

КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ АКТИВНОСТЬ ВРАЧЕЙ В АСПЕКТЕ УПРАВЛЕНИЯ ФАКТОРАМИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Голощанов-Аксенов Р.С.¹, Колединский А.Г.¹, Кумышев А.Н.¹, Макарян Э.А.¹, Галстян К.П.²,
Рукодайный О.В.¹, Кича Д.И.¹

¹ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

² ООО «ЦСМ МЕДИКА», Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Введение. Компетенции врачей являются клинико-организационной основой управления стабильным течением хронических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в аспекте выявления факторов риска и профилактики осложнений, включая социально значимый ишемический инсульт (ИИ).

Цель исследования. Исследовать компетентностную активность врачей различных специальностей на этапе первичной медико-санитарной помощи в аспекте выявления факторов риска ИИ.

Материал и методы. Выполнено ретроспективное, многоцентровое, анонимное исследование в период 2021–2024 гг. Объекты исследования: врачи ($n = 165$) хирургических ($n = 79$) и терапевтических ($n = 86$) специальностей; пациенты ($n = 2145$). Выполнена выкопировка данных первичной консультации из электронных медицинских карт пациентов. Компетентностную активность врачей оценивали при выполнении врачами медико-социальных процессов: исследование артериального давления (АД) на одном/двух плечах, частоты и ритма пульса, индекса массы тела (ИМТ), частоты никтурии и отеков нижних конечностей, семейного и персонального анамнеза ССЗ, приверженности пациентов лекарственной терапии и участие в консультации члена семьи. Применена методика бальной оценки компетентностной активности врачей: высокая степень (7 баллов) – врачи исследуют все медико-социальные процессы; средняя (3–7 баллов) – врачи исследуют только АД на одном плече, частоту и ритм пульса, отеки нижних конечностей, семейный и персональный анамнез ССЗ, низкая (менее 3 баллов) – все остальные случаи. Методы исследования: контент-анализ, статистический, сравнительный, математический, экспертный анализ.

Результаты. При выявлении факторов риска ИИ высокая степень компетентностной активности установлена у 1,8% врачей – у 2,5% хирургических и 1,1% терапевтических специальностей ($p = 0,09$), средняя степень у 41,2% врачей – 20,3% хирургических и 48,8% терапевтических специальностей ($p = 0,025$), низкая степень у 57,0% врачей – 77,2% хирургических и 38,4% терапевтических специальностей ($p = 0,02$).

Заключение. В исследовании установлена преимущественно средняя и низкая степень компетентностной активности врачей при выявлении факторов риска ИИ, которая оценена организационным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Непрерывное медицинское образование и наставничество может способствовать развитию компетентностной активности врачей на основе индуцированной мотивации к квалификационному профессиональному совершенствованию.

Ключевые слова: ишемический инсульт, компетенции, индуцированная мотивация, приверженность, врачи, первичная медико-санитарная помощь

Для цитирования: Голощанов-Аксенов Р.С., Колединский А.Г., Кумышев А.Н., Макарян Э.А., Галстян К.П., Рукодайный О.В., Кича Д.И., Компетентностная активность врачей в аспекте управления факторами риска ишемического инсульта. *Российский неврологический журнал*. 2025;30(1):25–33. DOI 10.30629/2658-7947-2025-30-1-25-33

Для корреспонденции: Голощанов-Аксенов Р.С., e-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Информация об авторах:

Голощанов-Аксенов Р.С. <http://orcid.org/0000-0003-3085-7729>; e-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com

Колединский А.Г., <http://orcid.org/0000-0001-7274-0276>; e-mail: kard.gkb79@mail.ru

Кумышев А.Н., <http://orcid.org/0009-0002-4239-5314>; e-mail: anzor.kumyshev@mail.ru

Макарян Э.А., <https://orcid.org/0009-0003-5011-0144>; e-mail: emakaryan@list.ru

Галстян К.П., <http://orcid.org/0009-0005-8603-5494>; e-mail: skp63@mail.ru

Рукодайный О.В., <https://orcid.org/0000-0001-9134-7189>; e-mail: orukodaynyy@gmail.com

Кича Д.И., <http://orcid.org/0000-0001-6529-372X>; e-mail: d_kicha@mail.ru

COMPETENCE ACTIVITY OF PHYSICIANS IN THE ASPECT OF MANAGING ISCHEMIC STROKE RISK FACTORS

Goloschapov-Aksenov R.S.¹, Koledinsky A.G.¹, Kumyshev A.N.¹, Makaryan E.A.¹, Galstyan K.P.²,
Rukodaynyy O.V.¹, Kicha D.I.¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russian Federation

² LLC "FMC MEDIKA", St. Petersburg, Russia

Abstract

Introduction. The competencies of physicians are the clinical and organizational basis for managing the stable course of chronic cardiovascular diseases (CVD) in terms of identifying risk factors and preventing complications,

including socially significant ischemic stroke (IS).

Purpose of the research: to research the competence-based activity of physicians of various specialties at the primary health care level in terms of identifying risk factors for IS.

Material and methods: a retrospective, multicenter, anonymous research was in 2021-2024. Objects: physicians ($n = 165$) of surgical ($n = 79$) and therapeutic ($n = 86$) specialties; patients ($n = 2145$). The big data of the initial consultation were copied from the electronic medical records of patients. The competence activity of physicians was assessed based on the performance of medical social processes: examination of blood pressure (BP) on one/both shoulders, pulse rate and rhythm, body mass index (BMI), frequency of nocturia and lower limb edema, family and personal history of CVD, patient adherence to drug therapy and participation in consultation of a family member. The author's method of scoring the competence activity of physicians was applied: high degree (7 points) - physicians examine all medical social processes; average (3–7 points) — physicians examine only blood pressure in one shoulder, pulse rate and rhythm, swelling of the lower extremities, family and personal history of cardiovascular disease, low (<3 points) — all other cases. Research methods: content analysis, statistical, comparative analysis, mathematical, expert.

Results: in identifying risk factors for IS, a high degree of competence activity was found in 1.8% of physicians — 2.5% of surgical and 1.1% of therapeutic specialties ($p = 0.09$), an average degree in 41.2% of physicians — 20.3% of surgical and 48.8% of therapeutic specialties ($p = 0.025$), a low degree in 57.0% of physicians — 77.2% of surgical and 38.4% of therapeutic specialties ($p = 0.02$).

Conclusion: the research established mainly an average and low levels of physicians' competence activity in identifying risk factors for IS, which may explain the persistent negative epidemiological trends in CVD. Continuous medical education and mentoring can contribute to the development of physicians' competence activity based on induced motivation for professional development.

Key words: ischemic stroke, competencies, induced motivation, commitment, physicians, primary health care

For citation: Goloshchapov-Aksenov R.S., Koledinsky A.G., Kumyshev A.N., Makaryan E.A., Galstyan K.P., Rukodaynyy O.V., Kicha D.I. *Russian Neurological Journal (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal)*. 2025;30(1):25–33. (In Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2025-30-1-25-33

For correspondence: Goloshchapov-Aksenov R.S., e-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com

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

Acknowledgements. The research had no sponsorship.

Information about authors

Goloshchapov-Aksenov R.S., orcid.org/0000-0003-3085-7729; e-mail: goloschapovaksenovr@gmail.com

Koledinsky A.G., http://orcid.org/0000-0001-7274-0276; e-mail: kard.gkb79@mail.ru,

Kumyshev A.N., http://orcid.org/0009-0002-4239-5314; e-mail: anzor.kumyshev@mail.ru

Makaryan E.A., https://orcid.org/0009-0003-5011-0144; e-mail: emakaryan@list.ru

Galstyan K.P., http://orcid.org/0009-0005-8603-5494; e-mail: skp63@mail.ru

Rukodaynyy O.V., https://orcid.org/0000-0001-9134-7189; e-mail: orukodaynyy@gmail.com

Kicha D.I., http://orcid.org/0000-0001-6529-372X; e-mail: d_kicha@mail.ru

Received 07.01.2025

Accepted 17.01.2025

Сокращения: ИИ — ишемический инсульт.

Введение. По данным Британского фонда сердца, в 2021 г. в мире сердечно-сосудистые заболевания были зарегистрированы у 640 млн чел., в структуре которых потенциально предотвратимый ишемический инсульт (ИИ) составил 14,7% (94 млн чел.). В исследуемый период ИИ стал третьей по распространенности в мире причиной смерти 7,3 млн чел., среди которых доля мужчин составила 52% [1].

ИИ в большинстве случаев развивается вне медицинских организаций. Однако его частота в период стационарного лечения пациентов с различными заболеваниями и в раннем постгоспитальном периоде от 30 до 90 суток может достигать, по данным различных авторов, 17% [2–6]. ИИ является многофакторным заболеванием. Факторы риска включают немодифицируемые — возраст, пол, генетическую детерминацию и этническую принадлежность, и модифицируемые — социально-экономические, низкую физическую активность, диету, курение, сопутствующие заболевания

(гипертоническая болезнь, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, ожирение), технологии стационарного лечения (хирургические, антикоагулянтная и антиагрегантная лекарственная терапия). Возраст является немодифицируемым фактором риска ИИ. С возрастом 10-летний риск ИИ резко возрастает. Существует континуум риска сердечно-сосудистых осложнений, включая развитие ИИ, с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, повышением уровня липопротеинов низкой плотности и курением, и этот риск еще выше у пациентов с сахарным диабетом. Не существует нижнего порогового уровня, при котором риск сердечно-сосудистых осложнений перестает существовать [1, 7, 8].

Четыре из пяти случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний обусловлены модифицируемыми факторами риска. Доступность медицинской помощи, своевременное обращение к врачу и изменение образа жизни способствуют снижению риска смерти от острых сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИИ [1, 8].

К. Petersen и соавт. [9] установили, что артериальная гипертензия и диетические факторы обуславливают наибольшее число сердечно-сосудистых смертей, 53 и 32% соответственно. Результаты исследования INTERSTROKE позволили сделать вывод, что 90% факторов риска ИИ поддаются модификации на основе реализации стратегии первичной профилактики, роль которой в снижении заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения превышает значимость вторичной профилактики [10].

Е. Emmett и соавт. [11] представили сведения, что у пациентов с ИИ, который развился во время стационарного лечения по поводу различных заболеваний, установлена высокая распространенность сопутствующих заболеваний, повышающих риски острого нарушения мозгового кровообращения, включая фибрилляцию предсердий, атеросклеротический стеноз общей и/или внутренней сонной артерии, ишемическую болезнь сердца и перенесенный в анамнезе острый инфаркт миокарда, сахарный диабет и хроническую сердечную недостаточность.

Применение хирургической технологии лечения по сравнению с консервативной тактикой повышает риски развития госпитальных острых сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИИ. В исследовании С. Hsieh и соавт. показано, что у пациентов хирургических отделений риск развития ИИ в первые 30 сут. после сердечно-сосудистых и абдоминальных операций варьирует от 1,9 до 9,7%, после урологических, гинекологических и травматологических — от 0,1 до 1,9% [12].

Дефекты оказания медицинской помощи при выполнении врачами должностных обязанностей в аспекте выявления и управления модифицируемыми факторами риска считаются прогностически значимыми. Различными авторами проанализированы клинико-организационные причины, повышающие риски сердечно-сосудистых осложнений, включая ИИ. Например, отсутствие мотивации у врачей к выявлению пациентов, подверженных риску сердечно-сосудистых осложнений, и неадекватное оказание медицинских услуг относительно оценки тяжести заболевания и повышения приверженности пациентов соблюдению врачебных рекомендаций по приему назначенных лекарственных средств, недостаточное персонифицированное исследование на этапе стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи этиологических, генетических, социально-экономических и патогенетических факторов риска ИИ, неспособность интенсифицировать лечение сопутствующих заболеваний, повышающих риски ИИ, низкая приверженность полипрагмазии, невыполнение или отсутствие критической оценки клинических рекомендаций [13–16].

Л. Erhardt и соавт. считают факторами риска развития госпитальных и постгоспитальных сердечно-сосудистых осложнений инертность врачей в изменении стандартной медицинской практики и применения персонифицированной стратегии профилактики [17]. Отечественные авторы

А.Ю. Абрамов и соавт. [18, 19] доказали, что отсутствие у врачей компетенций клинических управленцев способствует низкому уровню коммуникации между специалистами и преемственности между клиническими отделениями медицинской организации и уровнями оказания медицинской помощи, увеличению длительности стационарного лечения пациентов по поводу различных заболеваний и нарушению принципа непрерывности управления рисками развития жизненно опасных сердечно-сосудистых заболеваний, включая острый инфаркт миокарда, ишемический инсульт и гангрену нижних конечностей. Вышеперечисленные процессы доказанно являются организационными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений.

Мотивационная регуляция пациентов и вовлечение их в процессы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений основана на квалификационном качестве врачебного интервюирования при субъективном и объективном обследовании в аспектах решения задач выявления и модификации факторов риска [20].

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует обеспечение качества медицинской помощи комплексом мер и условий, включая уровень квалификации медицинских работников (п. 2 ст. 10) [21].

Основы профессиональных компетенций и навыков врача закладываются в процессе обучения в образовательном учреждении высшего медицинского образования, клинической ординатуре и аспирантуре. В процессе практического выполнения должностных обязанностей качество медицинской помощи оценивают в соответствии с критериями, установленными в Приказе Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [22]. Методики оценки профессиональной деятельности врачей, включая персонифицированные и системные, на основе самооценки и экспертного анализа, широко представлены в научных публикациях [23–25]. Компетентностная активность врача является эффективным медико-организационным процессом при управлении стабильным течением хронических сердечно-сосудистых заболеваний и профилактике их осложнений, включая социально значимый ИИ, и совершенствует качество здравоохранения [26].

В литературе отсутствуют результаты исследования компетентностной активности врачей различных специальностей на уровне амбулаторно-поликлинической помощи в аспекте вовлеченности в процесс выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, включая ишемический инсульт, что послужило целью представляемого научного труда.

Материал и методы. Ретроспективное многоцентровое анонимное медико-социальное исследование выполнено в период 2021–2024 гг. на базе ООО «СМ-Клиника» (г. Москва), ООО «ЦСМ

(Центр семейной медицины) Медика» (г. Санкт-Петербург) и Клинической больницы №1 (г. Нальчик, Кабардино-Балкарская Республика) при организационно-методическом сопровождении кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены и кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярных и гибридных методов диагностики и лечения Факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы.

Объекты исследования:

- 1) врачи различных специальностей ($n = 165$), включая 5 хирургических ($n = 79$) — хирурги, за исключением нейрохирургов, оториноларингологов и пластических хирургов ($n = 20$), сердечно-сосудистые хирурги ($n = 21$), травматологи-ортопеды ($n = 12$), акушеры-гинекологи ($n = 15$), урологи ($n = 11$), и 5 терапевтических ($n = 86$) — дерматовенерологи ($n = 7$), терапевты ($n = 25$), неврологи ($n = 27$), кардиологи ($n = 15$) и эндокринологи ($n = 12$);
- 2) пациенты ($n = 2145$), обратившиеся за амбулаторно-поликлинической помощью к врачам различных специальностей. Средний возраст пациентов составил $63 \pm 8,7$ года. Пациенты в возрасте 18–44 лет — 439 чел., в возрасте 45–64 лет — 562, в возрасте 65–75 лет — 1083 и в возрасте старше 75 лет — 61 чел. Женщин — 1332 (62,1%), мужчин — 813 (37,9%).

Выполнена выкопировка данных первичного консультативного приема врача из электронных амбулаторно-поликлинических карт пациентов и проанализированы результаты субъективного и объективного исследования врачами факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, включая, артериальную гипертензию/гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет, фибрилляцию предсердий, хроническую сердечную недостаточность, хроническую ишемию нижних конечностей, атеросклероз брахиоцефальных артерий, избыточную массу тела/ожирение, отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, приверженность выполнению врачебных рекомендаций в аспекте регулярного приема назначенной лекарственной терапии, а также вовлеченность членов семьи в процессы сохранения жизни и здоровья родственника на основе участия в совместных с больным родственником амбулаторно-поликлинических консультациях врача.

Критерием, подтверждающим компетентностную активность врачей при выявлении факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений в процессе субъективного и объективного обследования пациентов, считали выполнение врачом восьми диагностических процессов, представленных ниже. Выполнение каждого из диагностических процессов соответствовало 1 баллу, 0,5 баллам или 0,75 баллам компетентностной активности врачей, в зависимости от прямой или косвенной связи с доказательной

эффективностью клинического управления стабильным течением гипертонической болезни, являющейся наиболее распространенным и прогностически значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, включая ИИ.

Диагностические процессы для оценки компетентностной активности врачей при выявлении факторов риска включают:

1. Измерение артериального давления на одном плече (0,75 балла);
2. Измерение артериального давления на двух плечах (1 балл);
3. Измерение частоты пульса и оценка его ритма (1 балл);
4. Расчёт индекса массы тела пациента на основе антропометрических сведений (0,5 балла);
5. Исследования частоты никтурии (0,5 баллов) и наличия/отсутствия отеков нижних конечностей (1 балл);
6. Исследование семейного (0,25 балла) и персонального анамнеза (0,5 балла) хронических сердечно-сосудистых заболеваний;
7. Анализ приверженности пациентов лекарственной терапии (1 балл);
8. Анализ медико-профилактической функции членами семьи пациента на основе указания в электронной амбулаторной карте пациента информации о проведении интегрированной консультации пациента совместно с членом семьи (0,5 балла).

Длительность врачебного консультативного приема одного пациента составляла 30 мин, длительность рабочего дня врача — 6 ч, количество обратившихся пациентов за врачебной консультацией за рабочую смену — 6–8 чел. Каждым врачом персонально проконсультировано 13 пациентов.

Предмет исследования — уровень компетентностной активности врачей при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, включая ИИ на основе организационно-практической реализации должностных обязанностей в процессе амбулаторного приема пациентов.

Бальную оценку компетентностной активности врачей при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений выполняли субъективно: если врачи оценивали все выбранные для исследования диагностические медико-социальные процессы у всех персонально проконсультированных пациентов ($n = 13$) и набирали 7 баллов, устанавливали высокую степень компетентностной активности; если врачи исследовали только АД на одном плече, частоту и ритм пульса, отеки нижних конечностей, семейный и персональный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний и набирали от 3 до 7 баллов — устанавливали среднюю степень компетентностной активности; в остальных случаях, при наборе врачами менее 3 баллов — низкую.

Данная методика оценки применена в практике впервые, валидности не имеет. Научно-методическое обоснование примененной методики было выполнено эмпирическим путем на основе анализа

Таблица 1

Компетентностная активность врачей различных специальностей в процессе амбулаторно-поликлинического приема пациентов с различными заболеваниями в аспекте выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений

Врачебные специальности (n) / количество пациентов (n)	Врачи в группе каждой специальности, которые выполнили исследуемые медико-социальные процессы во время первичной консультации пациентов (n), %								
	Измерение АД на одном плече	Измерение АД на двух плечах	Оценка частоты и ритма пульса	Оценка отеков нижних конечн.	Оценка частоты никтурии	Анализ ИМТ	Исследование семейного анамнез ССЗ и анамнез сопутствующих хронических ССЗ - ГБ, ФП, АС, ХИНК, ИБС, ХСН и СД	Оценка приверженности лекарственной терапии	Указание об интегрированных консультациях с членами семьи
Хирурги (n=20) / n=260	(n=3), 15%	-	(n=3), 15%	-	-	-	(n=1), 5%	-	-
Сердечно-сосудистые хирурги (n=21) / n=273	(n=18), 85,7%	(n=3), 14,3%	(n=18), 85,7%	(n=7), 33,3%	(n=3), 14,3%	(n=3), 14,3%	(n=19), 90,5%	(n=2), 9,5%	(n=2), 9,5%
Травматологи (n=12) / n=156	(n=2), 16,7%	-	(n=2), 16,7%	-	-	(n=2), 16,7%	-	-	-
Гинекологи (n=15) / n=195	(n=4), 26,7%	-	(n=4), 26,7%	-	-	-	-	-	-
Урологи (n=11) / n=143	(n=3), 27,3%	-	-	-	-	-	-	-	-
Дерматовенерологи / (n=7) / n=91	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%
Терапевты (n=25) / n=325	(n=25), 100%	(n=2), 8%	(n=25), 100%	(n=25), 100%	-	(n=11), 44%	(n=11), 44%	-	-
Неврологи (n=27) / n=351	(n=26), 96,3%	(n=1), 3,7%	(n=26), 96,3%	(n=9), 33,3%	-	(n=9), 33,3%	(n=18), 66,7%	-	-
Кардиологи (n=15) / n=195	(n=15), 100%	(n=13), 86,7%	(n=15), 100%	(n=15), 100%	-	(n=10), 66,7%	(n=15), 100%	-	-
Эндокринологи (n=12) / n=156	(n=10), 83,3%	-	(n=10), 83,3%	(n=10), 83,3%	-	(n=12), 100%	(n=7), 58,3%	-	-

Примечание: АД — артериальное давление, ИМТ — индекс массы тела, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ГБ — гипертоническая болезнь, ФП — фибрилляция предсердий, АС — атеросклероз артерий, ХИНК — хроническая ишемия нижних конечностей, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, СД — сахарный диабет.

Table 1

Competence activity of physicians of various specialties at the primary healthcare level in terms of identifying risk factors for cardiovascular complications from patients with various diseases

Medical specialties (n) / Number of patients (n)	Physicians in each specialty group who performed the medical social processes under research during the initial consultation of patients (n), %								
	Measuring blood pressure on one shoulder	Measuring blood pressure on both shoulders	Assessment of pulse rate and rhythm	Evaluation of lower limb edema	Assessment of nocturia frequency	Analysis of BMI	Research of family history of CVD and history of concomitant chronic CVD - hypertension, atrial fibrillation, atherosclerosis, chronic angina, ischemic heart disease, chronic heart failure and diabetes	Assessment of adherence to drug therapy	Instructions for integrated consultations with family members
General surgeons (n=20) / n=260	(n=3), 15%	-	(n=3), 15%	-	-	-	(n=1), 5%	-	-
Cardiovascular surgeons (n=21) / n=273	(n=18), 85,7%	(n=3), 14,3%	(n=18), 85,7%	(n=7), 33,3%	(n=3), 14,3%	(n=3), 14,3%	(n=19), 90,5%	(n=2), 9,5%	(n=2), 9,5%
Traumatologists (n=12) / n=156	(n=2), 16,7%	-	(n=2), 16,7%	-	-	(n=2), 16,7%	-	-	-
Gynecologists (n=15) / n=195	(n=4), 26,7%	-	(n=4), 26,7%	-	-	-	-	-	-
Urologists (n=11) / n=143	(n=3), 27,3%	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatologists / (n=7) / n=91	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%	(n=1), 14,3%
Therapists (n=25) / n=325	(n=25), 100%	(n=2), 8%	(n=25), 100%	(n=25), 100%	-	(n=11), 44%	(n=11), 44%	-	-
Neurologists (n=27) / n=351	(n=26), 96,3%	(n=1), 3,7%	(n=26), 96,3%	(n=9), 33,3%	-	(n=9), 33,3%	(n=18), 66,7%	-	-
Cardiologists (n=15) / n=195	(n=15), 100%	(n=13), 86,7%	(n=15), 100%	(n=15), 100%	-	(n=10), 66,7%	(n=15), 100%	-	-
Endocrinologists (n=12) / n=156	(n=10), 83,3%	-	(n=10), 83,3%	(n=10), 83,3%	-	(n=12), 100%	(n=7), 58,3%	-	-

Note: CVD — cardiovascular disease, BMI — body mass index.

потребности применения популяционной стратегии выявления рисков сердечно-сосудистых осложнений, включая ИИ, доказанной эффективности компетентностной модели врача сердечно-сосудистого

хирурга на этапе амбулаторно-поликлинической помощи в процессе реализации технологии клинического управления при сердечно-сосудистых заболеваниях и степени прогностической значимости

исследуемых факторов риска в развитии сердечно-сосудистых осложнений [26].

Методы исследования: контент-анализ, статистический, сравнительный, математический, экспертный анализ.

Экспертную группу составили сотрудники кафедр Факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы: кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены и кафедры кардиологии, рентгенэндовазкулярных и гибридных методов диагностики и лечения ($n = 4$).

Результаты. В таблице 1 представлены сведения о компетентностной активности врачей различных специальностей в процессе амбулаторно-поликлинического приема пациентов с различными заболеваниями в аспекте выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений.

Компетентностная активность врачей в процессе выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений на первичной консультации пациентов различалась как между хирургической и терапевтической группой, так и внутри каждой из групп. Артериальное давление на одном плече у пациентов измеряли 64,8% специалистов, включенных в исследование ($n = 107$), из них в группе врачей хирургических специальностей 38% ($n = 30$) и в группе врачей терапевтических специальностей 89,5% ($n = 77$), $p = 0,001$. Наиболее вовлеченными в процесс исследования артериального давления были кардиологи и терапевты — 100% в группе, неврологи — 96,3% в группе, сердечно-сосудистые хирурги — 85,7% и эндокринологи — 83,3% в группе. В остальных группах врачей доля вовлеченных в данный процесс составила от 14,3% (дерматовенерологи) до 27,3% (урологи).

Артериальное давление на двух плечах у пациентов измеряли 12% специалистов, включенных в исследование ($n = 20$), из них врачей хирургических специальностей 3,8% ($n = 3$) и врачей терапевтических специальностей 19,8% ($n = 17$), $p = 0,025$. Среди врачей хирургических специальностей артериальное давление на двух плечах у пациентов на первичном консультативном приеме измеряли только 3 сердечно-сосудистых хирурга (14,3% в одноименной группе), а среди врачей терапевтических специальностей — преимущественно кардиологи, доля которых в данной группе составила 15,1% (86,7% в одноименной группе). Хирурги, гинекологи, урологи, травматологи и эндокринологи, включенные в исследование, артериальное давление на двух плечах у пациентов на первичном консультативном приеме не измеряли. Среди терапевтов и неврологов доля вовлеченных в данный процесс составила 8 и 3,7%, соответственно.

Исследование частоты и ритма пульса у пациентов осуществляли 63% специалистов, включенных в исследование ($n = 104$), из них 34,1% врачей хирургических специальностей, за исключением урологов

($n = 27$), и 89,5% врачей терапевтических специальностей ($n = 77$), $p = 0,001$. Наиболее вовлеченными в исследование частоты и ритма пульса у пациентов были сердечно-сосудистые хирурги — 85,7% в одноименной группе, эндокринологи — 83,3% в одноименной группе, неврологи — 96,3% в одноименной группе, терапевты и кардиологи — по 100% в одноименных группах.

Оценку отеков нижних конечностей у пациентов осуществляли 67 специалистов, включенных в исследование ($n = 40,6\%$), из них 8,9% врачей хирургических специальностей представляли только сердечно-сосудистые хирурги (33,3% в одноименной группе) и 69,8% врачей терапевтических специальностей ($n = 60$), $p = 0,001$. Среди врачей терапевтических специальностей наиболее вовлеченными в процесс оценки отеков нижних конечностей у пациентов были терапевты и кардиологи — 100% в одноименных группах и эндокринологи — 83,3% в одноименной группе. В группе неврологов оценивали отеки нижних конечностей 33,3% врачей ($n = 9$).

Частоту никтурии у пациентов оценивали только 3 сердечно-сосудистых хирурга и 1 дерматовенеролог, составив 2,4% в группе специалистов, включенных в исследование.

Анализ антропометрических данных и расчет индекса массы тела пациентов выполняли 29,1% специалистов, включенных в исследование ($n = 48$), из них 6,3% врачей хирургических специальностей ($n = 5$) и 50% врачей терапевтических специальностей ($n = 43$), $p = 0,003$. Среди врачей хирургических специальностей индекс массы тела рассчитывали 14,3% сердечно-сосудистых хирургов и 16,7% травматологов. Среди терапевтических специальностей наиболее вовлеченными в процесс исследования индекса массы тела пациентов были врачи следующих специальностей, чьи доли в одноименной группе составили — эндокринологи 100%, кардиологи 66,7% и терапевты 44%. Среди неврологов 33,3% специалистов реализовали исследуемый процесс.

Исследование семейного и персонального анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов выполнили 43,6% специалистов, включенных в исследование ($n = 72$), из них 25,3% врачей хирургического профиля ($n = 20$) и 60,5% врачей терапевтического профиля ($n = 52$), $p = 0,025$. В исследуемый процесс были наиболее вовлечены врачи следующих специальностей, чьи доли в одноименных группах составили — сердечно-сосудистые хирурги 90,5%, кардиологи — 100%, неврологи — 66,7% и эндокринологи — 58,3%. Гинекологи, урологи и травматологи не исследовали семейный и персональный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов. Доля вовлеченных хирургов составила 5% в одноименной группе ($n = 1$), доли терапевтов и дерматовенерологов в одноименных группах составили 44 и 14,3% соответственно.

Оценку приверженности пациентов приему назначенной лекарственной терапии и медико-профилактической функции семьи на основе интегрированных консультаций совместно с родственниками

осуществляли только сердечно-сосудистые хирурги ($n = 2$) и дерматовенеролог ($n = 1$). Доля в группе врачей, включенных в исследование, составила 1,8%.

Семь баллов в исследовании набрали три врача-специалиста. Таким образом, высокая степень компетентностной активности врачей при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений на уровне первичного амбулаторно-поликлинического приема пациентов с различными заболеваниями установлена у 2 сердечно-сосудистых хирургов (9,5% в одноименной группе) и 1 врача-дерматовенеролога (14,3% в одноименной группе). Доля врачей с высокой степенью компетентной активности среди исследуемых специалистов составила 1,8%.

От трех до семи баллов в исследовании набрали 68 врачей-специалистов. Таким образом, средняя степень компетентностной активности установлена у 16 сердечно-сосудистых хирургов (76,2% в одноименной группе), 11 терапевтов (44% в одноименной группе), 18 неврологов (66,7% в одноименной группе), 13 кардиологов (86,7% в одноименной группе) и 10 эндокринологов (83,3% в одноименной группе). Доля врачей со средней степенью компетентной активности среди исследуемых специалистов составила 41,2%.

Менее трех баллов в исследовании набрали 94 врачей-специалистов. Таким образом, низкая степень компетентностной активности установлена у всех хирургов, травматологов, гинекологов, урологов, 3 сердечно-сосудистых хирургов (14,3% в одноименной группе), 6 дерматовенерологов (85,7% в одноименной группе), 14 терапевтов (56% в одноименной группе), 9 неврологов (33,3% в одноименной группе), 2 кардиологов (13,3% в одноименной группе) и 2 эндокринологов (16,7% в одноименной группе). Доля врачей с низкой степенью компетентностной активности среди исследуемых специалистов составила 57%.

Низкая компетентностная активность врачей-специалистов при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, установленная в исследовании у большинства врачей на этапе первичной медико-санитарной помощи в исследовании, оценена, как организационный фактор риска ИИ.

Обсуждение. Социально-экономические потребности в качественной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, включая ИИ, обусловлены негативными уровнями и тенденциями заболеваемости, смертности и инвалидизации. Непрерывная мотивационно-функциональная коммуникация в системе «врач–пациент–семья» на основе компетентностной активности врачей в аспекте клинического управления рисками сердечно-сосудистых осложнений и приверженности пациентов и членов их семей процессам сохранения жизни и здоровья доказанно является технологией качественной медицинской помощи и способствует снижению рисков развития неблагоприятных конечных клинических точек сердечно-сосудистых заболеваний — острого инфаркта миокарда, инсульта, гангрены нижних конечностей, смерти [18, 26]. Качество медицинской

помощи в процессе персональной реализации профессиональных навыков и компетенций врачами оценивают на различных этапах медицинской помощи, с применением регламентированных критериев [22], анкетирования и экспертного анализа [23, 24], самооценки [25] и других, однако современные эпидемические тренды ишемического инсульта значительно не изменяются [1].

В настоящем исследовании экспертный анализ компетентностной активности врачей различных специальностей в аспекте выявления факторов риска ИИ выбран как приоритетный. Высокая степень компетентностной активности при исследовании факторов риска установлена у 2,5% хирургов (сердечно-сосудистые хирурги) и 1,1% врачей терапевтических специальностей (дерматовенеролог).

Установлено, что большинство врачей хирургических специальностей (75,9%), за исключением 24,1% сердечно-сосудистых хирургов в структуре специалистов хирургических специальностей, на этапе амбулаторно-поликлинической помощи имели низкую компетентностную активность при выявлении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов. Таким образом, у 780 пациентов, которые обратились за консультацией к 20 хирургам, 3 сердечно-сосудистым хирургам, 15 гинекологам, 11 урологам и 12 травматологам, факторы риска сердечно-сосудистых осложнений не оценены вследствие низкой компетентностной активности врачей. В процессе первичной консультации у пациентов не установлено наличие или отсутствие гипертонической болезни, сахарного диабета, нарушения ритма сердца, хронической сердечной недостаточности, ожирения или избыточной массы тела, не оценены приверженность выполнению врачебных рекомендаций по приему лекарственной терапии и участие родственников в процессах сохранения их жизни и здоровья. Перечисленные факторы риска с доказанной прогностической значимостью обуславливают развитие ИИ и других сердечно-сосудистых заболеваний с прогнозируемым неблагоприятным исходом [1–7]. Безусловно, врачи хирургических специальностей в случае диагностики у пациента заболевания с показаниями к хирургическому лечению рекомендуют регламентированную предоперационную консультацию врача-терапевта, который при необходимости назначит консультацию кардиолога, невролога или эндокринолога. В задачи представленного фрагмента комплексного исследования не входила оценка компетентностной активности врачей-терапевтов в аспекте управления факторами риска у пациентов с показаниями к хирургическому лечению и будет представлена в других научных публикациях.

В исследовании установлена низкая компетентностная активность в аспекте оценки факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ишемического инсульта) у 38,4% врачей терапевтических специальностей. Таким образом, у 624 пациентов, которые обратились за консультацией к 6 дерматовенерологам, 14 терапевтам, 9 неврологам, 2 кардиологам

и 2 эндокринологом, на первичном амбулаторно-поликлиническом приеме врача не оценены риски сердечно-сосудистых осложнений.

В группе врачей-дерматовенерологов один из специалистов при первичной консультации пациентов выполнил все включенные в исследование процессы выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Эмпирическим путем доказано, что активизация профессиональных компетенций у врача-дерматовенеролога была достигнута после прохождения курса повышения квалификации «Клиническое управление» на кафедре организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены Факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы. Таким образом, непрерывное последипломное медицинское образование по основам клинического управления при сердечно-сосудистых заболеваниях может способствовать развитию компетентностной активности у врачей в аспекте реализации профессиональных навыков управления рисками сердечно-сосудистых осложнений, приобретенных во время получения высшего образования в медицинских университетах и академиях на цикле преподавания внутренних болезней и в процессе последиplomного обучения в ординатуре и аспирантуре.

Установленная средняя степень компетентностной активности у специалистов в реализации процесса выявления факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ИИ) у 20,3% врачей хирургических специальностей — 76,2% сердечно-сосудистых хирургов и у 60,5% врачей терапевтических специальностей — 44% терапевтов, 66,7% неврологов, 86,7% кардиологов и 83,3% эндокринологов, позволяет прогнозировать потенциальное развитие профессиональных компетенций среди врачей.

Таким образом, высокий уровень компетентностной активности установлен у 1,8% врачей — у 2,5% хирургических и 1,1% терапевтических специальностей ($p = 0,09$), средний уровень у 41,2% врачей — 20,3% хирургических и 48,8% терапевтических специальностей ($p = 0,025$), низкий уровень у 57% врачей — 77,2% хирургических и 38,4% терапевтических специальностей ($p = 0,02$).

Заключение. В представленном фрагменте комплексного исследования выполнена экспертная оценка компетентностной активности и вовлеченности в процессы профилактики ишемического инсульта врачей ($n = 165$) хирургических и терапевтических специальностей у пациентов с различными заболеваниями ($n = 2145$). Установлено, что на первичном консультативном приеме степень компетентностной активности врачей хирургических и терапевтических специальностей при выявлении факторов риска ИИ, различалась: давление на одном плече измеряли 64,8% врачей — 38% хирургических и 89,5% терапевтических специальностей ($p = 0,001$), артериальное давление на плечах измеряли 12% врачей — 3,8% хирургических и 19,8% терапевтических специальностей ($p = 0,025$), частоту и ритм пульса оценивали

63% врачей — 34,1% хирургических и 89,5% терапевтических специальностей ($p = 0,001$), отеки нижних конечностей исследовали 40,6% врачей — 8,9% хирургических и 69,8% терапевтических специальностей ($p = 0,001$), индекс массы тела рассчитывали 29,1% врачей — 63% хирургических и 50% терапевтических специальностей ($p = 0,003$), семейный и персональный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний устанавливали 43,6% врачей — 25,3% хирургических и 60,5% терапевтических специальностей ($p = 0,025$), частоту никтурии анализировали 2,4% врачей — 3,7% хирургических и 1,2% терапевтических специальностей, анализ приверженности лекарственной терапии и медико-профилактическую функцию семьи оценивали 1,8% врачей — 2,5% хирургических и 1,2% терапевтических специальностей.

Установленная преимущественно средняя и низкая степень компетентностной активности врачей (98,2%) по выявлению, и соответственно, клиническому управлению рисками ИИ и сердечно-сосудистых осложнений, может обуславливать сохраняющиеся негативные эпидемиологические тренды сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда, гангрены нижних конечностей) и определена в исследовании организационным фактором риска ИИ. Непрерывное медицинское образование по программе повышения квалификации «Клиническое управление» и наставничество может способствовать развитию индуцированной мотивации врачей к квалификационному профессиональному совершенствованию.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. British Heart Foundation. Global heart & circulatory diseases factsheet September 2024. <https://www.bhf.org.uk/-/media/files/for-professionals/research/heart-statistics/bhf-cvd-statistics-global-factsheet.pdf>
2. Grau A., Eicke M., Burmeister C., Hardt R., Schmitt E., Dienlin S. Risk of ischemic stroke and transient ischemic attack is increased up to 90 days after non-carotid and non-cardiac surgery. *Cerebrovasc Dis.* 2017;43:242–249. <https://doi.org/10.1159/000460827>
3. Mashour G., Shanks A., Kheterpal S. Perioperative stroke and associated mortality after noncardiac, nonneurologic surgery. *Anesthesiology.* 2011;114:1289–1296. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318216e7f4>
4. Vlisides P., Mashour G. Perioperative stroke. *Can J Anaesth.* 2016;63:193–204. <https://doi.org/10.1007/s12630-015-0494-9>
5. Cumber E. In-Hospital Ischemic Stroke. *The Neurohospitalist.* 2015;5(3):173–181. <https://doi.org/10.1177/1941874415588319>
6. Liu Z., Han G., Wu J., Yang X., Zhao X-Q., Wang Y-L., Liu L-P., Jiang Y., Li H., Wang Y-J., Li Z-H., Less S. Comparing characteristics and outcomes of in-hospital stroke and community-onset stroke. *J Neurol.* 2022;269:5617–5627. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2666-6065%2823%2900208-0>
7. McGill H., McMahan C., Gidding S. Preventing heart disease in the 21st century: implications of the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) study. *Circulation.* 2008;117(9):1216–1227. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.717033>

8. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Куценко В.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Максимов С.А., Карамнова Н.С., Яровая Е.Б., Кулакова Н.В., Калачикова О.Н., Черных Т.М., Белова О.А., Артамонова Г.В., Индукаева Е.В., Гринштейн Ю.И., Либис Р.А., Дупляков Д.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н., Ефанов А.Ю., Конради А.О., Бойцов С.А., Драпкина О.М. Вклад артериальной гипертонии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):164–174. [Balanova Yu.A., Shalnova S.A., Kutsenko V.A., Imaeva A.E., Kapustina A.V., Muromtseva G.A., Evstifeeva S.E., Maksimov S.A., Karamnova N.S., Yarovaya E.B., Kulakova N.V., Kalachikova O.N., Chernykh T.M., Belova O.A., Artamonova G.V., Indukaeva E.V., Grinshtein Yu.I., Libis R.A., Duplyakov D.V., Rotar O.P., Trubacheva I.A., Serebryakova V.N., Efanov A.Z.Yu., Konradi A.O., Boytsov S.A., Drapkina O.M. The contribution of arterial hypertension and other risk factors to survival and mortality in the Russian population. *Cardiovascular therapy and prevention (Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika)*. 2021;20(5):164–174. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3003>
9. Petersen K., Kris-Etherton P. Diet quality assessment and the relationship between diet quality and cardiovascular disease risk. *Nutrients*. 2021;13(12):4305. <https://doi.org/10.3390/nu13124305>
10. O'Donnell M., Chin S., Rangarajan S., Xavier D., Liu L., Zhang H. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control stud. *Lancet*. 2016;388(10046):761–777. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30506-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30506-2/abstract)
11. Emmett E., Douiri A., Marshall I., Wolfe Ch., Rudd A., Bhalla A. A comparison of trends in stroke care and outcomes between in-hospital and community-onset stroke — the South London Stroke Register. *PLoS One*. 2019;14:e0212396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212396>
12. Hsieh C., Huang C., Wu D., Sung S. Risk of ischemic stroke after discharge from inpatient surgery: Does the type of surgery matter? *PLoS One*. 2018;13(11):e0206990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206990>
13. De Muylder R., Lorant V., Paulus D., Nackers F., Jeanjean M., Boland B. Obstacles to cardiovascular prevention in general practice. *Acta Cardiol*. 2004;59:119–125. <https://doi.org/10.2143/AC.59.2.2005165>
14. Egede L. Implementing behavioral counseling interventions in primary care to modify cardiovascular risk in adults with diabetes. *Cardiovasc Rev Rep*. 2003;24:306–312.
15. Simpson E., Beck C., Richard H., Eisenberg M., Pilote L. Drug prescriptions after acute myocardial infarction: dosage, compliance, and persistence. *Am Heart J*. 2003;145:438–444. <https://doi.org/10.1067/mhj.2003.143>
16. Borden W., Redberg R., Mushlin A., Dai D., Kaltenbach L., Spertus J. Patterns and intensity of medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *JAMA*;2011;305(18):1882–1889.
17. Erhardt L., Moller R., Puig J. Comprehensive cardiovascular risk management-what does it mean in practice? *Vasc Health Risk Manag*. 2007;3(5):587–603. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2291303>
18. Абрамов А.Ю., Рукодайнй О.В., Кича Д.И., Колединский А.Г., Голощапов-Аксенов Р.С., Зуенкова Ю.А., Мороба Д.Ф. Клиническое управление: методические рекомендации. Москва: РУДН, 2022. 49 с. [Abramov A.Yu., Rukodayny O.V., Kicha D.I., Koledinsky A.G., Goloshchapov-Aksenov R.S., Zuyenkova Yu.A., Moroga D.F. Clinical management: methodical recommendations. Moscow: RUDN, 2022. 49 p. (In Russ.)] eLIBRARY ID: 50304949
19. Голощапов-Аксенов Р.С., Рукодайнй О.В., Багин С.А. Клиническое управление при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях с показаниями к хирургическому лечению. *Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал имени академика А.В. Покровского*. 2024;30(2):134–137. [Goloshchapov-Aksenov R.S., Rukodaynyu O.V., Bagin S.A. Clinical management of chronic cardiovascular diseases with indications for surgical treatment. *Angiology and vascular surgery. Journal named after academician A.V. Pokrovsky (Angiologiya I sosudistaya khirurgiya)*. 2024;30(2):134–137. (In Russ.)]. eLIBRARY ID: 67906410.
20. Gianos E., Schoenthaler A., Guo Y., Zhong J., Weintraub H., Schwartzbard A., Underberg J., Schloss M., Newman J., Hefron S., Fisher E., Berger J. Investigation of Motivational Interviewing and Prevention Consults to Achieve Cardiovascular Targets (IMPACT) trail. *Am Heart J*. 2018;199:37–43. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.12.019>
21. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FL “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation”].
22. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Order of the Ministry of Health of Russia of 10.05.2017 No. 203n “On Approval of Criteria for Assessing the Quality of Medical Care”].
23. Палевская С.А., Веретенникова Н.А., Блашентцев М.К. Современные подходы к формированию критериев оценки профессиональной деятельности врача. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2019;2:62–69. [Palevskaya S.A., Veretennikova N.A., Blashentsev M.K. Modern approaches to the formation of criteria for assessing the professional activity of a physician. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko (Bulletin nationalnogo nauchnogo instituta obshchestvennogo zdorovia imeni N.A. Semashko)*. 2019;2:62–69. (In Russ.)] <http://doi.org/10.25742/NRIPH.2019.02.009>.
24. Overeem K., Wollersheim H., Arach O., Cruisberg J., Grol R., Lombarts K. Evaluation of physicians’ professional performance: An iterative development and validation study of multisource feedback instruments. *BMC Health services Research*. 2012;12:80. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-80>
25. Davis D., Mazmanian P., Fordis M., Van Harrison R., Thorpe K., Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence — A systematic review. *JAMA*. 2006;296:1094–1102. <http://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094>
26. Голощапов-Аксенов Р.С., Рукодайнй О.В., Колединский А.Г., Шабуров Р.И., Волков П.С., Тхакур А.С. Модель врача-специалиста на этапе первичной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2022;11(4S):125–133. [Goloshchapov-Aksenov R.S., Rukodaynyu O.V., Koledinsky A.G., Shaburov R.I., Volkov P.S., Thakur A.S. The model of a primary medical care specialist for cardiovascular diseases. *Complex Issues of Cardiovascular Diseases (Kompleksnieproblemserdechno-sosudistichzabolevanii)*. 2022;11(4S):125–133. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2022-11-4S-125-133>