

ОЦЕНКА ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ПИЛОТНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Ратова Л. Г.¹, Парижская Е. Н.^{1,3}, Ковалева К. А.², Звартау Н. Э.^{1,3}, Ионов М. В.¹, Семенов А. П.¹, Федоренко А. А.¹, Недошивин А. О.¹, Немытых О. Д.², Конради А. О.

Цель. Оценить возможность электронного сбора данных о пациентах со стабильной стенокардией после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) (ангиопластики со стентированием коронарных артерий) в ФГБУ "НМИЦ им. В. А. Алмазова" МЗ РФ. Провести изучение качества жизни и удовлетворенности пациентов результатами ЧКВ в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Разработан опросник, включающий валидизированные русскоязычные версии анкет Seattle Angina Questionnaire (SAQ) и EQ-5D-5L. Опросники заполняются пациентами при поступлении на плановое ЧКВ, перед выпиской из стационара, через 1 неделю, 1, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара. После выписки опросники высылаются пациентам по электронной почте или осуществляется сбор информации по телефону. Исследование выполняется за счет гранта Российского научного фонда (проект № 17-15-01177).

Результаты. С 01.01 по 30.04.2017г. выполнено ЧКВ у 558 пациентов (70,7% мужчины) в возрасте 64,9±9,6 лет. Подписали Информированное согласие на участие в исследовании 59% пациентов, из них менее 1% используют электронную почту. По данным EQ-5D-5L баллы составили: исходно 64,4±19,6, перед выпиской 67,0±19,4, через 1 неделю 67,7±17,6 и через 1 месяц 63,3±19,2. По данным SAQ через 1 месяц пациенты отметили повышение физической активности, стабильности стенокардии, качества жизни и уменьшение тяжести стенокардии. Через 1 неделю и 1 месяц не удовлетворены результатами операции были 19% и 13% пациентов, 68% и 69% отмечали высокую удовлетворенность результатами ЧКВ. Результаты ЧКВ соответствовали ожиданиям у 78% и 79% пациентов, соответственно.

Заключение. При сборе информации от пациентов частота ответа на сообщения по электронной почте крайне низка, что требует длительного сбора информации по телефону. Необходима разработка методов электронного сбора информации (сообщения, мобильные приложения) для упрощения сбора данных и организации обратной связи между пациентами и врачами. Результаты обработки анкет показали несоответствие данных разных опросников друг другу, что требует разработки единого специфического опросника с его последующей валидизацией.

Ключевые слова: ценностная медицина, value-based medicine, оцениваемые пациентами исходы, patient-reported outcomes, плановое чрескожное коронарное вмешательство

¹ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург; ²ФГБОУ ВО Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия Минздрава России, Санкт-Петербург; ³ФГАОУ ВО Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия.

Ратова Л. Г.* — к.м.н., с.н.с. научно-исследовательской лаборатории организации медицинской помощи, Парижская Е. Н. — с.н.с. научно-исследовательской лаборатории организации медицинской помощи, Ковалева К. А. — аспирант кафедры управления и экономики фармации, Звартау Н. Э. — к.м.н., с.н.с. научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, Ионов М. В. — м.н.с. научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии, Семенов А. П. — зав. кардиологическим отделением № 7, Федоренко А. А. — м.н.с. научно-исследовательской лаборатории фармэкономии и экономики здравоохранения, Недошивин А. О. — д.м.н., профессор, ученый секретарь, Немытых О. Д. — д.ф.н., профессор кафедры управления и экономики фармации, Конради А. О. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заместитель генерального директора по научной работе, руководитель научно-исследовательского отдела артериальной гипертензии.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
Lratova@mail.ru

EBM — evidence-based medicine, VBM — value-based medicine, PRO — patient reported outcomes, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ИБС — ишемическая болезнь сердца, SAQ — Seattle Angina Questionnaire, Euroqol — EQ-5D-5L.

Рукопись получена 21.09.2017
Рецензия получена 22.09.2017
Принята к публикации 25.09.2017

Российский кардиологический журнал 2017, 12 (152): 8–13
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-12-8-13>

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF STABLE ANGINA MANAGEMENT AFTER SELECTIVE PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION (PILOT RESULTS)

Ratova L. G.¹, Parizhskaya E. N.^{1,3}, Kovaleva K. A.², Zvartau N. E.^{1,3}, Ionov M. V.¹, Semenov A. P.¹, Fedorenko A. A.¹, Nedoshivin A. O.¹, Nemyatykh O. D.², Konradi A. O.

Aim. To evaluate the possibility for electronic data collection about the patients with stable angina after selective percutaneous coronary intervention (PCI) (angioplastics with coronary arteries stenting) in FSBI Almazov Center. To perform the study of life quality and patients satisfaction by PCI results in real clinical setting.

Material and methods. The questionnaire developed, that includes valid Russian language versions of Seattle Angina Questionnaire (SAQ) and EQ-5D-5L. The questionnaires are filled by patients at admission for selective PCI, at discharge, in 1 week, 1, 6 and 12 months post discharge. After the discharge from hospital the questionnaires are mailed via e-mail or the data is collected by phone calls. Study is funded by Russian Science Foundation (project ID 17-15-01177).

Results. From 01.01 to 30.04.2017 the PCI was done in 558 patients (70,7% males) at the age 64,9±9,6 y.o. Informed consent was signed by 59%, of those less than 1% use e-mail. By EQ-5D-5L the points were: baseline 64,4±19,6, at discharge

67,0±19,4, in 1 week 67,7±17,6 and 1 month 63,3±19,2. By SAQ, in 1 month the patients noted increased physical activity, stability of angina, better life quality and decrease of angina severity. In 1 week and 1 month the unsatisfied by their treatment were 19% and 13% of patients, 68% and 69% noted high satisfaction by PCI results. The results of PCI matched the expectations in 78% and 79% patients, respectively.

Conclusion. At the information gathering, the response by e-mail is very low, that makes it necessary to collect data by phone. It is demanded to develop the methods for electronic data gathering (messages, mobile apps) for easier data collection and for feedback. The results of questionnaires processing showed non-matched data for different questionnaires to each other, that makes it to develop unified specific questionnaire with its further validation.

Russ J Cardiol 2017, 12 (152): 8–13
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-12-8-13>

Key words: value-based medicine, outcomes, patient-reported outcomes, selective percutaneous coronary intervention.

¹Federal Almazov North-West Medical Research Centre of the Ministry of Health, Saint-Petersburg; ²Saint-Petersburg State Chemical and Pharmaceutical Academy

of the Ministry of Health; ³Saint-Petersburg National Research University of Information Technologies, Mechanics and Optics (ITMO), Saint-Petersburg, Russia.

Система здравоохранения является сложным сочетанием множества участников — федеральных и местных органов власти, фонда обязательного медицинского страхования, которые разделяют обязанности по финансированию и предоставлению медицинских услуг населению. Принятие решения о включении медикаментов в список Жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и их последующей закупке или об одобрении финансирования тех или иных методов лечения основано на данных доказательной медицины (evidence-based medicine — ЕВМ). Однако в настоящее время рост среднего возраста населения и увеличение числа лиц пожилого возраста в популяции приводит к большей потребности в медицинских услугах из-за повышения частоты встречаемости хронических заболеваний у стареющего населения, что создает условия значимой ограниченности ресурсов. Для преодоления бремени роста расходов и повышения качества лечения необходима реформа здравоохранения. Во многих странах подобная реформа здравоохранения идет по пути замены ЕВМ на VBM (value-based medicine или ценностной медицины). Ценностное здравоохранение (VBM) сочетает в себе использование надежных клинических данных, полученных с помощью ЕВМ, с анализом затрат и результатов лечения в реальной клинической практике с ориентацией на оценку результатов лечения пациентами. Этот подход позволяет оценить затраты с учетом качества лечения и результатов лечения в реальной клинической практике, а не объем посещений пациентов врача, выполненных процедур и операций. Этот подход направлен на поощрение использования медицинских услуг, приносящих пациенту максимальную пользу и более эффективное управление роста расходов на здравоохранение [1, 2]. Таким образом, VBM является ценностным дополнением ЕВМ и они не противопоставляются друг другу.

“Ценность” в VBM — это более широкое понятие, чем цена или стоимость, и она подразумевает определенный философский, этический оттенок, прежде всего в виде значимости и важности для самого пациента. В этом смысле ценностная медицина и медицина, ориентированная на исход заболевания, имеют одинаковую цель — удовлетворение потребностей пациента, достижение положительного для него исхода заболевания. Что может быть ценным для пациента и как ценности влияют на принятие решений в медицине? Ценности для пациентов в меди-

цине это “уникальные предпочтения, проблемы и ожидания, которые каждый пациент приносит на встречу с врачом и которые должны быть интегрированы в клинические решения” [3]. Решения в медицине все чаще принимаются на фоне сложных и часто противоречивых с точки зрения врача и пациента ценностей, которые могут находиться как в согласии, так и в противоречии с данными доказательной медицины. При этом результаты лечения пациентов не всегда находятся в прямой зависимости от применения тех или иных сложных и дорогостоящих медицинских технологий. Поэтому оценка исходов лечения пациентами становится всё более важной, как при принятии решений о внедрении новых видов лечения в реальную клиническую практику, так и выборе наиболее эффективных и наименее затратных методов лечения среди уже используемых. Принципы VBM ориентированы на исход заболевания, оцениваемый самим пациентом, и предполагают использование экономических мер, мотивирующих медицинские организации к достижению необходимых пациенту результатов лечения, в том числе “функциональное улучшение и способность жить нормальной и продуктивной жизнью” [4]. В этом случае оплата за оказанную медицинскую помощь производится в зависимости от достигнутого результата лечения, а не за количество посещений пациентом клиники, числа выполненных диагностических, лечебных процедур, операций, как это происходит в настоящее время. Существующая сейчас система здравоохранения предполагает оплату каждому медицинскому учреждению числа посещений, анализов, процедур, операций, что гарантированно стимулирует как медицинские организации, так и врачей к увеличению числа оказанных медицинских услуг, к оказанию более дорогих и не всегда действительно необходимых пациенту услуг, которые могут не привести к необходимому пациенту положительному результату. По мнению английских разработчиков системы VBM [5, 6], оплату необходимо производить по результатам достижения положительного исхода заболевания с точки зрения пациента, а контракт на оплату должен заключаться не с одной медицинской организацией, а с группой организаций, обеспечивающих этот исход определенному сегменту населения. Это должно уменьшить ежегодно нарастающие затраты государства на здравоохранение, поскольку у медицинских организаций больше не будет экономического стимула к увеличению

числа услуг и их удорожанию, а положительный исход заболевания им будет выгодно достигать с минимальными затратами на лечение. Такой подход может уменьшить затраты на здравоохранение на 10% и более за счет устранения использования ненужных лечебно-диагностических процедур, повышения эффективности лечения, вытеснения малоэффективных и дорогостоящих технологий, а также широкого применения первичной и вторичной профилактики [7]. Во многих странах уже произошёл существенный сдвиг в сторону акцента на вовлечение пациента в принятие решения о лечении и оценке применяемых методов лечения. В 2006г FDA впервые представила руководство по оценке результатов лечения пациентами (Patient reported outcomes — PRO) [8, 9].

Ценностно-ориентированный подход к лечению пациента активно внедряется в лидирующих мировых державах и позиционируется как основа для распределения бюджета здравоохранения. Однако это только начало пути и требуются научные исследования по поиску оптимальных и успешных моделей внедрения и наиболее правильных показателей и метрик. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является наиболее часто используемым методом реваскуляризации у пациентов со стабильной стенокардией. Несмотря на высокую частоту выполнения ЧКВ, улучшение симптомов и повышение качества жизни, а это основные преимущества выполнения ЧКВ у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) на оптимальной медикаментозной терапии, редко оцениваются воспроизводимым образом в повседневной клинической практике. Оценка результатов лечения, полученная от пациентов после ЧКВ, имеет решающее значение для выявления предикторов положительного ответа на выполнение ЧКВ у пациентов со стабильной стенокардией, и поможет повысить эффективность лечения этой группы пациентов.

Проведение обсервационного исследования по ценностно-ориентированному подходу к оценке исходов лечения ИБС после планового ЧКВ пациентами со стабильной стенокардией было одобрено этическим комитетом ФГБУ “НМИЦ им. В. А. Алмазова” Минздрава РФ.

Цель исследования: оценить возможность электронного сбора данных о пациентах со стабильной стенокардией после планового ЧКВ (ангиопластики со стентированием коронарных артерий) в ФГБУ “НМИЦ им. В. А. Алмазова” МЗ РФ. Провести изучение качества жизни и удовлетворенности пациентов результатами ЧКВ в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы

Обсервационное исследование по оценке исходов лечения пациентами со стабильной стенокардией

после планового ЧКВ является проспективной наблюдательной программой, выполняемой в ФГБУ “НМИЦ им. В. А. Алмазова” Минздрава РФ. Программа наблюдения начиналась с момента поступления пациентов в стационар ФГБУ “НМИЦ им. В. А. Алмазова” Минздрава РФ для выполнения планового ЧКВ — ангиопластики со стентированием коронарных артерий по направлению лечащего врача пациента. Всем поступившим пациентам предлагалось ознакомиться с Информацией для пациента и подписать Информированное согласие в двух экземплярах, одна копия которого передавалась пациенту. После получения Информированного согласия пациент заполнял опросный лист без участия врача и третьих лиц. У пациента собирались персональные и медицинские данные: дата рождения, пол, рост, вес, данные истории болезни и получаемое медикаментозное лечение; результаты диагностических тестов (анализы крови, результаты назначенных врачом методов обследования) до поступления в стационар и во время пребывания в стационаре. Проведение дополнительных методов обследования или использования медикаментозных и немедикаментозных методов лечения не предусматривалось. После выполнения ангиопластики со стентированием коронарных артерий пациенты выписывались из стационара в сроки и с рекомендациями, определяемыми лечащим врачом. Перед выпиской из стационара пациенты заполняли вторую анкету. После выписки анкеты высылаются пациентам по электронной почте (если пациент ее указал) или осуществляется сбор информации по телефону. При контакте с пациентами после выписки из стационара не предлагается выполнение дополнительных методов обследования и/или коррекция проводимой медикаментозной терапии. Анкеты заполняются пациентами при поступлении на плановое ЧКВ, перед выпиской из стационара, через 1 неделю, 1, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара. В анкету входят вопросы, касающиеся оценки состояния своего здоровья пациентами, удовлетворенности результатами выполненного планового ЧКВ, валидизированные русскоязычные версии анкет Seattle Angina Questionnaire (SAQ) и Euroqol (EQ-5D-5L). Для общей самооценки состояния здоровья пациенты отвечали на два вопроса — “Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья в целом?” и “Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья по сравнению с другими людьми Вашего возраста?” Предлагаемые варианты ответа на первый вопрос: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое; на второй вопрос: лучше, такое же, хуже. Помимо этого, при каждом контакте с пациентами собирается информация о получаемом медикаментозном лечении, дозах и кратности приема препаратов.

Таблица 1

Состояние здоровья по самооценке пациентов

	Исходно	Перед выпиской	1 неделя	1 месяц
Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья в целом?				
Отличное, %	-	3	5	7
Очень хорошее, %	2	8	8	4
Хорошее, %	19	35	49	31
Удовлетворительное, %	66	49	35	50
Плохое, %	13	5	3	8
Как Вы оцениваете в настоящее время состояние Вашего здоровья по сравнению с другими людьми Вашего возраста?				
Лучше, %	22	28	43	25
Такое же, %	52	48	39	40
Хуже, %	26	23	18	35

Таблица 2

Динамика показателей шкал опросника EQ-5D-5L при тестировании исходно, перед выпиской и через 1 месяц после выписки из стационара после ЧКВ

Шкалы опросника EQ-5D-5L	Степень выраженности нарушений								
	Исходно			Перед выпиской			Через 1 месяц после ЧКВ		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Подвижность, %	20,5	67,0	12,5	31,0	60,5	8,5	40,6*	49,0	10,4
Уход за собой, %	59,8	39,3	0,9	60,6	38,0	1,4	74,0*	21,9	4,1
Привычная повседневная деятельность, %	27,7	63,4	8,9	28,6	64,3	7,1	66,7*	31,2	2,1
Боль/Дискомфорт, %	30,3	60,5	9,2	36,4	62,1	1,5	67,7*	31,3	1,0
Тревога/Депрессия, %	40,9	53,6	5,5	50,0	47,0	3,0	64,6*	32,3	3,1

Примечания: 1 — нет нарушений, 2 — умеренные нарушения, 3 — выраженные нарушения; * — $p < 0,05$ при сравнении исходных ответов и ответов через 1 месяц после выписки из стационара после ЧКВ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0 (Statsoft Russia) и Microsoft Excel 2013. В связи с обсервационным (наблюдательным) характером исследования расчет предполагаемого размера выборки не проводился. Все зарегистрированные пациенты включены в статистический анализ. Однофакторный анализ использовался для непрерывных и качественных переменных. На основании полученных данных по исходным клиническим характеристикам включенных в исследование пациентов рассчитывались описательные статистические показатели: для непрерывных величин рассчитывали среднее и стандартное отклонение. Для категориальных величин рассчитывали частоту встречаемости признака. В сравнительном анализе для проверки гипотезы о различии двух зависимых выборок использован критерий Вилкоксона, для независимых выборок — критерий Манна-Уитни. Качественные переменные анализировались с помощью критерия χ^2 . Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

С 01.01.2017 по 30.04.2017 выполнено ЧКВ у 558 пациентов, из них 70,7% мужчины. Подписали Информ-

мированное согласие на участие в исследовании 329 (59%) пациентов, из них менее 1% используют электронную почту. Средний возраст составил $64,9 \pm 9,6$ лет. Женщины были достоверно старше мужчин $68,7 \pm 8,8$ лет против $63,4 \pm 9,4$ года ($p < 0,05$). Общая самооценка состояния здоровья и оценка состояния здоровья по сравнению с другими людьми такого же возраста представлена в таблице 1. Достоверно лучше состояние здоровья по оценке пациентов ($p < 0,05$) было через 1 неделю после выписки из стационара по сравнению с оценкой перед выпиской, в остальное время самооценка состояния здоровья достоверно не отличалась.

По данным опросника EQ-5D-5L баллы оценки состояния здоровья составили: исходно $64,4 \pm 19,6$, перед выпиской $67,0 \pm 19,4$, через 1 неделю $67,7 \pm 17,6$ и через 1 месяц $63,3 \pm 19,2$ (различия недостоверны). Результаты обработки ответов пациентов по шкалам представлены в таблице 2.

По данным опросника SAQ через 1 месяц пациенты отметили повышение физической активности, стабильности стенокардии, качества жизни и уменьшение тяжести стенокардии, однако удовлетворенность лечением снизилась (табл. 3).

Через 1 неделю и 1 месяц не удовлетворены результатами операции были 19% и 13% пациентов, 68%

Таблица 3

Динамика показателей шкал опросника SAQ при тестировании исходно, перед выпиской и через 1 месяц после выписки из стационара после ЧКВ

Шкалы опросника SAQ	Исходно	Перед выпиской	Через 1 месяц после ЧКВ
Физическая активность, баллы	55,3±20,3	58,8±20,1	73,4±15,4*
Стабильность стенокардии, баллы	65,1±29,0	76,2±25,1	85,8±24,1*
Тяжесть стенокардии, баллы	61,3±32,4	65,2±30,6	88,0±19,7*
Удовлетворенность лечением, баллы	73,9±21,5	75,4±20,6	68,6±17,2*
Качество жизни, баллы	48,8±21,4	51,6±20,7	58,3±15,6*

Примечания: 1 — нет нарушений, 2 — умеренные нарушения, 3 — выраженные нарушения; * — $p < 0,05$ при сравнении исходных ответов и ответов через 1 месяц после выписки из стационара после ЧКВ.

и 69% отмечали высокую удовлетворенность результатами ЧКВ. Достоверной разницы по удовлетворенности лечением перед выпиской и через 1 месяц после выписки из стационара не отмечено. Результаты ЧКВ соответствовали ожиданиям у 78% и 79% пациентов, соответственно (различия также были недостоверны).

Обсуждение

Отклик пациентов (согласие на участие в наблюдательном исследовании) 59% соответствует литературным данным [10]. При этом крайне малое число пациентов (менее 1%) используют электронную почту, что значительно затрудняет сбор информации, т.к. требуется длительный опрос каждого пациента по телефону. Пилотные результаты исследования по оценке исходов лечения пациентами со стабильной стенокардией после планового ЧКВ показали, что улучшение состояния здоровья с объективной точки зрения в виде повышения физической активности, стабильности стенокардии, качества жизни и уменьшения тяжести стенокардии не всегда коррелируют с общей удовлетворенностью лечением. На общую удовлетворенность лечением может влиять множество факторов, в том числе наличие сопутствующих заболеваний, психологический тип личности, возраст пациентов, наличие или отсутствие реабилитационных программ, возможности лекарственного обеспечения после оперативного вмешательства, ожидания пациентов от операции и т.д. [11, 12]. С учетом современных тенденций к переходу на VBS, где ключевым показателем является эффективность лечения в сочетании с положительным исходом лечения заболевания с точки зрения пациента, необходима разработка инструментов для стандартизированной оценки результатов лечения с точки зрения пациента хотя бы по наиболее распространенным заболеваниям. Разработка и внедрение PRO это стандартизированный отчет пациента о своем состоянии здоровья и результатах лечения без интерпретации реакции пациента врачом или кем-либо еще, который будет характеризовать относительные или абсолютные изменения любого аспекта в состоянии здоровья пациента, положительные и отрицательные последствия лечения

на состояние здоровья, функционирования, качества жизни с точки зрения пациента. Разработка инструментов PRO и их внедрение открывает новые возможности для сравнения эффективности разных методов лечения, позволяет сравнить эффективность лечения в разных клиниках и выявить оптимальные способы лечения пациентов в долгосрочной перспективе, позволяет быстро улучшить удовлетворенность пациентов результатами лечения, показывает потенциал использования ценностной медицины. В итоге достигается высокая удовлетворенность пациента лечением в сочетании с улучшением состояния здоровья и снижением затрат на лечение, то есть в центре внимания PRO — улучшение качества жизни пациента по самой низкой цене. Конечный результат внедрения принципов ценностной медицины — мир, в котором пациенты спрашивают своих врачей о значимых результатах лечения для осознанного выбора метода лечения, а врачи отвечают понятными для пациентов ответами. Совместное принятие решений позволяет расширить права и возможности пациентов, повысить доверие пациентов к врачам, назначить оптимальное лечение в зависимости потребностей пациента, улучшить контроль за заболеванием и избежать лишних расходов на лечение как пациентам, так и системе здравоохранения.

Заключение

При сборе информации от пациентов частота ответа на сообщения по электронной почте крайне низка, что требует длительного сбора информации по телефону. Необходима разработка методов электронного сбора информации (сообщения, мобильные приложения) для упрощения сбора данных и организации обратной связи между пациентами и врачами. Результаты обработки анкет показали несоответствие данных разных опросников друг другу, что требует разработки единого специфического опросника с его последующей валидизацией.

Благодарности. Исследование выполняется за счет гранта Российского научного фонда (проект № 17-15-01177).

Литература

1. Lawrence L. Defining "Value" in Value-Based Medicine: A Work in Progress. <http://www.ashclinicalnews.org/defining-value-in-value-based-medicine-a-work-in-progress-3/>.
2. Schramme T, Thome J. Philosophy and Psychiatry. Berlin/Boston: De Gruyter, 2012: 50-80.
3. Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd Edition) Edinburgh and London: Churchill Livingstone; 2000.
4. I International Consortium for Health Outcomes Measurement <http://www.ichom.org/why-we-do-it/>.
5. Outcomes based approaches to healthcare. http://outcomesbasedhealthcare.com/OBH_Outcomes_Myths_2014.pdf.
6. Contracting for Outcomes A Value-Based Approach. http://outcomesbasedhealthcare.com/Contracting_for_Outcomes.pdf.
7. Latkovic T. The Trillion Dollar Prize. Using outcomes-based payment to address the US healthcare financing crisis. <http://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/the-trillion-dollar-prize.pdf>.
8. Deshpande PR, Rajan S, Sudeepthi BL, Nazir ACP. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspect Clin Res* 2011; 2: 137-44.
9. McKenna SP. Measuring patient-reported outcomes: moving beyond misplaced common sense to hard science. *BMC Medicine* 2011; 9: 86.
10. Iliasov FN. Representation dependability of surveys in marketing research. *Sotsiologicheskie Issledovaniia*, 2011; 3: 112-16. (In Russ.) Ильясов Ф. Н. Репрезентативность результатов опроса в маркетинговом исследовании. *Социологические исследования*, 2011; 3: 112-16.
11. Al-Ruzzeh S, Athanasiou T, Mangoush O, et al. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart* 2005; 91: 1557-62.
12. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, et al. Predictors for physical and mental health 6 months after coronary artery bypass grafting: a cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9 (4): 238-43.

Уважаемые коллеги!

Рады сообщить вам, что 3-й международный Форум АнтиКоагулянтной+антиагрегантной Терапии (ФАКТplus2018) состоится **22-24 марта 2018 года** в Москве, в гостинице "Золотое кольцо".

Участие в форуме **бесплатное**. Регистрация на сайте: www.anticoagulants.ru

Прием тезисов для выступления с докладом заканчивается **15 декабря 2017 года**.

Организаторами форума выступают Международное Общество по тромбозам и гемостазу (ISTH), Российское кардиологическое общество, Национальная Ассоциация по тромбозу и гемостазу, Российское общество холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии (РОХМиНЭ), Российское общество акушеров-гинекологов.

Организаторы ФАКТplus2018 ставят своей целью создать эффективную дискуссионную площадку для обмена мнениями между российскими и зарубежными специалистами различного профиля, активно использующих антикоагулянтную и/или антиагрегантную терапию.

К участию в форуме ФАКТplus2018 приглашаются кардиологи, неврологи, сосудистые хирурги, терапевты, гематологи, гемостазиологи, онкологи, акушеры-гинекологи, травматологи, хирурги, педиатры и клинические фармакологи.

Ожидаемое количество участников — 600 человек, из них: 50 специалисты из других стран мира (Италия, Австрия, Польша, Германия, Великобритания, Франция и др.), более 200 специалистов из регионов России, стран СНГ и ближнего зарубежья, остальные специалисты из Москвы и Московской области.

Мероприятие планирует проходить аккредитацию в координационном совете НМО после формирования программы. В прошлом году конференция получила 18 кредитных баллов.

Мы приглашаем Вас принять участие в работе мероприятия ФАКТplus2018!