

3.2.3. Общественное здравоохранение, организация и социология здравоохранения (медицинские науки)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ю.В. Михайлова¹, Ю.И. Оськов¹, *С.А. Стерликов^{1,3}, С.И. Абрамов¹, О.В. Зеленова^{1,2}, Т.В. Андреева¹

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

*Адрес для корреспонденции (Correspondence to): Стерликов Сергей Александрович (Sergey A. Sterlikov), e-mail: sterlikov@list.ru

АННОТАЦИЯ

Цель: оценить динамику эпидемической ситуации по хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) в контексте применения минимально инвазивных хирургических вмешательств.

Материалы и методы: изучены и статистически обработаны сведения форм федерального статистического наблюдения Российской Федерации за 2015 - 2024 гг.

Результаты: отмечается рост общей (с 3037,2 до 3517,4 на 100 000 населения) и первичной (с 268,8 до 308,7) заболеваемости ХИБС на 15,8 и 14,9%, соответственно. У лиц трудоспособного возраста при росте общей заболеваемости ХИБС, показатель первичной заболеваемости оставался без изменений. Вырос охват пациентов с ХИБС диспансерным наблюдением, в том числе лиц трудоспособного возраста - до 77,4% (соответствует целевому значению 70%), а лиц старше трудоспособного возраста - до 82,3% (ниже 90% целевого значения). Госпитальная заболеваемость снизилась с 591,8 до 573,1 на 100 000 населения при параллельном росте госпитальной летальности с 7,8 до 12,9%, а также доли больных, доставленных по экстренным показаниям (с 44,4 до 49,7%) и доли больных, доставленных скорой медицинской помощью с 28,2 до 32,1%. Смертность от ХИБС в 2015-2023 гг. снизилась с 193,2 до 143,9 на 100 000 населения.

Заключение: несмотря на рост охвата пациентов ХИБС диспансеризацией, есть проблемы, связанные с особенностями трудового законодательства, которое предусматривает выделение дней для диспансеризации, но не для диспансерного наблюдения. Имеются проблемы госпитализации пациентов с ХИБС: растёт доля пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям и доставленных скорой медицинской помощью, что сопровождается ростом госпитальной летальности. Внедрение минимально инвазивных вмешательств может позволить снизить летальность больных ХИБС, а также снизить продолжительность их госпитализации.

Ключевые слова: хроническая ишемическая болезнь сердца, заболеваемость, распространённость, летальность, смертность.

Для цитирования. Ю.В. Михайлова, Ю.И. Оськов, С.А. Стерликов, С.И. Абрамов, О.В. Зеленова, Т.В. Андреева, «ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ». Ж. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ. 2025;1(3): 62–69.

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE IN THE CONTEXT OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS

Julia V. Mikhaylova¹, Yurij I. Os'kov¹, *Sergey A. Sterlikov^{1,3}, Sergey I. Abramov¹, Olga V. Zelenova^{1,2}, Tatiana V. Andreeva³

¹FSBI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care», Ministry of Health of the Russian Federation

²FSBI «National Medical Research Center named after A.V. Vishnevsky», Ministry of Health of the Russian Federation

³FSBEI of FPE «Russian Medical Academy of Continuing Professional Education», Ministry of Health of the Russian Federation

ABSTRACT

Introduction: studying the epidemiology of chronic coronary artery disease (CCAD) allows us to assess the dynamics of the need for minimally invasive interventions in these patients.

Aim: to evaluate trends in the CCAD epidemic situation in the context of applying minimally invasive surgical interventions.

Materials and methods: data from the Russian Federation's federal statistical observation forms for 2015–2024 were analyzed and statistically processed.

Results: an increase was observed in both the overall (from 3037.2 to 3517.4 per 100,000 population) and incidence (from 268.8 to 308.7) of CCAD by 15.8% and 14.9%, respectively. Among working-age population, while the overall an increase in the prevalence of CCAD incidence rate increased, the primary incidence rate remained unchanged. The coverage of CCAD patients with clinical follow - up increased, reaching 77.4% for the working-age population (meeting the target of 70%) and 82.3% for those above working age (below the 90% target). Hospitalization rates decreased from 591.8 to 573.1 per 100,000 population, while in-hospital mortality concurrently increased from 7.8% to 12.9%. The proportion of patients admitted as emergencies rose from 44.4% to 49.7%, and those transported by emergency medical services increased from 28.2% to 32.1%. Mortality from CCAD decreased from 193.2 to 143.9 per 100,000 population between 2015 and 2023.

Conclusion: despite increased screening coverage for CCAD patients, challenges persist related to labor legislation, which allocates days for initial screening but not for ongoing clinical follow-up. Problems in the hospitalization of CCAD patients are evident: the proportion of patients hospitalized as emergencies and transported by ambulance is rising, accompanied by an increase in in-hospital mortality. The implementation of minimally invasive interventions could potentially reduce mortality among CCAD patients and shorten their hospital stays.

Keywords: chronic coronary artery disease, incidence, prevalence, mortality.

ВВЕДЕНИЕ

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это обусловленное расстройством коронарного кровообращения поражение миокарда, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы [1].

Хроническая ИБС включает в себя атеросклеротическую болезнь сердца (I25.1) и сердечно-сосудистую болезнь (I25.0), перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (I25.2), аневризму коронарной артерии (I25.4) и сердца (I25.3), ишемическую кардиомиопатию (I25.5), бессимптомную ишемию миокарда (I25.6), а также другие (I25.8) и неуточнённые (I25.9) формы хронической ИБС. Следует отметить, что разграничение между состояниями, кодируемыми указанными кодами МКБ-10, в рамках существующей системы статистического наблюдения условное: среди врачей-кардиологов отсутствует согласованная позиция о правилах и целесообразности применения по крайне мере 4-х кодов (I25.0, I25.1, I25.8, I25.9). [2]. Тем не менее возможно выделение в качестве отдельного состояния постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), эпидемиология которого может оцениваться отдельно от остальных форм хронической ИБС [3, 4].

Одним из основных методов лечения при хронической ИБС является реваскуляризация миокарда; при этом решение о выборе метода лечения рекомендуется принимать междисциплинарным консилиумом, который должен состоять из врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога, и с учетом мнения пациента, основываясь на клинических данных, результатах неинвазивного обследования и КАГ, в том числе с применением шкал Syntax [5]. В связи с этим динамика эпидемической ситуации по хронической ишемической болезни сердца может иметь существенное значение для прогнозирования потребности в хирургических, в том числе минимально инвазивных вмешательствах у этих пациентов.

Цель исследования: оценить динамику эпидемической ситуации по хронической ишемической болезни сердца в контексте применения минимально инвазивных хирургических вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены сведения форм статистического наблюдения №№ 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (далее – ф. 12), 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (далее – ф. 14), а также данные о смертности, распределённые по возрасту и полу (Росстат) за десятилетний период (2015–2024 гг.). Выбор периода для наблюдения обусловлен постоянством статистического поля Российской Федерации, когда данные по Республике Крым и

Севастополю были полностью интегрированы в статистическое поле России. Рассчитаны и оценены динамика показателей первичной и общей заболеваемости (на 100 000 населения), охват диспансерным наблюдением, госпитальная заболеваемость. Расчёт показателей проводили в соответствии с рекомендациями [6].

В ходе статистической обработки информации рассчитывали экстенсивные и интенсивные показатели, там, где это необходимо – вероятность статистической ошибки первого рода (p). Линии линейного тренда проводили с использованием метода наименьших квадратов (реализован в Microsoft Excel). Статистическую обработку информации проводили как в среде Microsoft Excel, так и с использованием статистического пакета R версии 3.4.2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первичная и общая заболеваемость хронической ишемической болезнью сердца, в том числе с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и без него представлены в таблицах 1 и 2 соответственно (табл.1).

За минувшее десятилетие показатель общей заболеваемости хронической ИБС вырос на 15,8%, однако прирост отдельных её компонент существенно различался: общая заболеваемость постинфарктным кардиосклерозом выросла на 37,7%, в то время как общая заболеваемость иными состояниями выросла на 11,2% (табл. 2).

При этом общая заболеваемость хронической ИБС значительно снизилась в период COVID-19, что может быть связано со снижением числа обращений в связи с пандемией. Первичная заболеваемость хронической ИБС и отдельными её компонентами выросла на 14,9%; при этом первичная заболеваемость хронической ИБС выросла на 15,1%, а постинфарктным кардиосклерозом – на 14,2%.

Интересно, что у взрослых лиц трудоспособного возраста прирост общей заболеваемости ПИКС не отличался от прироста других диагнозов хронической ИБС (исключая ПИКС) и составил 25,1%, однако различался во времени: темп прироста общей заболеваемости ПИКС происходил как до пандемии, так и после неё; лишь в период с 2020 на 2021 г. отмечалось её небольшое снижение. Заболеваемость хронической ИБС за исключением ПИКС росла в 2015 - 2019 гг., после чего её рост остановился, и далее показатель заболеваемости был стабильным. При этом первичная заболеваемость хронической ИБС у лиц трудоспособного возраста не обнаруживала сколько-либо значимой тенденции к росту. Рост общей заболеваемости происходил в связи с накоплением контингентов больных, превышающий их выбывание, что свидетельствует о высокой выживаемости.

Охват диспансерным наблюдением больных хронической ИБС рос ($p<0,001$); в начале периода наблюдения (2015 г.) он составлял лишь 50,8% (выше у больных с ПИКС – 64,0%

Таблица 1. Динамика показателя первичной заболеваемости хронической ишемической болезнью сердца и её компонентами в целом по Российской Федерации, 2015–2024 гг.

Table 1. Dynamics of Primary Incidence of Chronic Coronary Artery Disease and Its Components in the Russian Federation, 2015-2024 (per 100,000 population)

Первичная заболеваемость / Primary Incidence	Годы / Years									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Хроническая ИБС среди всего населения / Total Population										
Всего / Total	268,8	275,6	287,0	276,3	305,4	286,6	277,8	303,2	297,1	308,7
Кроме ПИКС / Excluding PMI	193,8	203,3	212,3	199,3	224,2	207,9	203,5	222,0	215,7	223,0
ПИКС / PMI	75,0	72,3	74,7	77,0	81,2	78,7	74,4	81,2	81,3	85,7
У взрослых трудоспособного возраста / Working-age Adults										
Всего / Total	218,3	228,5	248,2	233,6	255,6	240,6	214,8	225,5	219,9	224,0
Кроме ПИКС / Excluding PMI	160,5	172,5	189,9	176,4	193,5	179,0	161,0	168,7	162,1	165,8
ПИКС / PMI	57,8	56,0	58,3	57,2	62,1	61,6	53,8	56,8	57,7	58,2
У лиц старше трудоспособного возраста / Above Working Age										
Всего / Total	601,7	602,0	600,7	585,3	646,6	620,3	638,4	738,0	715,6	771,2
Кроме ПИКС / Excluding PMI	426,6	435,1	430,9	405,9	462,9	440,5	459,7	532,1	514,2	547,9
ПИКС / PMI	175,1	166,8	169,8	179,4	183,7	179,9	178,7	205,9	201,5	223,3

Примечание: ПИКС – постинфарктный кардиосклероз.

Note: PMI-previous myocardial infarction.

Таблица 2. Динамика показателя общей заболеваемости хронической ишемической болезнью сердца и её компонентами в целом по Российской Федерации, 2015–2024 гг.

Table 2. Dynamics of Overall Incidence of Chronic Coronary Artery Disease and Its Components in the Russian Federation, 2015-2024 (per 100,000 population)

Общая заболеваемость / Overall Incidence	Годы / Years									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Хроническая ИБС среди всего населения / Total Population										
Всего / Total	3037,2	3090,7	3173,8	3209,2	3337,8	3185,5	3195,7	3282,3	3419,4	3517,4
Кроме ПИКС / Excluding PMI	2504,1	2529,0	2599,8	2619,4	2716,3	2567,3	2579,2	2638,9	2725,7	2783,4
ПИКС / PMI	533,1	561,8	574,1	589,8	621,5	618,1	616,4	643,5	693,7	733,9
У взрослых трудоспособного возраста										
Всего / Total	1539,4	1685,1	1833,0	1846,3	1958,3	1912,6	1885,4	1882,2	1931,7	1925,4
Кроме ПИКС / Excluding PMI	1228,9	1346,5	1491,1	1501,4	1601,0	1549,0	1526,7	1520,3	1546,8	1537,1
ПИКС / PMI	310,5	338,6	341,8	344,9	357,3	363,6	358,8	361,9	385,0	388,3
У лиц старше трудоспособного возраста										
Всего / Total	8936,5	8701,8	8604,6	8605,3	8760,4	8522,6	8584,0	9259,9	9566,3	10252,5
Кроме ПИКС / Excluding PMI	7461,0	7192,1	7070,4	7035,5	7114,4	6852,7	6917,7	7428,5	7610,1	8081,9
ПИКС / PMI	1475,5	1509,6	1534,2	1569,8	1646,0	1669,9	1666,2	1831,4	1956,2	2170,6

Примечание: ПИКС – постинфарктный кардиосклероз.

Note: PMI-previous myocardial infarction.

и ниже у больных, исключая случаи ПИКС – 48,1%) (табл. 3).

Целевое значение охвата диспансерным наблюдением (70% и более [7]) было достигнуто к 2019 году – 70,5%. К 2024 году охват диспансерным наблюдением соответ-

ствовал целевому значению – 80,8%, в том числе пациентов с ПИКС – 82,4%, а остальных больных – 82,4%. Вместе с тем следует отметить меньший охват диспансерным наблюдением пациентов трудоспособного возраста: к

Таблица 3. Охват больных хронической ИБС диспансерным наблюдением в 2015–2024 гг. (%)

Table 3. Coverage of Chronic CAD Patients with Clinical Follow-up in 2015-2024 (%)

Охват диспансерным наблюдением / Follow-up Coverage	Годы/Years									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Всех пациентов хронической ИБС / All chronic CAD Patients										
Всего/ Total	50,8	55,6	60,7	64,8	70,5	74,5	77,4	79,0	80,3	80,8
Кроме ПИКС / Excluding PMI	48,1	53,4	59,0	63,3	69,1	73,3	76,6	78,4	79,7	80,4
ПИКС/PMI	64,0	65,4	68,7	71,4	76,4	79,6	80,9	81,8	82,7	82,4
Взрослых трудоспособного возраста / Working-age Adults										
Всего/ Total	58,8	63,2	65,7	70,1	73,1	73,3	75,8	75,4	76,5	77,4
Кроме ПИКС/ Excluding PMI	56,1	61,6	64,0	69,4	72,0	71,9	74,6	74,2	75,6	76,3
ПИКС/PMI	69,5	69,6	73,1	73,4	78,1	79,3	80,9	80,3	79,9	81,8
Лиц старше трудоспособного возраста / Above Working Age										
Всего/ Total	47,7	52,3	58,4	62,4	69,3	75,1	78,2	80,7	82,0	82,3
Кроме ПИКС/ Excluding PMI	45,0	50,0	56,7	60,6	67,8	73,9	77,6	80,3	81,5	82,2
ПИКС/PMI	61,3	63,3	66,5	70,5	75,6	79,7	81,0	82,5	84,0	82,7

Примечание: ПИКС – постинфарктный кардиосклероз.

Note: PMI-previous myocardial infarction, CAD-chronic coronary artery disease.



Рис. 1. Динамика показателей госпитальной заболеваемости взрослых хронической ИБС (на 100 000 взрослых) и госпитальной летальности взрослых больных с хронической ИБС (%) в целом по Российской Федерации, 2015–2024 гг. Пунктирными линиями показан тренд показателей.

Fig. 1. Dynamics of hospitalization rates for adult chronic CAD Patients (per 100,000 adults) and in-hospital mortality of adult CAD patients (%) in the Russian Federation, 2015-2024. Dotted lines show trend lines.

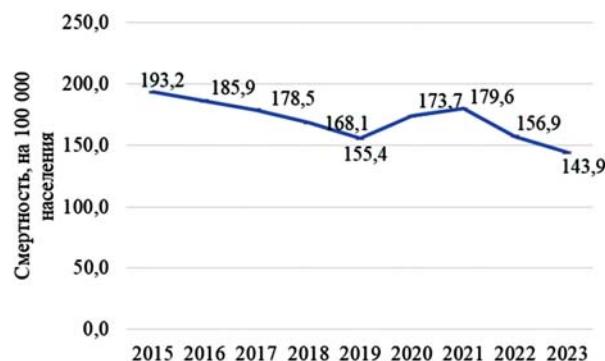


Рис. 2. Динамика показателя смертности от хронической ИБС в целом по Российской Федерации в 2015–2023 гг., на 100 000 населения.

Fig. 2. Dynamics of mortality from chronic CAD in the Russian Federation, 2015-2023 (per 100,000 population).

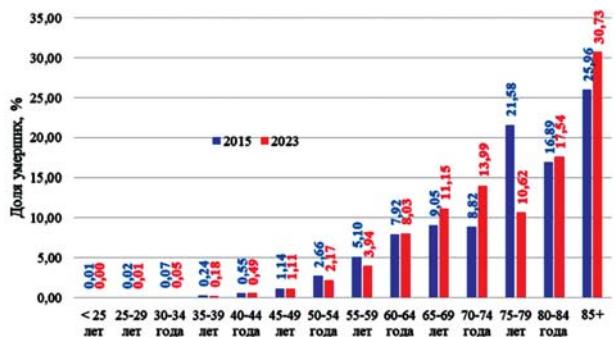


Рис. 3. Возрастная структура умерших от хронической ИБС в целом по Российской Федерации в 2015–2023 гг., в % от умерших с установленным возрастом.

Fig. 3. Age structure of deaths from chronic CAD in the Russian Federation, 2015-2023 (% of deaths with established age).

2024 году он вырос лишь до 77,4% (если не учитывать ПИКС, то до 76,3%). Охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста не достиг целевого значения показателя – 90% и более [7].

Отмечается тенденция к снижению госпитальной заболеваемости хронической ИБС; при этом растёт госпитальная летальность ($p<0,001$) (рис.1). Следует отметить, что рост госпитальной летальности не связан с нарастанием доли лиц, старше трудоспособного возраста, которая варьирует в пределах от 82,5% (в 2016 г.) до 84,8% (в 2019 г.). Также следует отметить, что рост госпитальной летальности происходит как среди пациентов с ПИКС (2015 г. – 9,4%; 2023 г. – 15,7%), так и среди пациентов без ПИКС (2015 г. – 7,4%; 2024 г. – 11,7%); $p<0,001$.

Доля больных, доставленных по экстренным показаниям,

выросла с 44,4 в 2015 г. до 49,7% в 2024 г., однако максимальные значения отмечались в период пандемии COVID-19 (2020 г. – 54,6%; 2021 г. – 52,3%; 2022 г. – 33,6%). Доля больных, доставленных скорой медицинской помощью, выросла с 28,2% в 2015 г. до 32,1% в 2024 г.; максимальной она была также в период пандемии COVID-19 (2020 г. – 36,2%; 2021 г. – 34,8%; 2022 г. – 33,6%). В структуре госпитальной заболеваемости отмечается рост доли больных с постинфарктным кардиосклерозом: в 2015 г. доля ПИКС составляла 23,0%; 2016 – 23,3%; 2017 – 24,5%; 2018 – 26,4%; 2019 – 27,5%; 2020 – 29,3%; 2021 – 28,3%, 2022 – 29,0%; 2023 – 29,3%; 2024 – 29,6%, что отражает рост доли больных ПИКС среди всех больных хронической ИБС.

Средняя длительность одного случая госпитализации сокращалась: в 2015 г. она составляла 10,6 дня; в 2016 – 10,3; 2017 – 10,0; 2018 – 9,6; 2019 – 9,6; 2020 – 8,4; 2021 – 8,3; 2022 – 8,6; 2023 – 8,7; 2024 – 8,4 ($p < 0,001$).

Смертность от хронической ИБС подробно проанализирована в исследовании [8], в связи с чем мы проанализируем лишь несколько показателей, дополняющих вышеуказанное исследование (рис. 2).

Доля мужчин среди умерших от хронической ИБС варьировала в пределах 41,0–42,4%. Существенной динамики возрастной структуры умерших от хронической ИБС не было (рис. 3); рост доли умерших в возрасте 65–74 года и старше 80 лет компенсирован снижением числа умерших в возрастной группе 75–79 лет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Превалирование темпа прироста первичной заболеваемости ИБС, исключающей ПИКС, над аналогичным показателем общей заболеваемости, на наш взгляд, свидетельствует о том, что значимая часть пациентов с диагнозом хронической ИБС, исключая ПИКС, либо переходят в категорию больных инфарктом миокарда, либо умирают. Таким образом, впервые выявленные больные хронической ИБС являются целевой группой при рассмотрении показаний для проведения малоинвазивных вмешательств.

Интересно, что рост пенсионного возраста и, следовательно, расширение верхней границы трудоспособного возраста не повлиял на показатель первичной заболеваемости хронической ИБС лиц трудоспособного возраста, то есть рост заболеваемости хронической ИБС происходит в более позднем возрасте.

Охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен составлять не менее 70%, при этом охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста из числа подлежащих ему – не менее 90% [7].

Более низкий охват пациентов трудоспособного возраста с хронической ИБС диспансерным наблюдением не в

последнюю очередь обусловлен особенностями трудового законодательства: в соответствии со статьёй 185.1 трудового кодекса Российской Федерации предусмотрена возможность освобождения работников от работы на один или, для работников предпенсионного и пенсионного возраста – два дня, в целях прохождения диспансеризации [9]; однако эта норма не касается обследования в связи с диспансерным наблюдением. В связи с этим складывается парадоксальная ситуация, в которой имеется содействие законодательства раннему выявлению заболеваний, однако пациент с уже выявленной патологией не может пройти диспансерное наблюдение с целью предотвращения ухудшения имеющегося состояния.

Повышение охвата диспансерным наблюдением и применение современных методов лечения привело к снижению показателя смертности от хронической ИБС.

Разнонаправленная динамика показателей общей и госпитальной заболеваемости отражает тенденцию приоритизации оказания помощи этим пациентам в амбулаторных условиях. По-видимому, госпитализируются пациенты в более тяжёлом состоянии, что и приводит к росту госпитальной летальности, что подтверждает рост доли пациентов, доставленных по экстренным показаниям, а также доставленных скорой медицинской помощью. При этом более высокой госпитальной летальности также может способствовать более активная хирургическая тактика лечения, которая проводится как с использованием коронарного шунтирования, так и с использованием малоинвазивных методов [10].

Показатель смертности больных хронической ИБС вплоть до 2019 года имел тенденцию к снижению, которая остановилась в период пандемии COVID-19 и продолжилась в постковидный период. Вероятно, у части пациентов в период пандемии COVID-19 инфекция SARS CoV2 послужила механизмом декомпенсации процесса, что и привело к росту показателя смертности от хронической ИБС в 2020–2022 гг. Подобная динамика отмечается и в исследовании [8] в отношении стандартизованного показателя.

Доля мужчин среди умерших оставалась на постоянном уровне, что согласуется с данными исследования [8], а также с данными из большинства европейских стран [11]. Это позволяет прогнозировать соотношение хирургических коек для мужчин и женщин как 4 к 6.

Применение малоинвазивных хирургических техник для лечения ИБС позволяет снизить время госпитализации, реабилитации, быстрее расширить спектр физической активности и улучшить качество жизни [12]; в связи с этим их особенно важно применять у лиц трудоспособного возраста, чтобы снизить потери трудового потенциала вследствие утраты трудоспособности.

Вместе с тем в ближайшее время мы будем сталкиваться с лицами пожилого возраста, поскольку именно у этой группы процесс декомпенсируется, вызывая рост риска летального исхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Впервые выявленные больные хронической ИБС (исключая постинфарктный кардиосклероз) являются целевой группой при рассмотрении показаний для проведения малоинвазивных вмешательств. Число этих пациентов растёт, равно как и показатели общей и первичной заболеваемости хронической ИБС. Несмотря на рост охвата пациентов с хронической ИБС диспансеризацией, есть проблемы, связанные с особенностями действующего трудового законодательства, предусматривающие

выделение дней для диспансеризации, но не для диспансерного наблюдения. Имеются проблемы госпитализации пациентов с хронической ИБС: растёт доля пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям и доставленных скорой медицинской помощью; это сопровождается ростом госпитальной летальности. Тем не менее повышение охвата диспансерным наблюдением и применение современных методов лечения привело к снижению показателя смертности от хронической ИБС. ■

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулешова З.В., Панов А.В. Хроническая ишемическая болезнь сердца. КАРДИОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение. 2022;10,3(30):63–78.
2. Самородская И.В., Шепель Р.Н., Какорина Е.П. и др. Хронические формы ишемической болезни сердца: особенности учета и кодирования в клинической практике (результаты анкетирования врачей). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(5):4027. DOI: [10.15829/1728-8800-2024-4027](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-4027)
3. Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организаций Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья. Приказ Росстата от 13.11.2024 N 543. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_490310/
4. Об утверждении формы федерального статистического наблюдения N 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и указаний по ее заполнению. Приказ Росстата от 03.02.2025 N 42. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_497963/
5. Барбараши О.Л., Карпов Ю.А., Панов А.В. и др. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6110. DOI: [10.15829/1560-4071-2024-6110](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110)
6. Леонов С.А., Сон И.М., Савина А.А. и др. Руководство по анализу основных статистических показателей состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ. 2015: 56 с.
7. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми. Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=468441>
8. Шепель Р.Н., Самородская И.В., Какорина Е.П. и др. Динамика и структура смертности от хронической ишемической болезни сердца среди мужчин и женщин в Российской Федерации в 2014–2023гг. Российский кардиологический журнал. 2024;29(12S):6198. DOI: [10.15829/1560-4071-2024-6198](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6198)
9. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 25.02.2022) (с изменениями и дополнениями, вступ. в силу с 01.03.2022) Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_34683/
10. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Власова Э.Е. и др. Хирургическое лечение ИБС. РМЖ. 2014;30:2152.
11. Romeo B., Bergami M., Cenko E. et al. Sex Disparities in Ischemic Heart Disease Mortality in Europe. JACC Adv. 2024 Sep 2;3(12):101252. DOI: [10.1016/j.jacadv.2024.101252](https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101252)
12. Сидоров Р.В., Базилевич А.В., Катков А.А. и др. Малоинвазивная коронарная хирургия: обзор современных методик лечения ишемической болезни сердца. Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2021.18(3):84–88. DOI: [10.25881/20728255_2021_16_3_84](https://doi.org/10.25881/20728255_2021_16_3_84)

REFERENCES

1. Kuleshova Z.V., Panov A.V. Khronicheskaya ishemicheskaya bolez' serdtsa. KARDIOLOGIYA: novosti, mneniya, obucheniye. 2022;10,3(30):63–78.
2. Samorodskaya I. V., Shepel R. N., Kakorina E.P. et al. Chronic coronary artery disease: aspects of recording and coding in clinical practice (results of a survey of physicians). Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(5):4027. DOI: [10.15829/1728-8800-2024-4027](https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-4027) [In Russ].
3. Ob utverzhdenii formy federal'nogo statisticheskogo nabljudenija s ukazanijami po ee zapolneniju dlja organizacii Ministerstvom zdravooхranenija Rossiijskoj Federacii federal'nogo statisticheskogo nabljudenija v sfere ohrany zdorov'ja. Prikaz Rosstata ot 13.11.2024 N 543. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_490310/ [In Russ].
4. Ob utverzhdenii formy federal'nogo statisticheskogo

nabljudenija N 14 "Svedenija o dejatel'nosti podrazdelenij medicinskoj organizacii, okazyvajushhih medicinskuju pomoshh' v stacionarnyh uslovijah" i ukazanij po ee zapolneniju. Prikaz Rosstata ot 03.02.2025 N 42. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_497963/ [In Russ].

5. Barbarash O.L., Karpov Yu.A., Panov A.V. et al. 2024 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6110 [In Russ]. DOI: [10.15829/1560-4071-2024-6110](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110) [In Russ].

6. Leonov S.A., Son I.M., Savina A.A. et al. Rukovodstvo po analizu osnovnyh statisticheskikh pokazatelej sostojanija zdorov'ja naselenija i dejatel'nosti medicinskikh organizacij. Moscov, RIO CNIIOIZ MZ RF. 2015: 56 p [In Russ].

7. Ob utverzhdenii porjadka provedenija dispansernogo nabljudenija za vzroslymi. Prikaz Minzdrava Rossii ot 15 marta 2022 g. № 168n. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=468441> [In Russ].

8. Shepel R.N., Samorodskaya I.V., Kakorina E.P. et al. Dynamics and structure of mortality from chronic coronary

artery disease among men and women in the Russian Federation in 2014-2023. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(12S):6198 [In Russ].

DOI: [10.15829/1560-4071-2024-6198](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6198).

9. Trudovoy kodeks Rossiyskoy Federatsii ot 30.12.2001 № 197-FZ. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_34683/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_34683/) [In Russ].

10. Akchurin R.S., Shirjaev A.A., Vlasova Je.E. et al. Hirurgicheskoe lechenie IBS. RMZh. 2014;30:2152 [In Russ].

11. Romeo B., Bergami M., Cenko E. et al. Sex Disparities in Ischemic Heart Disease Mortality in Europe. JACC Adv. 2024 Sep 2;3(12):101252. DOI: [10.1016/j.jacadv.2024.101252](https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101252).

12. Sidorov R.V., Bazilevich A.V., Katkov A.A. et al. Pospelov D.Y. Maloinvazivnaya koronarnaya khirurgiya: obzor sovremennykh metodik lecheniya ishemiceskoy bolezni serdtsa. Vestnik natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova. 2021.18(3):84-88. DOI: [10.25881/20728255_2021_16_3_84](https://doi.org/10.25881/20728255_2021_16_3_84) [In Russ].

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Михайлова Юлия Васильевна - [ORCID: 0000-0001-6779-726X] д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Осъков Юрий Иванович - [ORCID: 0000-0002-3659-2699] заведующий отделением статистики специализированных служб ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Стерликов Сергей Александрович - [ORCID: 0000-0001-8173-8055] д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

Доцент кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ 125993, Российская Федерация, Московская область, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1

Абрамов Сергей Иванович - [ORCID: 0000-0002-4352-7633] старший научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Зеленова Ольга Владимировна - [ORCID: 0000-0002-9297-275X] д.м.н., ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ 117997, Российская Федерация, г. Москва, ул. Большая Серпуховская ул., 27

Главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ 127254, Российская Федерация, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Андреева Татьяна Вадимовна - [ORCID: 0000-0002-8103-1196] доцент кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ 125993, Российской Федерации, Московская область, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1

Вклад авторов. Все авторы внесли эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии источника финансирования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

AUTHOR INFORMATION FORM

Yulia V. Mikhaylova - [ORCID: 0000-0001-6779-726X] MD, PhD, Professor, Chief Researcher,
FSBEI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation
11, Dobrolyubova Street, Moscow, Russian Federation, 127254

Yurij I. Os'kov - [ORCID: 0000-0002-3659-2699] Head of the Department, Department of Statistics of Specialized Services,
FSBEI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation
11, Dobrolyubova Street, Moscow, Russian Federation, 127254

Sergey A. Sterlikov - [ORCID: 0000-0001-8173-8055] MD, PhD, Chief Researcher, FSBEI «Central Research Institute for Organization and
Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation
11, Dobrolyubova Street, Moscow, Russian Federation, 127254
Associate Professor, Department of Medical Statistics and Digital Health in FSBEI of FPE «Russian Medical Academy of Continuing Professional
al Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation
2/1, Barrikadnaya st., Moscow, Russian Federation, 125993

Sergey I. Abramov - [ORCID: 0000-0002-4352-7633] Senior Researcher, FSBEI «Central Research Institute for Organization and Informati-
zation of Health Care» of the Ministry of Health of the Russian Federation
11, Dobrolyubova Street, Moscow, Russian Federation, 127254

Olga V. Zelenova - [ORCID: 0000-0002-9297-275X] MD, PhD, Scientific Secretary, FSBI «National Medical Research Center of Surgery named
after A.V. Vishnevsky» of the Ministry of Health of the Russian Federation
27, Bolshaya Serpukhovskaya Street, Moscow, Russian Federation, 117997
Chief Researcher, FSBEI «Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of Health of the
Russian Federation
11, Dobrolyubova Street, Moscow, Russian Federation, 127254

Tatiana V. Andreeva - [ORCID: 0000-0002-8103-1196] Associate Professor, Department of Medical Statistics and Digital Health, FSBEI
«Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation.
2/1, Barrikadnaya st., Moscow, Russian Federation, 125993
46, building 8, Zhivopisnaya Str., Moscow, Russian Federation, 123098

Contribution. All authors contributed equally to the preparation of the publication.

Funding. The authors declare no funding sources.

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