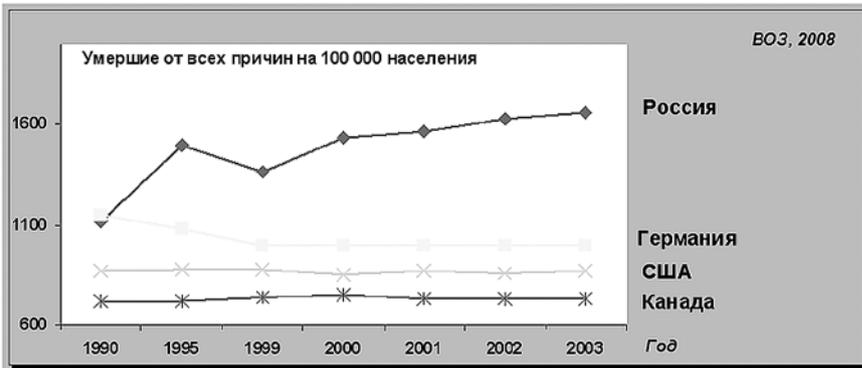
Таким образом, по мнению экспертов ВОЗ, в РФ наблюдается беспрецедентный для мирного времени феномен повышения смертности в большинстве групп населения.

Как было показано выше, наиболее тревожное положение сложилось в группах трудоспособного населения. Проанализируем структуру смертности населения РФ и сопоставим с аналогичными показателями в развитых странах ЕС. Основными причинами смертности населения РФ являются сердечно-сосудистые заболевания,

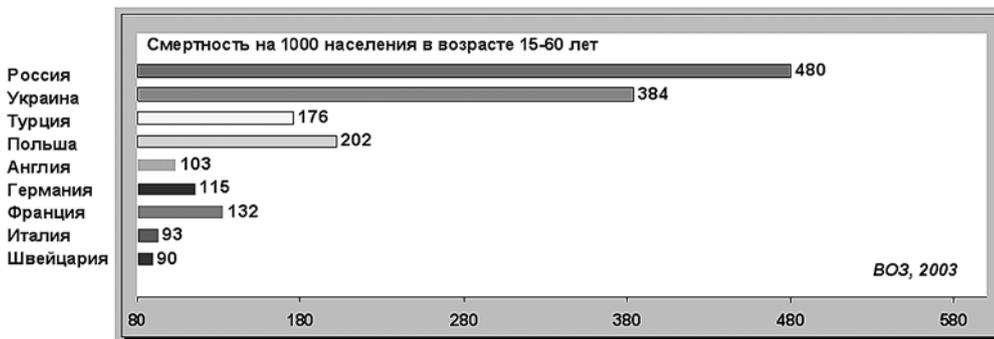
Вероятная продолжительность жизни (годы), вся популяция



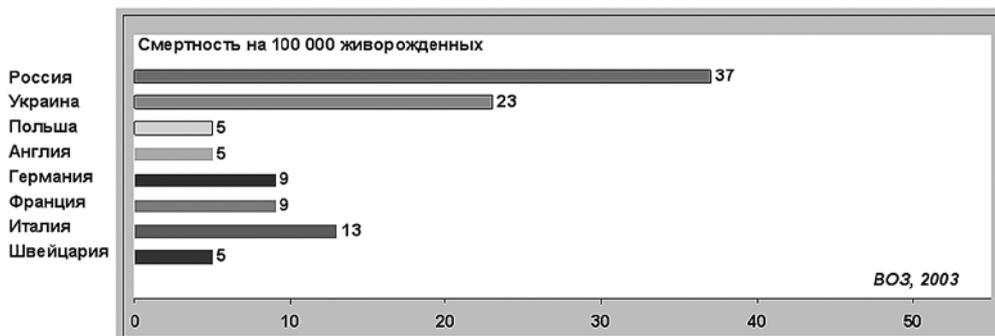
Смертность населения



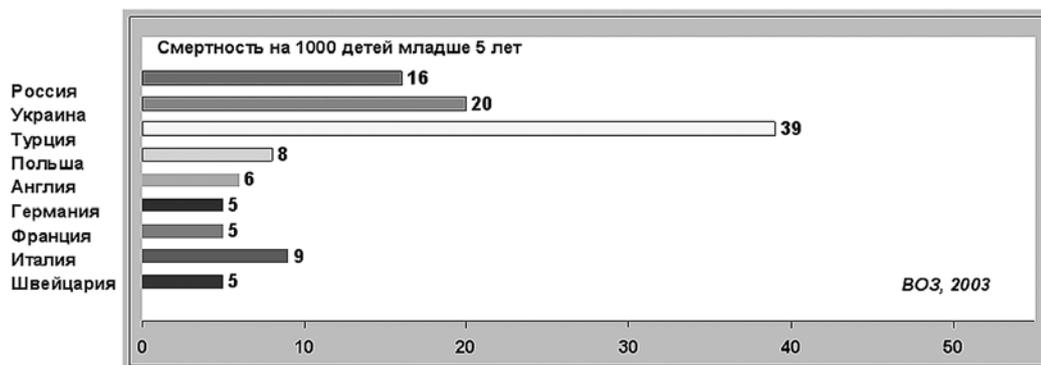
Смертность взрослого населения



Материнская смертность



Смертность детей



Основные причины смерти населения в мире, странах ЕС и России

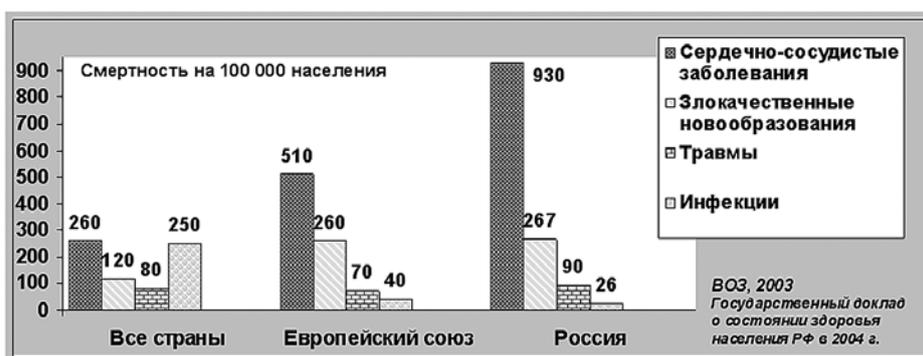


Рис. 1. Показатели здоровья населения Российской Федерации

злокачественные новообразования, а также травмы и отравления. Данная структура смертности не отличается от аналогичной в развитых странах ЕС.

Однако смертность от ССЗ превышает аналогичный показатель для стран ЕС в 3,5 раза (в возрастной группе 45–59 лет – в 7 раз, мужчин в возрасте 30–44 года – в 10 раз). Как показано на рис. 2а, смертность от ССЗ в РФ неуклонно растет. Несмотря на успехи кардиологии и кардиохирургии, смертность от ССЗ увеличилась в РФ за период с 1970 г. на 117%, тогда как в странах ЕС неуклонно снижалась (рис. 2б).

Смертность от злокачественных новообразований лишь на 2% превышает средний уровень для развитых стран ЕС, увеличилась за период с 1970 г. на 37%, но при этом в целом повторяет аналогичную динамику, характерную для данного показателя в развитых странах ЕС.

Значительное нарастание смертности в последние десятилетия в РФ наблюдается от внешних причин, что позволило экспертам ВОЗ говорить об «эпидемии травматизма и насилия в РФ». Данный показатель в 5 раз превышает аналогичный в развитых странах ЕС (226 случаев смерти на 100000 населения в РФ и, соответственно, 40 для стран Евр-А).

Таким образом, на основании проведенного анализа, можно заключить, что беспрецедентно высокая смертность трудоспособного населения обусловлена, главным образом, сердечно-сосудистыми заболеваниями (инфаркт миокарда и мозговой инсульт) и внешними причинами. Эти заболевания и причины в настоящее время отнесены к предотвратимым.

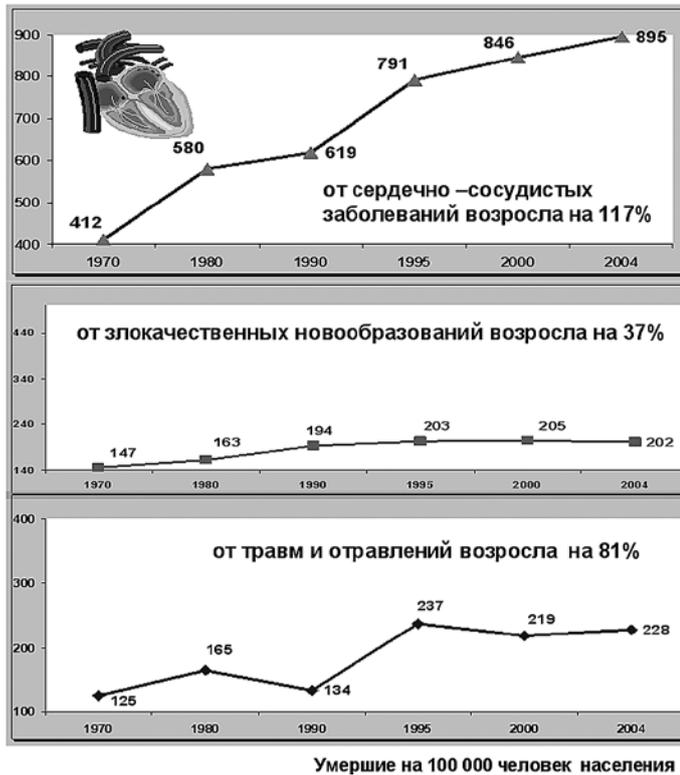
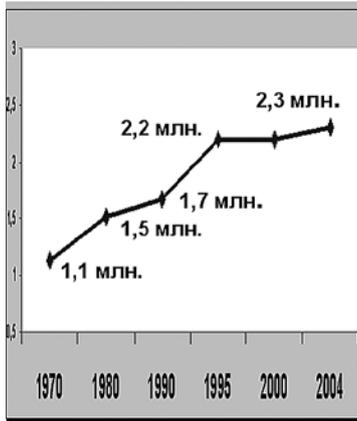
Инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт могут быть предупреждены путем первичной профилактики (модификация факторов риска) и адекватного лечения пациентов, уже страдающих артериальной гипертензией и/или ИБС. Доказано, что правильная стратегия профилактики фатальных осложнений ССЗ снижает распространенность ИМ и инсульта на 80%. На основании анализа распространенности основных факторов риска ССЗ в популяции установлено, что в странах ЕС более 80 млн. человек имеют высокий риск смерти от ИМ или инсульта. Миллионы человеческих жизней можно сохранить, в том числе в нашей стране, при организации адекватной несложной курации пациентов группы высокого риска в амбулаторно-поликлинических условиях.

Показатели здоровья населения Самарской области представлены на рис. 2, из которого видно, что смертность в целом не отличается от данных по Российской Федерации. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний несколько меньше, чем в других регионах России, но значительно выше, чем данный показатель в развитых странах Европы (рис.3).

Приоритетными заболеваниями по обращаемости являются цереброваскулярные болезни, ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, которые представляют более 20% всех причин обращений за медицинской помощью в целом по области (рис. 4а). По данным анализа структуры обращаемости городской поликлиники № 5 г. ГО Самара (гл.врач Л.С.Федосеева) эти заболевания составляют более половины всех причин обращений в поликлинику (рис. 4б).

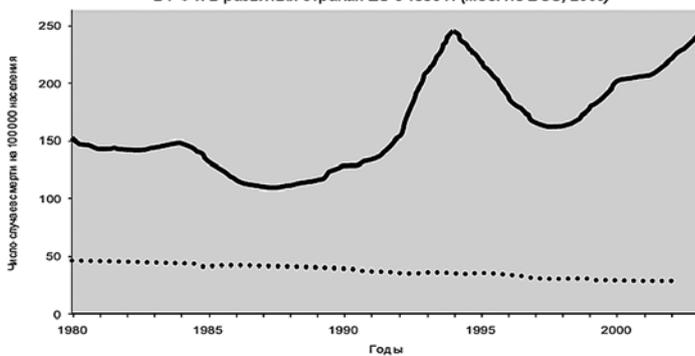
Смертность населения за период с 1970 по 2004 гг.

Умершие от всех причин:



а

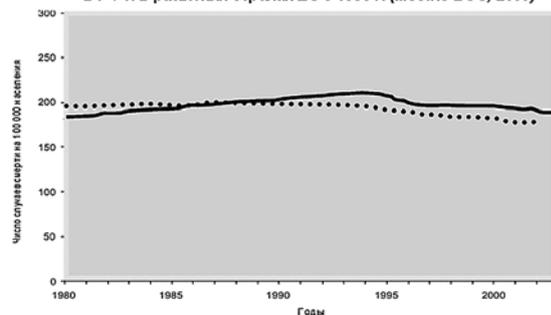
Динамика стандартизированных коэффициентов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в возрасте 30—44 года в РФ и в развитых странах ЕС с 1980 г. (мод. по ВОЗ, 2006)



Страны ЕС

Российская Федерация —

Динамика стандартизированных коэффициентов смертности от злокачественных новообразований среди людей всех возрастов в РФ и в развитых странах ЕС с 1980 г. (мод. по ВОЗ, 2006)



б

Рис. 2. Динамика смертности населения РФ вследствие основных причин (а) и сравнение динамики смертности населения РФ и стран ЕС от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований за период с 1980 г. (б)

Показатели здоровья	РФ	Самарская область	
Смертность	15,2	15,3	=
Смертность от ССЗ	829	777	↓
Смертность от новообразований	202	192	↓
Смертность от внешних причин	174	207	↑
Материнская смертность	23,8	10,2	↓↓
Младенческая смертность	10,2	6,8	↓↓
Заболеваемость	1514	1880	↑
Доля недовольных пациентов	20-30%	10-33%	=

Рис. 3. Показатели здоровья населения Самарской области



Рис. 4. Приоритетные заболевания населения Самарской области по обращаемости и расходам на ДЛО.. а – анализ 14 млн. посещений; б – анализ отчета о структуре 313635 посещений городской поликлиники №5 ГО Самара за 11 месяцев 2007 г.; в - приоритетные заболевания населения по расходам на ДЛО (данные ФОМС)

Результаты анализа затрат по программе ДЛО населения показывают, что гипертоническая болезнь, стенокардия, сахарный диабет 2 типа являются не только наиболее распространенными, но и одними из наиболее затратных по расходам на лекарственное обеспечение (рис. 4в).

Таким образом, для снижения смертности населения от таких предотвратимых причин, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт, необходимо установить контроль над болезнями, которые наиболее часто приводят к данным

осложнениям, а именно – гипертонической болезнью, стенокардией, сахарным диабетом 2 типа, а также обеспечить высокое качество ведения больных с уже развившимся инфарктом миокарда в целях снижения инвалидизации и летальности.

Ниже представлены сформированные на основе клинических рекомендаций европейского кардиологического общества профили индикаторы качества при данных заболеваниях.

2. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Клинические рекомендации:

European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.

Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Документированный в листе заключительных диагнозов клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь...

Эссенциальная артериальная гипертензия

2. Коды МКБ-10 в амбулаторной карте: I10–I13.9

3. Возраст 18–60 лет

4. Наличие в амбулаторной карте не менее 2 записей приема у врачей терапевтических специальностей

№ Индикатор качества

- Г1 Достижение целевого уровня артериального давления
- Г2 Проведение стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений
- Г3 Исследование общего холестерина в крови в последних 3 лет
- Г4 Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
- Г5 Исследование калия в крови в течение последних 12 мес.
- Г6 Исследование креатинина в крови в течение последних 3 лет
- Г7 Исследование клиренса креатинина (проба Реберга) в течение последних 3 лет
- Г8 Исследование глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев
- Г9 Проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев
- Г10 Исследована микроальбуминурия при отсутствии белка в общем анализе мочи
- Г11 Проведена ЭКГ течение последних 3 лет
- Г12 Проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет
- Г13 Проведено УЗИ брахиоцефальных артерий в течение последних 3 лет
- Г14 Проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет
- Г15 Проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет
- Г16 Назначена гипотензивная терапия
- Г17 Назначена гиполипидемическая терапия
- Г18 Лечение ацетилсалициловой кислотой
- Г19 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.

Описание индикаторов качества

Гипертоническая болезнь

Измерение 1

Индикатор качества	Достижение целевого уровня АД у больных гипертонической болезнью	
Код	Г1	
Источники КР	European Society of Hypertension–European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Целевой уровень АД	
	Взрослые (18 лет и старше)	менее 140/90 мм рт.ст.
Определение ИК	Сахарный диабет	менее 130/80 мм рт.ст
	Протеинурия	менее 130/80 мм рт.ст
	ХПН	
	ИБС ОНМК	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнуто целевое значение АД
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения Оценка достижения результата	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 2

Индикатор качества	Проведение стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонической болезнью в соответствии с клиническими рекомендациями																																							
Код	Г2																																							
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.																																							
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> Стратификация общего сердечно-сосудистого риска должна быть проведена у всех больных АГ 																																							
Определение ИК	<ul style="list-style-type: none"> Выбор стратегии лечения (инициация медикаментозного лечения, определение целевого уровня АД, использование комбинированной терапии, назначение статинов) в значительной степени определяется исходным уровнем сердечно-сосудистого риска Тотальный риск выражается абсолютным риском развития сердечно-сосудистых осложнений заболевания в течение 10 лет <p>Факторы риска инсульта, инфаркта миокарда АГ 1-3 степени Возраст >55 лет (муж.); > 65 лет (жен.) Курение Холестерин >6.5 ммоль/л (250 мг/дл); ХС ЛНП > 4.0 ммоль/л (155 мг/дл); ХС ЛВП <1.0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и <1.2 ммоль/л (48 мг/дл) для женщин. Случаи ССЗ в семье мужчин в возрасте <55 лет, женщин для <65 лет Абдоминальное ожирение (окр. талии >102 см для муж. и >88 см для жен.) С-реактивный белок ≥1 мг/дл (10 мг/л)</p> <p>Признаки поражения органов- мишеней Гипертрофия ЛЖ (индекс Соколова >28, ЭхоКГ) УЗ- признаки утолщения стенки сонных артерий или наличие бляшек Повышение креатинина (м – 115-133 мкмоль/л; ж- 104-124 мкмоль/л) Микроальбуминурия (30-300 мг 24 часа)</p> <p>Сахарный диабет – Глюкоза натощак 7 ммол/л – Постпрандиальная глюкоза плазмы > 11 ммол/л</p> <p>Сочетающиеся с АГ другие заболевания и синдромы Церебро-сосудистое заболевание: ОНМК, ПНМК Заболевание сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, хир. реваскуляризация, НК Почки: диабетическая нефропатия ХПН (м- креатинин >133 мкмоль/л; ж- >124 мкмоль/л), протеинурия >300 г/24 часа Болезни периферических артерий Тяжелая ретинопатия – кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва</p> <p>Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Другие факторы риска или заболевания*</th> <th colspan="5">Артериальное давление (мм рт. ст.)</th> </tr> <tr> <th>Нормальное 120-129/80-84</th> <th>Высокое норм. 130-139/85-89</th> <th>АГ ст. 1 140-159/90-99</th> <th>АГ ст. 2 160-179/100-109</th> <th>АГ ст. 3 ≥180/≥ 110</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Нет других факторов риска</td> <td colspan="2">Обычный риск</td> <td>Низкий риск</td> <td>Средний риск</td> <td>Высокий риск</td> </tr> <tr> <td>1-2 фактора риска</td> <td>Низкий риск</td> <td>Низкий риск</td> <td colspan="2">Средний риск</td> <td>Очень высокий</td> </tr> <tr> <td>≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет</td> <td>Средний риск</td> <td colspan="3">Высокий риск</td> <td>Очень высокий</td> </tr> <tr> <td>Сопутствующие клинические состояния</td> <td>Высокий риск</td> <td colspan="3">Очень высокий риск</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Другие факторы риска или заболевания*	Артериальное давление (мм рт. ст.)					Нормальное 120-129/80-84	Высокое норм. 130-139/85-89	АГ ст. 1 140-159/90-99	АГ ст. 2 160-179/100-109	АГ ст. 3 ≥180/≥ 110	Нет других факторов риска	Обычный риск		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск	1-2 фактора риска	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск		Очень высокий	≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет	Средний риск	Высокий риск			Очень высокий	Сопутствующие клинические состояния	Высокий риск	Очень высокий риск			
Другие факторы риска или заболевания*	Артериальное давление (мм рт. ст.)																																							
	Нормальное 120-129/80-84	Высокое норм. 130-139/85-89	АГ ст. 1 140-159/90-99	АГ ст. 2 160-179/100-109	АГ ст. 3 ≥180/≥ 110																																			
Нет других факторов риска	Обычный риск		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск																																			
1-2 фактора риска	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск		Очень высокий																																			
≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет	Средний риск	Высокий риск			Очень высокий																																			
Сопутствующие клинические состояния	Высокий риск	Очень высокий риск																																						
Определение ИК	Доля больных артериальной гипертензией, у которых проведена стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с клиническими рекомендациями (%)																																							

Метод вычисления	<p>Числитель: А Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года</p> <p>Знаменатель: Б Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена стратификация риска</p> <p>Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$</p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики Оценка правильности лечения
Целевое значение ИК	100%
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 - I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Гипертоническая болезнь Измерение 3

Индикатор качества	Исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Код	ГЗ	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 4,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	<p>Числитель: А Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован общий холестерин в крови в течение последних 3 лет</p> <p>Знаменатель: Б Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года</p> <p>Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$</p>	
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 4

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Г4	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 2,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> Гипертоническая болезнь... Эссенциальная артериальная гипертензия Коды МКБ-10: I10 – I13.9 Возраст 18–60 лет Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 5

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Г5	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки функции почек, обеспечения безопасности терапии диуретиками и ингибиторами АПФ, а также при определении причины резистентной к терапии АГ	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень калия в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень калия в крови в течение последних 12 месяцев
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	

Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Гипертоническая болезнь

Измерение 6

Индикатор качества	Исследование уровня креатинина в крови в течение последних 12 мес.	
Код	Г6	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки функции почек, обеспечения безопасности гипотензивной терапии, а также при определении причины резистентной к терапии АГ. ХПН констатируют при уровне креатинина >133 мкмол/л у мужчин и >124 мкмол/л у женщин	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 7

Индикатор качества	Исследование клиренса креатинина в течение последних 3 лет	
Код	Г7	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, обеспечения эффективности и безопасности гипотензивной терапии, а также при определении причины резистентной к терапии АГ. ХПН констатируют при клиренсе креатинина ниже 60–70 мл/мин	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован клиренс креатинина в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован клиренс креатинина в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> Гипертоническая болезнь... Эссенциальная артериальная гипертензия Коды МКБ-10: I10 – I13.9 Возраст 18–60 лет Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 8

Индикатор качества	Исследование уровня глюкозы в крови в течение последних 12 мес.	
Код	Г8	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Если уровень глюкозы, взятой натощак, выше 6,1 ммол/л, необходимо провести глюкозотолерантный тест. Если натощак глюкоза в крови $\geq 7,0$ ммол/л, или через 2 час после нагрузки глюкозой, глюкоза в венозной крови $\geq 11,1$ ммол/л, то диагностируется сахарный диабет	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 мес.	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$

Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Целевое значение ИК	100%
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Гипертоническая болезнь Измерение 9

Индикатор качества	Проведение общего анализа мочи в течение последних 12 месяцев	
Код	Г9	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Протеинурия ассоциируется с большим риском смерти от сердечно-сосудистых и других осложнений ГБ	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведен общий анализ мочи в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 10

Индикатор качества	Исследована микроальбуминурия при отсутствии белка в общем анализе мочи	
Код	Г10	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Микроальбуминурия коррелирует со смертностью больных ГБ как от сердечно-сосудистых, так и от иных осложнений. У больных СД является предиктором диабетической нефропатии	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено исследование микроальбуминурии при отсутствии белка в общем анализе мочи	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование микроальбуминурии при отсутствии белка в общем анализе мочи
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 11

Индикатор качества	Проведение ЭКГ в течение последних 3 лет	
Код	Г11	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, выявления гипертрофии левого желудочка	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	

Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Гипертоническая болезнь Измерение 12

Индикатор качества	Проведение ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Код	Г12	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. ЭхоКГ имеет большую чувствительность по сравнению в ЭКГ при выявлении гипертрофии ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ является предиктором высокого риска ИМ и ОНМК. Должны быть измерены толщина МЖП, задней стенки ЛЖ, КДД ЛЖ, вычислена масса ЛЖ (показатели гипертрофии ЛЖ: 125 г/м ² для мужчин и 110 г/м ² для женщин). ЭхоКГ позволяет определить тип гипертрофии ЛЖ – концентрическая гипертрофия, эксцентричная гипертрофия и концентрическое ремоделирование ЛЖ. Концентрическая гипертрофия ЛЖ ассоциируется с наиболее высоким риском СС осложнений. Кроме того, ЭхоКГ должна использоваться для стандартной оценки систолической и диастолической функций ЛЖ. ЭхоКГ также позволяет определить размеры ЛП, дилатация которого ассоциируется с высоким риском ФП, сердечно-сосудистых заболеваний и смерти. ЭхоКГ косвенно позволяет судить о перенесенном ИМ или наличии ишемии миокарда по признакам нарушения локальной сократимости ЛЖ.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 13

Индикатор качества	Проведение ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий в течение последних 3 лет	
Код	Г13	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{А}{В} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 14

Индикатор качества	Проведение суточное мониторирование АД артерий в течение последних 3 лет	
Код	Г14	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Показания: • значительная вариабельность показателей АД; • подозрение на «гипертензию белого халата» у больных с низким риском сердечно-сосудистых осложнений; • резистентная артериальная гипертензия; • наличие гипотонических эпизодов; • оценка адекватности медикаментозной терапии.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{А}{В} \times 100\%$

Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Гипертоническая болезнь Измерение 15

Индикатор качества	Проведение офтальмоскопии в течение последних 3 лет	
Код	Г15	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Проводится при тяжелой АГ. Имеет значение при стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь
Измерение 16**

Индикатор качества	Назначение гипотензивной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями																																																				
Код	Г16																																																				
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.																																																				
Клинические рекомендации	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Высокое нормальное АД</th> <th colspan="4">Артериальная гипертензия 1-2 степени</th> <th>АГ 3 степени</th> </tr> <tr> <td colspan="4">130-139 / 85-89</td> <td colspan="4">140-179 / 90-109</td> <td>≥ 180/≥ 110</td> </tr> <tr> <th colspan="4">Риск</th> <th colspan="4">Риск</th> <td rowspan="4">Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска</td> </tr> <tr> <th>Очень высокий</th> <th>Выс.</th> <th>Средний</th> <th>Низкий</th> <th>Очень выс.</th> <th>Выс.</th> <th>Средний</th> <th>Низкий</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Назначение ЛС</td> <td>Измерять АД</td> <td>Не назначать ЛС</td> <td colspan="2">Назначение ЛС</td> <td colspan="2">Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>АД ≥140/90 Лекарства</td> <td>АД <140/90 Мониторинг</td> </tr> </thead> </table>		Высокое нормальное АД				Артериальная гипертензия 1-2 степени				АГ 3 степени	130-139 / 85-89				140-179 / 90-109				≥ 180/≥ 110	Риск				Риск				Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска	Очень высокий	Выс.	Средний	Низкий	Очень выс.	Выс.	Средний	Низкий	Назначение ЛС		Измерять АД	Не назначать ЛС	Назначение ЛС		Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца								АД ≥140/90 Лекарства	АД <140/90 Мониторинг
Высокое нормальное АД				Артериальная гипертензия 1-2 степени				АГ 3 степени																																													
130-139 / 85-89				140-179 / 90-109				≥ 180/≥ 110																																													
Риск				Риск				Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска																																													
Очень высокий	Выс.	Средний	Низкий	Очень выс.	Выс.	Средний	Низкий																																														
Назначение ЛС		Измерять АД	Не назначать ЛС	Назначение ЛС		Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца																																															
						АД ≥140/90 Лекарства	АД <140/90 Мониторинг																																														
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена гипотензивная терапия																																																				
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена гипотензивная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями																																																			
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к проведению гипотензивной терапии																																																			
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$																																																			
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики																																																				
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> Гипертоническая болезнь... Эссенциальная артериальная гипертензия Коды МКБ-10: I10 – I13.9 Возраст 18–60 лет Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей 																																																				
Длительность оцениваемого периода	Год																																																				
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного																																																				

**Гипертоническая болезнь
Измерение 17**

Индикатор качества	Назначение гиполипидемической терапии в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Г17	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<p>Гиполипидемические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> все больные артериальной гипертензией, у которых диагностированы сердечно-сосудистое заболевание или сахарный диабет 2 типа, должны быть рассмотрены на предмет возможности назначения статинов для достижения уровня в крови общего холестерина менее 4,5 ммол/л (175 мг/дл) и ЛРНП менее 2,5 ммол/л (100 мг/дл) и ниже, если возможно; больные артериальной гипертензией, у которых не выявлено сердечно-сосудистое заболевание, но имеющие высокий сердечно-сосудистый риск (>20% риска ИМ или ОНМК в течение 10 лет) должны также рассматриваться на предмет терапии статинами, даже при исходно нормальных уровнях общего холестерина и ЛПНП. 	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями	

Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к проведению гиполипидемической терапии
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь Измерение 18

Индикатор качества	Назначение ацетилсалициловой кислоты в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Г18	
Источники КР	European Society of Hypertension–European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • дезагрегантная терапия, в частности, низкими дозами аспирина, должна быть назначена больным артериальной гипертонией, перенесших ИМ или ОНМК, при условии, что это не увеличивает риск кровотечения; • низкие дозы аспирина необходимо назначить больным артериальной гипертонией, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистого заболевания, если они старше 50 лет, имеют умеренное повышение уровня креатинина в крови или высокий риск развития ИМ и ОНМК; • в целях минимизации риска кровотечений терапию дезагрегантами следует начинать только после достижения контроля над АД 	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена ацетилсалициловая кислота в соответствии с клиническими рекомендациями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена ацетилсалициловая кислота в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к назначению ацетилсалициловой кислоты
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Гипертоническая болезнь
Измерение 19

Индикатор качества	Проведение диспансерного наблюдения больного гипертонической болезнью	
Код	Г19	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • до достижения целевых значений АД посещения врача пациентом должны быть частыми, после достижения целевого уровня – более редкими, но позволяющими сохранить хорошую взаимосвязь «врач-пациент»; • пациенты, имеющие низкий риск или АГ 1 степени, могут обследоваться врачом с частотой 1 раз в 6 мес. и при этом должны дома регулярно измерять АД. При высоком или очень высоком риске при АГ обследования должны быть более частыми; • необходимо контролировать факторы риска и состояние органов-мишеней при АГ. Измерять массу ЛЖ (ЭхоКГ) и исследовать состояние каротидных артерий (УЗИ) необходимо не реже 1 раза в год; • лечение АГ при правильно установленном диагнозе является пожизненным. Осторожная попытка снизить дозу гипотензивных препаратов может быть предпринята только у больных с низким риском и при сохраняющемся контроле АД в течении длительного времени. <p>По приказу МЗ СССР:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наблюдение терапевтом 2–4 раза в год, в зависимости от тяжести; • консультация кардиологом, неврологом, офтальмологом 1 раз в год; • клинический анализ крови и об. ан.мочи 2-4 раза в год; • биохимический анализ крови 1 раз в год; • ЭКГ, рентгенография грудной клетки – 1 раз в год; • ЭхоКГ – не реже 1 раза в 2 года; ВЭМ – по показаниям. 	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым проводится диспансерное наблюдение	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных гипертонической болезнью, которым проведено диспансерное наблюдение в течение последних 12 месяцев</p> <p>Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу в течение календарного года</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

3. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ больному стабильной стенокардией

Клинические рекомендации:

Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.

Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...
2. Коды МКБ-10:
I20 (стенокардия);
I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).
3. Возраст: 35 – 60 лет.
4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей.

№ Индикатор качества

- A1 Исследование общего холестерина в крови в последних 12 месяцев
- A2 Исследование ЛПНП в крови в течение последних 12 месяцев
- A3 Исследование ЛПВП в крови в течение последних 12 месяцев
- A4 Исследование триглицеридов в крови в течение последних 12 месяцев
- A5 Исследование креатинина в крови в течение последних 3 лет
- A6 Исследование глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев
- A7 Проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет
- A8 Проведена ЭКГ течение последних 3 лет
- A9 Проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет
- A10 Проведена ЭКГ- проба с физической нагрузкой (ВЭМ или тредмил) при первичном обследовании
- A11 Назначена ацетилсалициловая кислота
- A12 Назначена гиполипидемическая терапия
- A13 Назначен б-блокатор после перенесенного инфаркта миокарда
- A14 Достижение целевого уровня артериального давления
- A15 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.

Описание индикаторов качества

Стенокардия напряжения

Измерение 1–4

Индикатор качества	Исследование общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов в крови в течение последних 12 мес	
Код	A1-A4	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Обязательное исследование у всех пациентов. Оценка риска и необходимости лечения. • Регулярное повторное ежегодное обследование. Оценка эффективности лечения. У пациентов с очень высокими уровнями липидов возможны более частые повторные тесты 	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стенокардией напряжения, у которых исследован общий холестерин в крови в течение последних 12 мес.</p> <p>Общее число больных стенокардией напряжения</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 5

Индикатор качества	Исследование уровня креатинина в крови в течение последних 12 мес.	
Код	А5	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> •Выявление нарушения почечной функции из-за сопутствующей патологии (артериальная гипертония, сахарный диабет, патология сосудов почек). •Регулярное повторное ежегодное обследование. 	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 мес.</p> <p>Общее число больных стабильной стенокардией</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 6

Индикатор качества	Исследование уровня глюкозы крови у больных стабильной стенокардией в течение последних 12 мес	
Код	А6	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> •Обязательное исследование. Выявление сахарного диабета. •Регулярное повторное ежегодное обследование 	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев</p> <p>Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 7

Индикатор качества	Проведение клинического анализа крови у больного стабильной стенокардией в течение последних 3 лет	
Код	A7	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование. Выявление причины ишемии миокарда.	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стабильной стенокардией, которым проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 8

Индикатор качества	Проведение ЭКГ в течение последних 3 лет последних 3 лет	
Код	A8	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Обязательное исследование • Вне болевого эпизода • Во время приступа болей • Для регулярной периодической оценки состояния пациентов с хронической стабильной стенокардией при отсутствии изменения клиники – показания спорные (ПвС) 	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стабильной стенокардией, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	

Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Стенокардия напряжения Измерение 9

Индикатор качества	Проведение трансторакальной эхокардиографии больному стабильной стенокардии в течение последних 3 лет	
Код	A9	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки сократительной способности миокарда и сопутствующих анатомических повреждений	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, которым проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения Измерение 10

Индикатор качества	Проведение пробы с физической нагрузкой у больных стабильной стенокардией	
Код	A10	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Обязательное исследование при отсутствии противопоказаний только после тщательного клинического обследования и ЭКГ покоя; • У пациентов с симптомами стенокардии и промежуточной претестовой вероятностью ИБС, за исключением случаев, когда пациент не может выполнять нагрузку или есть изменения ЭКГ, препятствующие ее оценке. <p>У пациентов с депрессией ST ≥ 1 мм на ЭКГ покоя или принимающие дигоксин? с низкой претестовой вероятностью ИБС (< 10%) , а также для регулярной периодической оценки состояния пациентов с хронической стабильной стенокардией при отсутствии изменения клиники – показания спорные - ПбВ</p>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведен стресс-тест в стационаре (%)	

Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стенокардией напряжения, у которых проведен стресс-тест
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения Измерение 11

Индикатор качества	Проведение лечения ацетилсалициловой кислотой больному стабильной стенокардией	
Код	A11	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Аспирин 75 мг показан всем больным при отсутствии особых противопоказаний (т.е. активное желудочно-кишечное кровотечение, аллергия на аспирин, непереносимость аспирина в прошлом)	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится лечение ацетилсалициловой кислотой (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стенокардией напряжения, которым проводится лечение ацетилсалициловой кислотой
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения Измерение 12

Индикатор качества	Назначение гиполипидимической терапии больному стабильной стенокардией в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	A12	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	

Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Всем пациентам со стенокардией (или тем у кого 10 летний риск летальных сердечно-сосудистых осложнений > 10%) • Целевое значение < 4.5 ммоль/л (175 мг/дл) для общего холестерина < 2.5 ммоль/л (96 мг/дл) для холестерина ЛПНП 	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стабильной стенокардией, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения Измерение 13

Индикатор качества	Проведение лечения бета-блокаторами больному стабильной стенокардией при отсутствии противопоказаний	
Код	A13	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Проверьте эффективность бета-1-блокатора и титруйте до полной дозировки, учитывайте необходимость защиты от ишемии на протяжении 24 часов При выборе между бета-блокатором и блокатором кальциевых каналов бета-блокатор – препарат выбора	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится лечение бета-блокаторами при отсутствии противопоказаний (%)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, которым проводится лечение бета-блокаторами при отсутствии противопоказаний Общее число больных стенокардией напряжения, в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 14

Индикатор качества	Достижение целевого уровня АД у больных стенокардией напряжения	
Код	A14	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Целевой уровень АД менее 130/80 мм рт.ст.	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, которые имеют целевое значение АД (%)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, которые имеют целевое значение АД Общее число больных стенокардией напряжения $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Стенокардия напряжения
Измерение 15

Индикатор качества	Проводится диспансерное наблюдение больного стабильной стенокардией	
Код	A15	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Для мониторинга эффективности лечения и управления модифицируемыми факторами риска фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится диспансерное наблюдение	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, которым проводится диспансерное наблюдение Общее число больных стенокардией напряжения, в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики и лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

4. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ больному инфарктом миокарда

Клинические рекомендации:

1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol.- 2004.- V. 44. – P.671–719;
2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66;
3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation.– 2008. – V. 117. – P.269–329;

Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Заключительный клинический диагноз:
ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...;
ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда...
2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3
3. Возраст 35–60 лет

№ Индикатор качества

- Н1 Проведено исследование КФК в крови (негативный индикатор)
 Н2 Проведено исследование МВ-КФК в крови
 Н3 Зарегистрировано повышение тропонинов (I или T) в крови
 Н4 Исследование общего холестерина в крови в стационаре
 Н5 Исследование ЛПНП в крови в стационаре
 Н6 Проведена трансторакальная ЭхоКГ в стационаре
 Н7 Измерена глобальная фракция изгнания левого желудочка
 Н8 Проведена проба с физической нагрузкой в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н9 Проведена коронарография в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н10 Аспирин назначен в первые сутки
 Н11 бета-блокаторы назначены в первые сутки инфаркта миокарда
 Н12 Статины назначены в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н13 Аспирин рекомендован в выписке
 Н14 бета-блокаторы рекомендованы в выписке
 Н15 В выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП
 Н16 В выписке рекомендован прием инг. АПФ или блокаторов к АГ II
 Н17 В выписке рекомендован прием статинов
 Н18 Тромболизис проведен в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н19 Чрескожная ангиопластика проведена в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н20 Переведен в кардиохирургическое отделение (ЛПУ) для кардиохирургического лечения в соответствии с клиническими рекомендациями
 Н21 Время от поступления до начала фибринолитической терапии не превышает 30 мин
 Н22 Время от поступления до чрескожной ангиопластики не превышает 90 мин

Инфаркт миокарда Измерение 1

Индикатор качества	Проведение исследования КФК в крови
Код	Н1
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;
Клинические рекомендации	Рекомендованы повторные исследования КФК и МВ-КФК для оценки размера ИМ
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых проведено исследование КФК (%)
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$ Число больных ИМ, у которых проведено исследование КФК Общее число больных ИМ в исследовании
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.

Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

Инфаркт миокарда Измерение 2

Индикатор качества	Проведение исследования МВ-КФК в крови	
Код	Н2	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование в острой стадии ИМ (ESC); Рекомендованы повторные исследования КФК и МВ-КФК для оценки размера ИМ;	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых проведено исследование МВ-КФК (%)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, у которых проведено исследование КФК Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

Инфаркт миокарда Измерение 3

Индикатор качества	Повышение уровня тропонинов в крови использовано как критерий диагноза ИМ	
Код	Н3	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> Кардиоспецифичные тропонины должны исследоваться как оптимальные биомаркеры у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, которые имеют сопутствующее повреждение скелетной мускулатуры. Европейская кардиологическая ассоциация в 2007 г. ввела признак динамики содержания тропонинов в крови относительно верхнего контрольного предела в качестве обязательного диагностического критерия ИМ; Серийное исследование биомаркеров некроза может быть полезно для неинвазивной оценки реперфузии в инфаркт-ассоциированной артерии после проведения фибринолитической терапии у больных, которым не выполнена ангиография в течение первых 24 часов после фибринолиза. 	

Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых выявлено повышение уровня тропонинов (%)
Метод вычисления	Числитель: А Число больных ИМ, у которых выявлено повышение уровня тропонинов Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

Инфаркт миокарда Измерение 4–5

Индикатор качества	Исследование липидного спектра крови у больных инфарктом миокарда в стационаре
Код	H4 H5
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> Исследование проводят в течение первых 24 натошак Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ – менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л) При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведено исследование липидного профиля (%)
Метод вычисления	Числитель: А Число больных ИМ, у которых в стационаре проведено исследование липидного профиля Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

**Инфаркт миокарда
Измерение 6–7**

Индикатор качества	Проведение трансторакальной эхокардиографии у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	H6 H7	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538; 	
Клинические рекомендации	<p>В течение первых 30 мин.:</p> <ul style="list-style-type: none"> С использованием переносного эхокардиографа для: <ul style="list-style-type: none"> • уточнения диагноза, особенно при БЛНПГ и ЭКС; • стратификации риска. <p>При последующем наблюдении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Всем больным должна быть проведена оценка ФИ ЛЖ; • Всем больным с нижним ИМ и клиническим подозрением на ИМ правого желудочка; • При подозрении на развитие осложнений ИМ: острую МР, кардиогенный шок, прогрессирование ИМ, разрыв МЖП, внутрисердечный тромбоз, жидкость в перикарде; • Целесообразно повторить ЭхоКГ в подостром периоде ИМ для повторной оценки функции ЛЖ в целях подбора оптимальной терапии; • Целесообразно провести ЭхоКГ после ревазуляризации, если не проводилась вентрикулография. 	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведена трансторакальная ЭхоКГ (%)	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных ИМ, у которых в стационаре проведена трансторакальная ЭхоКГ</p> <p>Общее число больных ИМ в исследовании</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> Заключительный клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 Возраст 35–60 лет 	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда
Измерение 8**

Индикатор качества	Проведение проба с физической нагрузкой у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	H8	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538; 	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Стресс-тест должен быть выполнен либо в больнице, либо сразу после выписки у больных, у которых не планируется КГ и не относящихся к группе высокого риска, имеющих стабильную ЭКГ на протяжении 48-72 часов до выполнения стресс-теста, без стенокардии и СН. ЭКГ-стресс тест с достижением субмаксимальной нагрузки (70% от макс. ЧСС, 5 METs) выполняется на 3-5 день, позднее - симптомлимитирующий тест; • У больных с исходно измененной ЭКГ, затрудняющей интерпретацию, стресс-эхокардиографию или ЭхоКГ-исследование перфузии миокарда необходимо выполнить в дополнение к стандартному стресс-тесту. 	

Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведен стресс-тест в стационаре (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, у которых проведен стресс-тест в стационаре
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

Инфаркт миокарда Измерение 9

Индикатор качества	Проведение коронарографии у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	Н9	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	В остром периоде: • Перед первичной или ургентной АПК; • При кардиогенном шоке при возможности реваскуляризации; • Перед хирургическим лечением разрыва МЖП или тяжелой МР; • При нестабильной гемодинамики и рецидивирующих жизнеугрожающих аритмиях, резистентных к терапии. При дальнейшем лечении: • При спонтанных эпизодах ишемии миокарда или приступах ишемии миокарда, провоцируемых минимальной нагрузкой; • При выявлении промежуточного или высокого риска смерти от ССЗ по результатам проведения неинвазивного обследования; • При нестабильной гемодинамике ; • При развитии сердечной недостаточности в остром периоде с последующим сохранением нормальной функции ЛЖ при дальнейшем наблюдении; • При подозрении на иную, чем тромбоз коронарной артерии на фоне атеросклероза, причину ИМ, а именно, тромбоз коронарной артерии на иной, чем тромботическая окклюзия на фоне атеросклероза коронарной артерии, некоторые метаболические и гематологические заболевания, спазм коронарной артерии; • При наличии любого из следующих признаков: сахарный диабет, ФИ ЛЖ менее 40%, сердечная недостаточность, предшествующая реваскуляризация, жизнеугрожающие аритмии.	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведена коронарография в соответствии с показаниями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, у которых в стационаре проведена КГ в соответствии с показаниями
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	

Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного
------------------------	---

Инфаркт миокарда Измерение 10, 13

Индикатор качества	Ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки госпитализации Ацетилсалициловая кислота рекомендована при выписке	
Код	H10 H13	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> Показана всем больным, которые не получали АСК до развития ИМ, в дозе 162 мг с первых минут ИМ. В дальнейшем АСК назначается для постоянного приема в дозе 75-162 мг в сутки для постоянного приема; Показана всем больным, которые не получали АСК до развития ИМ. в дозе 325 мг. ; В начале лечения не рекомендуется использовать кишечнорастворимые формы ацетилсалициловой кислоты. 	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки (%) (рекомендована при выписке)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, которым в первые сутки назначена ацетилсалициловая кислота (рекомендована при выписке) Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

Инфаркт миокарда Измерение 11, 14

Индикатор качества	Бета-блокаторы назначены в первые сутки госпитализации Бета-блокаторы рекомендованы при выписке	
Код	H11 H14	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> Назначаются перорально всем больным при отсутствии противопоказаний вне зависимости от проводимой фибринолитической терапии или первичной ангиопластики коронарной артерии Целесообразно назначение внутривенной инфузии б-блокатора у больных ИМ при отсутствии противопоказаний, особенно, если имеют место тахикардия или гипертензия; После перенесенного ИМ назначаются всем больным, не имеющих противопоказаний и за исключением тех, у кого низкий риск развития фатальных осложнений ССЗ (нормальная ФИ ЛЖ, успешная реперфузия, отсутствие значимых желудочковых аритмий (IA)); При наличии среднетяжелой или тяжелой левожелудочковой недостаточности терапия б-блокаторами у больных, перенесшим ИМ, должна осуществляться по градуированной схеме; Показаны всем больным, перенесшим ИМ, не имеющих противопоказаний (IIaA). 	

Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым в первые сутки назначены бета-блокаторы (рекомендованы при выписке)
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

Инфаркт миокарда Измерение 12, 15

Индикатор качества	Статины назначены в стационаре В выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП	
Код	H12 H15	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ - менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л); • При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы; • При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы. 	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (%) (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда
Измерение 16**

Индикатор качества	В выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II	
Код	H16	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ – менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л) • При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы • При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы 	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (%) (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП) Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда
Измерение 17**

Индикатор качества	В выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II	
Код	H17	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Назначаются перорально в течение первых 24 часов при отсутствии артериальной гипотензии (АД сист. не менее 100 мм рт.ст.) и других противопоказаний в случаях: <ul style="list-style-type: none"> – Передний ИМ – Признаки застоя в малом круге – ФИ <40% • В последующем назначаются всем больным ИМ, переносящим препараты этой группы на длительный период времени IA • Назначаются перорально в течение первых 24 часов при отсутствии артериальной гипотензии без вышеперечисленных признаков IIaB 	

Определение ИК	Доля больных ИМ, которым в выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым в выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

Инфаркт миокарда Измерение 18

Индикатор качества	Проведен тромболитический лечение больному инфарктом миокарда	
Код	H18	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction // Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF // European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Фибринолитическая терапия проводится больным ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания при наличии на ЭКГ подъема ST > 0.1 mV в двух и более отв. IА; • Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания и впервые выявленной блокады левой ветви пучка Гиса IА; • Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с задним ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания IIаС; • Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с задним ИМ не позднее, чем в течение первых 12-24 часов от начала заболевания, у которых сохраняются симптомы ишемии и подъем ST > 0.1 mV в двух и более отв. IIаВ. 	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым проведена фибринолитическая терапия (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым проведена фибринолитическая терапия
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда
Измерение 19**

Индикатор качества	Проведение чрескожной первичная ангиопластики больному инфарктом миокарда
Код	H19
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Показана не позднее, чем через 12 часов от начала заболевания при возможности выполнения в течение 90 мин от поступления квалифицированным врачом, (не менее 75 АПК в год) в больнице, где выполняются не менее 200 АКА, (из них не менее 36 - при ИМ), имеющей кардиохирургическое отделение; • В течение первых 3 часов заболевания, АПК является предпочтительной по отношению к медикаментозному фибринолизу, если она может быть выполнена своевременно, т.е. время, рассчитанное по формуле: (Время от поступления до введения катетера в коронарную артерию «от двери до баллона») – (время от поступления до начала лечения «от двери до иглы») менее 1 часа; • Показана в течение 36 часов от начала заболевания у пациентов моложе 75 лет, которых развился кардиогенный шок (в течение 18 часов от начала шока); • Показана в течение 36 часов от начала заболевания у пациентов старше 75 лет, которых развился кардиогенный шок (в течение 18 часов от начала шока); • Показана в течение 24 часов при развитии в течении 1 часа тяжелой СН, гемодинамической или электрофизиологической нестабильности, сохраняющихся признаках ишемии.
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым проведена чрескожная первичная ангиопластика (%)
Метод вычисления	<p>Числитель: А Число больных ИМ, которым проведена чрескожная первичная ангиопластика</p> <p>Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании</p> <p>Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$</p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключительный клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

**5. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
больному сахарным диабетом 2 типа**

Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа
2. Код МКБ-10: E11
3. Возраст: моложе 61 года

- № Индикатор качества**
- Д1 Исследование Нв А1с в течение последних 6 мес.
- Д2 Достигнуто целевое значение концентрации глюкозы в крови натощак по данным самоконтроля в течение предшествующих 3 мес.
- Д3 Достигнут целевой уровень АД
- Д4 Исследование общего холестерина в крови в в течение последнего года
- Д5 Исследование ЛПНП в крови в в течение последних 3 лет
- Д6 Исследование креатинина в крови в течение последних 12 месяцев
- Д7 Исследование клиренса креатинина (проба Реберга) в течение последних 3 лет
- Д8 Проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев
- Д9 Проведена офтальмоскопия в течение последних 12 месяцев
- Д10 Назначена гиполипидемическая терапия

- Д11 Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой
 Д12 Проведена вакцинация против гриппа
 Д13 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.
 Д14 Есть запись об обучении в школе больных сахарным диабетом

Сахарный диабет 2 типа
Измерение 1

Индикатор качества	Исследование Нв А1с в течение последних 6 мес.
Код	Д1
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Применяется для оценки углеводного обмена пациента за последние 3 месяца и решения вопроса о необходимости коррекции сахароснижающей терапии, неинформативен при анемии за счет снижения Нв в целом; • Снижение уровня Нв А1с ассоциировано с уменьшением частоты развития диабетической микроангиопатии и нейропатии; • Целевой уровень Нв А1с – 6,5-7 %.
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых исследован уровень Нв А1с в течение последних 6 мес.
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень Нв А1с в течение последних 6 мес. Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа
Измерение 2

Индикатор качества	Достигнуто целевое значение концентрации глюкозы в крови натощак по данным самоконтроля в течение предшествующих 3 мес.
Код	Д2
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • В дебюте заболевания и при декомпенсации осуществляется ежедневно несколько раз в день, в дальнейшем зависит от целей и вида сахароснижающей терапии; • Клинические исследования, продемонстрировавшие ценность строгого контроля гликемии с помощью инсулинотерапии, использовали самоконтроль глюкозы крови как важную часть тактики ведения пациента; • Самоконтроль должен осуществляться не реже 3 раз в день у пациентов находящихся на интенсифицированной схеме инсулинотерапии.
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых достигнут целевой уровень глюкозы по данным самоконтроля
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнут целевой уровень глюкозы по данным самоконтроля Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года

Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 3

Индикатор качества	Достигнут целевой уровень АД
Код	ДЗ
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Достижение целевых показателей АД снижает риск развития и прогрессирования нефропатии • Целевые показатели САД для пациентов с СД < 130 мм рт. ст.; • Целевые показатели ДАД для пациентов с СД < 80 мм рт. ст.; • Пациенты с артериальной гипертонией (САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.) должны получать антигипертензивную терапию в дополнение к изменению образа жизни • Для достижения целевых показателей АД обычно требуется комбинированная терапия (2 и более препарата в среднетерапевтических дозировках) ; • Попытка компенсации пациента с САД 130-139 мм рт. ст. или ДАД 80-89 мм рт. ст. с помощью немедикаментозных методов лечения должна длиться не более 3 месяцев. Если целевые цифры не достигаются, дополнительно назначаются ИАПФ или АА II. ; • Начинать антигипертензивную терапию у пациентов с АД > 140/90 мм рт. ст. необходимо с классов, продемонстрировавших доказанное снижение сердечно-сосудистой смертности у больных СД – иАПФ, АА II, β-блокаторов, диуретиков и блокаторов кальциевых каналов • ИАПФ уменьшают риск развития и прогрессирования нефропатии; • Все пациенты с СД и АГ должны получать антигипертензивную терапию, которая включает либо иАПФ, либо АА II. В случае непереносимости одного класса (обычно это иАПФ), назначается другой. Если целевые показатели АД не достигаются, добавляется диуретик. <p>У пациентов старших возрастных групп АД должно снижаться постепенно с целью предотвращения осложнений.</p>
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых достигнут целевой уровень АД
Метод вычисления	<p>Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнут целевой уровень АД</p> <p>Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование</p> <p>Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$</p>
Область применения ИК	Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 4

Индикатор качества	Исследование общего холестерина в крови в течение последнего года
Код	Д4
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 4,5 ммол/л.
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последнего года

Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последнего года Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Сахарный диабет 2 типа Измерение 5

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Д5	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокриологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006 	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 2,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Сахарный диабет 2 типа Измерение 6

Индикатор качества	Исследование креатинина в крови в течение последнего года	
Код	Д6	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокриологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006 	
Клинические рекомендации	<p>Скрининг нарушения фильтрационной способности почек:</p> <ul style="list-style-type: none"> – в момент диагностики СД; – 1 раз в год при отсутствии диабетической нефропатии или при микроальбуминурии; – 1 раз в 6 месяцев при протеинурии; – 1 раз в месяц при ХПН; – чаще в начале лечения иАПФ, АА II и диуретиками. <p>Креатинин используют для расчета скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта:</p> $СКФ = \frac{k \times [(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}]}{\text{креатинин крови (мкмоль/л)}}$ <p>где k равен 1,23 для мужчин и 1,05 для женщин</p>	

Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование креатинина в крови в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование креатинина в крови в течение последнего года Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 7

Индикатор качества	Исследование клиренса креатинина в крови в течение последних 3 лет
Код	Д7
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • В момент диагностирования СД • 1 раз в год при отсутствии диабетической нефропатии или при микроальбуминурии • 1 раз в 6 месяцев при протеинурии 1 раз в месяц при ХПН
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование клиренса креатинина в течение последних 3 лет
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование клиренса креатинина в крови в течение последних 3 лет Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 8

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
Код	Д8
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	1 раз в год с целью скрининга протеинурии и сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование общего анализа мочи в крови в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование общего анализа мочи в течение последнего года

	Знаменатель: Общее число больных СД ₂ , включенных в исследование Б Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 9

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
Код	Д9
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	Первичный осмотр в момент диагностирования СД, далее: <ul style="list-style-type: none"> • 1 раз в год при отсутствии диабетической ретинопатии (ДР), протеинурии и поддержании компенсации и субкомпенсации углеводного обмена, • 1 раз в 6–8 месяцев при отсутствии ДР у пациентов с протеинурией и HbA_{1c} > 9%, • 1 раз в 6–8 месяцев в случае непролиферативной ДР, • 1 раз в 3–4 месяца в случае препролиферативной ДР, • 1 раз в 2–3 месяца в случае пролиферативной ДР, • 1 раз в 3 месяца в случае клинически значимого макулярного отека, • перед планированием беременности и 1 раз в триместр во время беременности, • 1 раз в месяц в течение 3 месяцев после прерывания беременности, • немедленно в случае неожиданного появления жалоб со стороны органа зрения
Определение ИК	Доля больных СД ₂ , у которых проведена офтальмоскопия в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД ₂ , обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена офтальмоскопия в течение последнего года Знаменатель: Б Общее число больных СД ₂ , включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 10

Индикатор качества	Назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
Код	Д10
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержание целевых показателей липидного спектра снижает риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний • При неэффективности диетотерапии препаратами выбора для коррекции изолированного высокого уровня ЛПНП или комбинированной дислипидемии являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы
Определение ИК	Доля больных СД ₂ , у которых назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями

Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Сахарный диабет 2 типа Измерение 11

Индикатор качества	Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Д11	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006 	
Клинические рекомендации		
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Сахарный диабет 2 типа Измерение 12

Индикатор качества	Проведена вакцинация против гриппа	
Код	Д12	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006 	
Клинические рекомендации	Проводится ежегодно	
Определение ИК	Доля больных СД2, которым проведена вакцинация против гриппа	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым проведена вакцинация против гриппа
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	

Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

Сахарный диабет 2 типа Измерение 13

Индикатор качества	Есть запись в амбулаторной карте о проведении диспансерного осмотра	
Код	Д13	
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006	
Клинические рекомендации	Проводится ежегодно	
Определение ИК	Доля больных СД2, которым проведен диспансерный осмотр	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым проведен диспансерный осмотр Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Сахарный диабет 2 типа Измерение 14

Индикатор качества	Проведено обучение в школе больных СД	
Код	Д14	
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты с диабетом должны пройти обучение после дебюта заболевания и при необходимости после; • Все пациенты повторно должны пройти обучение при переводе на инсулинотерапию. 	
Определение ИК	Доля больных СД2, которые прошли обучение в школе больных СД проведен диспансерный осмотр	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которые прошли обучение в школе больных СД Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> • Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа • Код МКБ-10: E11 • Возраст: моложе 61 года 	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

Литература

1. Вишневский А. Г., Ясин Е. Г., Кузьминов Я. И. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: Доклад VII Международной научной конференции «Модернизация экономики и государство», 4–6 апреля 2006 года // <http://www.strana-oz.ru/?article=1226&numid=29>, 2008.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 г.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Здоровье населения в Европе. Обзорная сводка о состоянии здоровья населения в Российской Федерации, 2005. – Европейское региональное бюро ВОЗ // www.euro.who.int, 2006.
4. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. – Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству: Комитет по здравоохранению. Проект. Доступность качественной медицинской помощи, 1999.
5. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
6. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи.- М.: Медицина, 2000.
7. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. – М.: Медицина XXI, 2004.
8. Планы ведения больных / под ред. О.Ю.Атькова, О.В.Андреевой, Е.И.Полубенцевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
9. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
10. Полубенцева Е.И., Соколов М.Э., Никонов Е.Л. Международные подходы к оценке безопасности пациента при оказании медицинской помощи // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития.- 2006. – № 1. – С. 24–29.
11. Bergeron В.Р. Performance Management in Healthcare: From Key Performance Indicators to Balanced Scorecard.- Chicago: HIMSS, 2006.
12. Core Health Indicators // World Health Organization.- www.who.int, 2005.
13. Crossing the Quality Chasm.- Institute of Medicine. – Washington, DC: National Academy Pres, 2001.
14. Cusick D. Knowing what to measure // Healthcare Financial Management. – 2004. – № 6. – P. 7–9.
15. European health report 2005.- World Health Organization, 2005
16. Fidler P.A., Hibbs C.J. Bone marrow transplant today-home tomorrow: ambulatory care issues in pediatric marrow transplantation // J. Pediatr. Oncol. Nurs. – 1997. – Vol. 14. – P. 228–238.
17. Gottlieb L.D., Roer D., Jega K. et al. Clinical pathway for pneumonia: development, implementation, and initial experience // Best Pract. Benchmarking Healthcare – 1996. – Vol. 1. – P. 262–265.
18. Healthcare quality book: vision, strategy, and tools/ ed. S.B.Ranson, M. Joshi, D. Nash.- Health Administration Press, Chicago, 2005.
19. Healthy People 2010 Midcourse Review // www.healthypeople.gov. – 2005
20. Hospital Accreditation Standards // Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. – Illinois. – 2008.
21. Lagoe R.J., Aspling D.L. Benchmarking and clinical pathway implementation on a multihospital basis // Nurs. Econ., 1997. – Vol. 15. – P. 131–137.
22. Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS.- Oxford: Radcliffe Publishing Ltd, 2005.
23. Marrelli T.M., Hiliard L.S. Home Care and Clinical Paths.- St. Louis: Mosby, 1996.
24. McLoughlin V., Millar J., Mattke S. et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OESD countries // International Journal for Quality in Health Care.- 2006. – Vol. 18. – P. 14–20.
25. National Healthcare Quality Report, 2004.- US Department of Health and Human Services, 2005.
26. National Quality Measures Clearinghouse // www.qualitymeasures.ahrq.gov. – 2006
27. Nichol G., Walls R., Goldman L. et al. A critical pathway for management of patients with acute chest pain who are at low risk for myocardial ischemia: recommendations and potential impact // Ann. Intern. Med. – 1997. – Vol. 127. – P. 996–1005.
28. Nolan T.W. System Changes to Improve Patient Safety // British Medical Journal. – 2000. – Vol. 320. – P. 771–773.
29. Physician Consortium for Performance Improvement. Clinical Performance Measures // www.physicianconsortium.org. – 2005.
30. Physician Group Practice Demonstration Quality Measurement and Reporting Specifications // Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, 2005.
31. Preventing Chronic Diseases a vital investment // WHO. www.who.int/chp. – 2005.
32. Protocols & Care Pathways Specialist Library// NHS in England/- <http://www.nhs.uk/>- 2006
33. Quality in Health Care / Ed. N.O. Graham.- Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication, 1995.
34. Ross G., Johnson D., Kobernick M. Evaluation of a critical pathway for stroke // J Am Osteopath Assoc. – 1997. – Vol. 97. – P. 275–276.
35. Velasco F.T., Ko W., Rosengart T., Altorki N. et al. Cost containment in cardiac surgery: results with a critical pathway for coronary bypass surgery at the New York hospital-Cornell Medical Center // Best Pract. Benchmarking Healthc. – 1996. – Vol. 1 P. 21–28.