

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ШУЛЬПИНА Надежда Юрьевна

**СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И
ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

14.02.05 – Социология медицины

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук
Ирина Львовна Кром
доктор медицинских наук
Марина Василидовна Еругина

Саратов – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ В ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	13
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	33
1.1. Математический аппарат, база, объекты и объем исследования.....	33
2.2. Методы исследования.....	46
2.3. Методы анализа данных.....	50
ГЛАВА III. ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.....	52
ГЛАВА IV. ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	62
4.1. Медико-социальные характеристики отдаленного прогноза больных артериальной гипертензией.....	62
4.2. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией в контексте объективных индикаторов.....	75
ГЛАВА V. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	115
ВЫВОДЫ.....	122
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	125
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	128
ПРИЛОЖЕНИЯ	159

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Россия относится к регионам с высокой частотой распространенности артериальной гипертензии – патологии, в значительной степени влияющей на формирование показателей общественного здоровья. В многочисленных проспективных и интервенционных исследованиях отмечены ассоциации повышенного артериального давления с риском мозгового инсульта, ишемической болезни сердца, застойной сердечной недостаточности, почечных осложнений и риском кардиоваскулярной смерти.

В последние десятилетия отмечается повышение исследовательского интереса к системным исследованиям предикторов общественного здоровья. Совершающееся в России развитие научной школы социологии медицины, связанное с фундаментальными работами и деятельностью академика РАН А.В. Решетникова, позволяет расширить возможность интегративных исследований в медицине.

Современная медицинская практика базируется на концепции согласованности клинических и социальных предикторов прогноза и качества жизни больных при хронических заболеваниях. Варианты течения и отдаленный прогноз при артериальной гипертензии детерминированы клиническими и социальными параметрами пациента.

Показатель качества жизни в ситуациях болезни представляется важнейшей характеристикой состояния и прогноза больных, страдающих хронической патологией. Последние десятилетия все более актуальной становится проблема оптимизации качества жизни, отдаленного прогноза больных с артериальной гипертензией.

В процессе оказания первичной медико-санитарной помощи больным с артериальной гипертензией снижается риск и тяжесть сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии, решаются краткосрочные (стабилизация состояния) и отдаленные задачи (продолгование активной жизни и повышение качества жизни пациентов в ситуациях болезни).

Степень разработанности темы исследования

Исследования социальных предикторов общественного здоровья автор находит в работах академика РАН Решетникова А.В. (2008), Решетникова В.А. (2016), Еругиной М.В. (2009), Кром И.Л. (2007), Кислицыной О.А. (2007), Лебедевой-Несевря Н.А. (2014), Пановой Л.В. (2007), Паутова Л.С. (2009), Русиновой Н.Л. (2017), Brady D. (2016), Umeh Kanayo (2003).

Клинические и социальные характеристики пациента в контексте основных причин развития артериальной гипертензии рассматриваются в исследованиях Агеева С.В. (2009), Артамоновой Г.В. (2012), Кром И.Л. (2007), Каскаевой Д.С. (2011), Мануйлова В.М. (2009), Савицкой Е.Ю. (2010).

Исследования качества жизни больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в ракурсе объективных индикаторов связаны с работами Седовой Н.Н. (2001), Петрова В.И. (2001), Новика А.А. (2007), Кром И.Л. (2007), Еругиной М.В. (2009), Бобкова В.Н. (2009), Гавриловой Т.В. (2004), Евдокимова В.И. (2008), Замалетдиновой Л.Р. (2008), Ионовой Т.И. (2007), Колчиной А.К. (2011), Кривошей В.А. (2005), Рассказовой Е.И. (2012), Роюка А.А. (2017), Спанкулова Л.С. (2016), Спиридонова С.П. (2010), Цимбалист А.В. (2009), Шевченко Ю.Л. (2007), Osoba D. (2005), King M. (2005) и др.

Контекст депривационного подхода к изучению доступности медицинской помощи в условиях соматических и социальных ограничений определен работами Белова В.Б. (2014), Давыдовой Н.М. (2003), Римашевской Н.М. (2004), Тапилиной В.С. (2004).

Проблемам доступности медицинской помощи посвящены работы академика РАН Решетникова А.В. (2008), Решетникова В.А. (2016), Балановой Ю.А. (2016), Власова В.В. (2008), Еругиной М.В. (2009), Данишевского К.Д. (2008), Деева А.Д. (2009), Козак В.С. (2004), Кром И.Л. (2007), Мелянченко Н.Б. (2007), Оганова Р.Г. (2011), Светличной Т.Г. (2012), Сура М.В. (2014), Фоминой А.В. (2007), Фофановой Т.В. (2015), Шальной С.А. (2008) и др.

Современная организация первичной медико-санитарной помощи обуславливает расширение медикализации медицинской помощи больным артериальной гипертензией в России (И.Л. Кром, А.П. Ребров, М.В. Еругина).

Таким образом, несмотря на немалое количество публикаций, посвященных изучению качества жизни больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, проблема социальных предикторов отдаленного прогноза качества жизни, а также оптимизации медицинской помощи больным артериальной гипертензией в ситуациях болезни пока остается на периферии исследовательских интересов.

Цель диссертационного исследования: научное обоснование приоритетных направлений совершенствования первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста, страдающим артериальной гипертензией, на основе анализа социальных предикторов качества жизни данной категории больных.

В связи с поставленной целью предполагается решить следующие **задачи:**

1. Провести экспликацию социальных рисков в этиологии и эпидемиологии артериальной гипертензии.
2. Изучить влияние артериальной гипертензии на формирование показателей здоровья населения.
3. Выявить и типологизировать медико-социальные предикторы отдаленного прогноза больных трудоспособного возраста с артериальной гипертензией.
4. Провести компаративный анализ показателей качества жизни пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией.
5. Разработать рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста, страдающим артериальной гипертензией, и направления их реализации.

Научная новизна:

– представлен анализ клинических и социальных предикторов отдаленного прогноза больных артериальной гипертензией, формирующих сердечно–сосудистый континуум и качество жизни пациентов;

– доказана социальная детерминация динамики показателей качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией при неосложненном течении заболевания;

– определение доступности медикаментозного лечения для трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией реализовано на основе комплементарности субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов;

– установлены социальные группы риска больных артериальной гипертензией по неблагоприятному отдаленному клиническому прогнозу в связи с ограничениями в доступности лекарственной терапии;

– представлены эмпирические доказательства зависимости доступности первичной медико-санитарной медицинской помощи от социально-экономического статуса пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией, на региональном уровне;

– предложены новые направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях в зависимости от групп социального риска.

Научно-практическая значимость:

– основные положения диссертационного исследования могут инициировать разработку порядка медико-социальной помощи больным артериальной гипертензией;

– результаты диссертационной работы могут быть использованы при разработке моделей и технологий медицинской и социальной помощи больным артериальной гипертензией в ситуациях болезни;

– основные положения диссертационного исследования могут быть использованы в образовательных программах по первичной медико-санитарной помощи и реабилитации пациентов, страдающих хроническими заболеваниями;

– осуществление оценки доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией с использованием объективного и субъективного подходов может быть рекомендовано органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях при мониторинге доступности медицинской помощи населению, при формировании индивидуальных программ диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией в медицинских организациях;

– использование результатов объективного и субъективного подходов для оценки доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией может быть рекомендовано органам законодательной власти при внесении изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании в части включения в программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению лекарственного обеспечения данной категории пациентов;

– при формировании программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению органами исполнительной власти регионального и федерального уровня в части включения в программы государственных гарантий лекарственного обеспечения данной категории пациентов возможно использование результатов объективного и субъективного подходов при оценке доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией.

Рекомендации по использованию результатов объективного и субъективного подходов при оценке доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией могут быть реализованы как на региональном, так и на федеральном уровне.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Сочетание клинических и социальных предикторов определяет тенденции течения заболевания, развития осложнений и прогноз при артериальной гипертензии, качества жизни пациентов в ситуациях болезни. Доступность медицинской помощи является облигатным предиктором прогрессирования артериальной гипертензии, развития сердечно-сосудистых осложнений, и снижения показателей качества жизни данной категории больных.

2. Артериальная гипертензия относится к нозологиям, оказывающим существенное влияние на динамику основных показателей общественного здоровья в России. Саратовская область является типичным регионом Российской Федерации, в котором прослеживаются общероссийские тенденции заболеваемости артериальной гипертензией, смертности и первичной инвалидности при болезнях системы кровообращения, в структуре которых ведущую роль играет артериальная гипертензия.

3. Социально-экономический статус (пол, возраст, образование, род занятий и уровень доходов), доступность лекарственной медицинской помощи являются ведущими социальными предикторами отдаленного прогноза пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией.

Профилактика развития сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии, повышение качества жизни пациентов трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией, предполагает оценку тяжести заболевания и социального портрета пациентов, повышение доступности лекарственной терапии в амбулаторных условиях при организации первичной медико-санитарной помощи.

4. Вычисленный с использованием Опросника ВОЗ КЖ-100 показатель качества жизни, релевантный здоровью, социально детерминирован. Доступность лекарственной медицинской помощи является облигатным

предиктором прогноза качества жизни больных артериальной гипертензией и определяется социально-экономическими характеристиками пациента.

5. Для большинства пациентов трудоспособного возраста со II стадией артериальной гипертензией лекарственная помощь при оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях ограничено доступна.

Оптимизация объемов госпитализации и перераспределение ресурсов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на расширение дополнительного лекарственного обеспечения, определяет повышение доступности и эффективности первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста, страдающим артериальной гипертензией в регионе.

Методологическими и теоретическими основаниями диссертационного исследования являются исследования в научном пространстве социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения по социально-экономическим проблемам общественного здоровья, качества жизни населения. Концептуальные и эмпирические положения исследования сформулированы в работах академика РАН А.В. Решетникова, академика РАМН Ю.П. Лисицына, В.З. Кучеренко, Н.Н. Седовой, И.Л. Кром, М.В. Еругиной, Г.Ю. Сазановой, Н.А. Лебедевой-Несевря.

Исследование выполнялось в научном пространстве социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения, позволяющих осуществить междисциплинарный интегративный анализ социальных факторов в эпидемиологии артериальной гипертензии, эксплицировать предикторы прогноза артериальной гипертензии. В работе использованы различные направления междисциплинарных исследований, в частности депривационный подход, который позволяет изучить влияние социальных деприваций на состояние общественного здоровья. Методологические возможности социологии медицины и общественного здоровья и

здравоохранения позволяют концептуализировать медико-социальный прогноз качества жизни больных при артериальной гипертензии и определить пути совершенствования первичной медико-санитарной медицинской помощи больным артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Внедрение результатов исследования в практику

1. В учебный процесс: результаты работы внедрены в программу обучения студентов 3 и 4 курсов дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение» кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

2. На уровне медицинских организаций: предложенный комплементарный (субъективный и объективный) подход к оценке доступности медицинской помощи взрослому населению трудоспособного возраста с артериальной гипертензией позволил верифицировать прикрепленное население по депривационному признаку и выявить группы социального риска прогрессирования и неблагоприятного исхода артериальной гипертензии, что определило особенности диспансерного наблюдения пациентов данной группы в ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», ГУЗ «Саратовская городская поликлиника № 2», ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 10» (Приложение б).

Апробация результатов исследования

Результаты исследования доложены, обсуждены и одобрены на II Всероссийской научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине», Саратов, 2011 г., XXXIV-XXXV международной заочной научно-практической конференции «Научная дискуссия: вопросы медицины», Москва, 2015 г., XVI международной научно-практической конференции «Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований», Новосибирск, 2015 г., II международной научно-

практической конференции «Актуальные проблемы и достижения в медицине», Самара, 2015 г., III Всероссийской (заочной) научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы социального, профессионального и личностного ресурсов человека», Краснодар, 2015 г., XII международной научно-практической конференции «European Science and Technology», Munich, Germany, 2015 г., IX международной научно-практической конференции «Science, Technology and Higher Education», Westwood, Canada, 2015 г., Международной научно-практической конференции, Уфа, 2016 г., Международной научно-практической конференции, Омск, 2016 г., XIII международной конференции «European Science and Technology», Germany, 2016 г., LXII международной научно-практической конференции, Новосибирск, 2016 г., XIX международной научно-практической конференции, Белгород, 31 октября 2016 г., IV Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине», Саратов, 2017 г.

Личный вклад автора

Автором разработан дизайн диссертационного исследования, сформулированы цель и задачи исследования. Выполнен аналитический обзор научной литературы. Осуществлен контент-анализ федеральных и региональных нормативных документов. Проведен компаративный анализ заболеваемости артериальной гипертензией, смертности и первичной инвалидности при болезнях системы кровообращения. Разработана программа и определена методология проводимых эмпирических исследований с использованием репрезентативных объемов. Проведено анкетирование и анализ результатов социологических и статистических исследований. Сформулированы выводы и практические рекомендации.

Соответствие темы диссертации требованиям Паспорта специальностей ВАК

Работа соответствует 3, 4, 10 областям исследования паспорта специальности 14.02.05 – социология медицины и 1-3 паспорта специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Публикации

По материалам диссертации опубликована 31 научная работа. Из опубликованных работ 9 представлены в рецензируемых изданиях, утвержденных ВАК.

Структура диссертации

Диссертация изложена на 193 страницах, включает введение, пять глав, заключение, выводы, практические рекомендации и приложения. Работа иллюстрирована 17 таблицами, 64 рисунками. Список литературы содержит 198 отечественных и 71 иностранных источников.

ГЛАВА I.

СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ В ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

С конца XX века артериальная гипертензия (АГ) рассматривается как неинфекционная пандемия, определяющая структуру кардиоваскулярной заболеваемости и смертности (ВОЗ, 1997). Болезни системы кровообращения (БСК) по показателю первичного выхода на инвалидность, смертности и общей заболеваемости занимают первое ранговое место в Саратовской области (СО), также как в Российской Федерации (РФ) и Приволжском Федеральном округе (ПФО) [152].

На прогрессирование артериальной гипертензии и смертность от БСК влияют многие факторы, которые обусловлены образом жизни, влиянием окружающей среды, генетическими особенностями человека [142].

Влияние АГ на формирование прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях неоднократно доказано в исследованиях С.В. Агеева, Ю.А. Балановой, С.А. Бойцова, М.А. Гуревича, А.Д. Деева, Р.Г. Оганова, С.А. Шальной и др. [2, 12, 13, 32, 37, 39, 43, 58, 120].

Впервые о сердечно-сосудистом континууме упоминается в 1991 году. В 2001 г. предложена теория единого сердечно-сосудистого континуума, под которым понимается формирование развитие БСК от факторов риска к ведущим симптомокомплексам, необратимые изменения в сердце и сосудах, прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) и смерти пациента [212].

Тесная патогенетическая связь АГ и ХСН, которой страдают около 1-2% населения в развитых странах [43], и их взаимное негативное воздействие неоднократно доказано в различных исследованиях [32, 43, 135]. Согласно некоторым исследованиям в 78-80% случаев основным фактором развития ХСН является АГ [135]. Чем выше стадия АГ, тем чаще встречается у пациентов ХСН: при АГ III стадии – 22,2%, при АГ II стадии – 15,3%, при АГ I стадии – 7,2%, при отсутствии АГ – всего 1,7% [43].

«Национальными особенностями ХСН для России являются ведущие популяционные факторы риска – распространенность АГ, острого инфаркта миокарда, сахарного диабета» [32]. В последние десятилетия исследователями отмечается, что АГ является средством и условием, повышающим возможность развития сердечно-сосудистых осложнений [90].

В современном мире все больший вклад в общественное здоровье оказывают социальные риски [148], играющие немаловажную роль в формировании смертности, инвалидизации и заболеваемости населения при хронических заболеваниях [75].

«Социальный контекст и социальные механизмы формирования заболеваемости, продолжительности жизни и смертности населения определяют медико-демографическую ситуацию, как на глобальном, так и на региональном уровнях» [75], – отмечает Н.А. Лебедева-Несевря. При этом исследовательский фокус направлен на социальные детерминанты здоровья и анализ социального контекста формирования индивидуальных факторов риска, действующих как на микро-, так и на макроуровне (социальное расслоение, уровень безработицы, доступность медицинской помощи и пр.).

В.Б. Ракитский определяет социальные риски, как «вероятные опасности, угрозы нарушения нормального социального положения, вызываемые неустраняемыми для данного общества причинами, коренящимися в самом его конкретно-историческом устройстве» [131].

Статья 39 Конституции РФ, при рассмотрении вопросов социальной защиты населения, определяет возраст, болезнь, инвалидность, потерю кормильца, воспитание детей основными видами социальных рисков [68].

При изучении социальных рисков здоровья населения г. Санкт-Петербурга Л.В. Панова и Н.Л. Русинова сгруппировали их в три категории: социально-структурные, социально-психологические, поведенческие. В составе социально-структурных детерминант выделяются пол, возраст, материальное и семейное положение, образование, количество детей в семье. Социально-психологические факторы включают в себя личностные

психологические ресурсы и хронические стрессорные ситуации, связанные с различными жизненными обстоятельствами [108].

О.А. Кислицына к социально-экономическим рискам относит безработицу, условия работы, бедность, жилищные и социально-экономические условия, условия в раннем детстве, взаимодействие с семьей, друзьями, соседями, а также вредные привычки, физическая активности, питание (т.е. образ жизни) [65]. О существенном влиянии образа жизни и его последствий на здоровье говорится в работах академика РАМН Ю.П. Лисицына, Т.В. Журавлевой, А.А. Хмель, О.В. Грининой, Н.В. Полуниной, Н.Я. Копыта и других. В 1978 г. ВОЗ включила понятие «риск» в свои рекомендации [203].

В.Б. Белов [20] определил группы социально-экономических рисков общественного здоровья (рисунок 1).

социально-экономические	• уровень социального благополучия и материального достатка, образования
политические	• государственная власть, политические силы
экологические	• окружающая физическая среда
демографические	• наследственность, пол, возраст, этническая принадлежность
ценностно-нравственные	• культура, религия
медицинские	• доступность и качество медицинской помощи, медицинская активность

Рисунок 1. Социально-экономические детерминанты [20]

Помимо результатов, получаемых в клинических исследованиях, в практике врача немаловажную роль играют социально-экономические показатели и социальный портрет больных [39]. «Вероятность наступления определенного патологического состояния может повышаться (понижаться) под воздействием тех или иных факторов, большинство из которых являются социально обусловленными. Биологическая детерминация заболеваний играет

значительно меньшую роль. Различные типы обществ формируют различную структуру заболеваемости и смертности, состояние здоровья его членов» [112].

В исследовании И.Л. Кром [71] представлена роль и проведен анализ социальных рисков в развитии и прогрессировании БСК. Кроме индивидуальных изменяемых факторов, влияние на показатели смертности, заболеваемости и инвалидности смертности от БСК оказывают социально-экономические риски [64, 216, 222, 230]. Многочисленные исследования доказывают влияние уровня доходов и неравенства в их распределении на показатели здоровья населения [202, 211, 242, 248, 261].

Порождают и обуславливают социальный стресс, приводя к изменению условий существования и здоровья субъекта, безработица, интенсификация труда, дифференциация общества по социальным, религиозным, национальным атрибутам [103, 150]. Неудовлетворенность социально-экономическим положением приводит к хроническому стрессу, изменению нейроэндокринного и психологического функционирования организма, что увеличивает риск заболеваний, в том числе АГ [170].

«Причиной ряда патологических состояний являются неблагоприятные формы психофизиологического реагирования на стресс. У некоторых субъектов, например, с повышенным уровнем тревоги, легко моделируется психоэмоциональное напряжение, предрасполагающее к развитию сердечно-сосудистых заболеваний» [268].

При анализе психологического статуса больных АГ, установлен высокий уровень тревожности в сочетании с показателями, характерными для эмоционального стресса [2]. Е.Ю. Савицкой и соавт. показана ассоциация распространенности АГ с показателями рабочего стресса [150].

Характеристики социально-экономического неравенства относят к факторам неравенства в здоровье. Механизмы связи здоровья населения с неравенством в социально-экономическом положении доказаны во многих исследованиях. Лица физического труда мало занимаются своим здоровьем, в

то время как руководители и инженерно-технические работники максимально стремятся «улучшить свое самочувствие» [104].

Общественная изоляция, неуверенность в будущем, невысокая самооценка, отсутствие контроля над ситуацией и боязнь принятия решений являются стрессовыми условиями и, соответственно, факторами риска АГ [170]. Низкий уровень доходов провоцирует поведенческие факторы риска АГ: курение, употребление алкоголя, нерациональное питание и пр. [65].

«Чем ниже уровень жизни, тем ниже доля лиц, заботящихся о своем здоровье», – отмечено в работе В.Б. Белова [20]. Лица с небольшими материальными способностями наиболее других ощущают воздействие внешних отрицательных условий окружающей среды. Бедное население более подвержено стрессам, они чаще курят или злоупотребляют алкоголем, меньше занимаются спортом, хуже питаются, что является факторами риска АГ [65, 149].

Более высокие доходы позволяют располагать условиями хорошего здоровья и иметь лучший доступ к услугам здравоохранения, что помогает социально обеспеченным слоям населения эффективнее преодолевать физические и эмоциональные перегрузки, повышают вероятность приспособиться в естественной и общественной среде, улучшает профилактику, диагностику и лечение БСК [75, 170].

Лица с низким социальным статусом и, соответственно, небольшим материальным достатком больше занимаются тяжелой работой, имеют неудовлетворительные жилищные условия, меньше употребляют качественных и полезных продуктов питания, больше курят и употребляют алкоголь [65].

В 2008 г. сотрудниками Института социологии РАН было проведено комплексное социологическое исследование, результаты которого показали, что более 30% населения России живет за порогом или на грани бедности, 7% находятся в состоянии крайней бедности или глубокой нищеты, 17% населения пребывает в состоянии постоянного риска бедности, хотя пока им

удается удерживаться «на плаву», балансируя на грани бедности и малообеспеченности [162].

«В современных реалиях предупреждение развития АГ не сводится лишь к исключению или минимизации модифицируемых факторов риска, а лечение – к регулярному приему антигипертензивных препаратов» [112]. Низкая материальная обеспеченность названа В.В. Роюком одним из основных параметров в социальном портрете больного артериальной гипертензией [146]. Высокие уровни заболеваемости БСК, в том числе АГ, ассоциированы с бедностью и социальным неблагополучием [146].

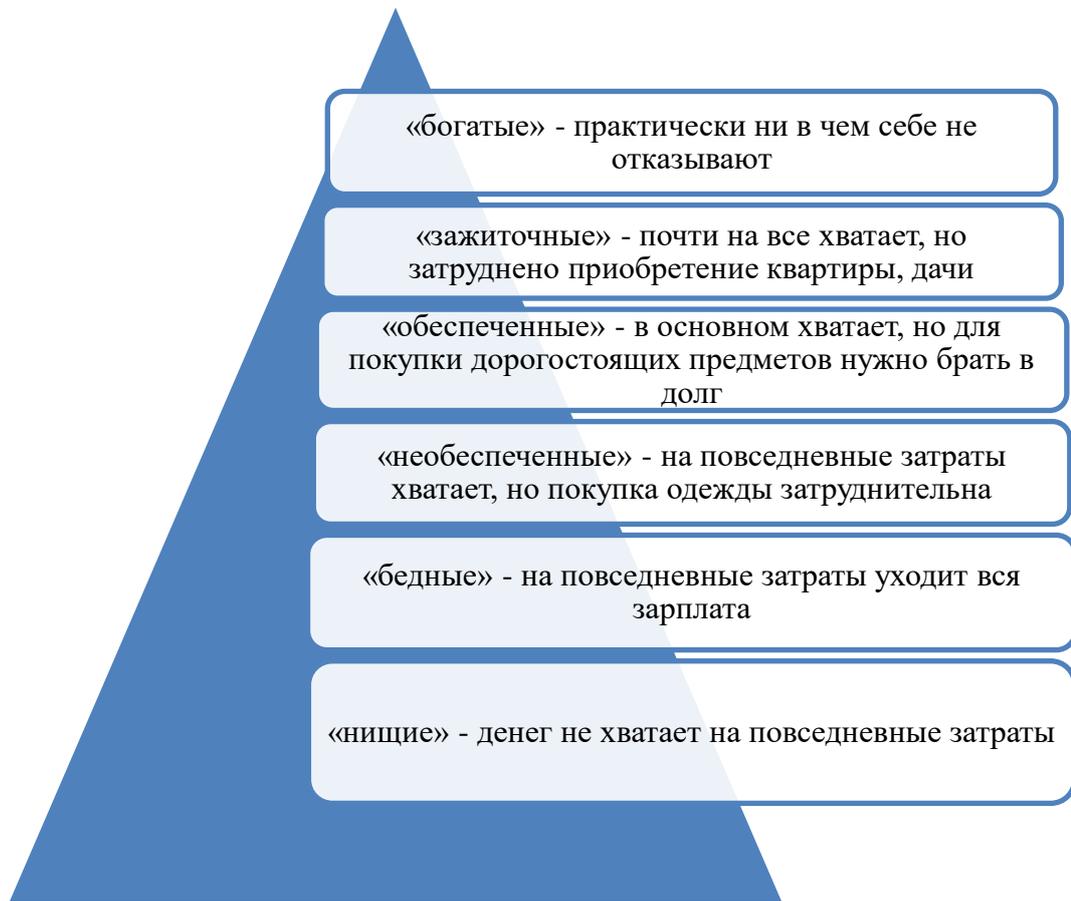
«Лица с более низкими доходами живут в условиях относительного социально-экономического недостатка» [65]. А.И. Пишняк отмечает, что значительное число семей не имеют возможности удовлетворить потребности базового уровня, в том числе покупать лекарства и оплачивать медицинские услуги [116]. Взаимозависимость между депривациями и здоровьем Е.А. Громова интерпретирует следующим образом: «Социальная эксклюзия, связанная с бедностью, ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Социальная интеграция (дезинтеграция) может влиять на возникновение АГ, инфаркта миокарда и инсульта» [31].

Академик РАН А.В. Решетников [129] предлагает определять социально-экономический статус «по уровню потребления», когда человек относит себя и свою семью к одной из шести групп (рисунок 2).

К бедным академик РАН А.В. Решетников относит две группы с низкими доходами и ограниченным потреблением: «нищих» и «бедных» [145]. Однако, в России количество бедных по уровню потребления намного больше, чем бедных, полученных при абсолютном подходе [160]. Поэтому, абсолютный, монетарный, подход к определению бедности в современном обществе не надежен [1].

В европейских исследованиях общепризнанным популярным способом измерения бедности является определение ее с помощью деприваций, которые предполагают относительные лишения и ограничений в общественной жизни,

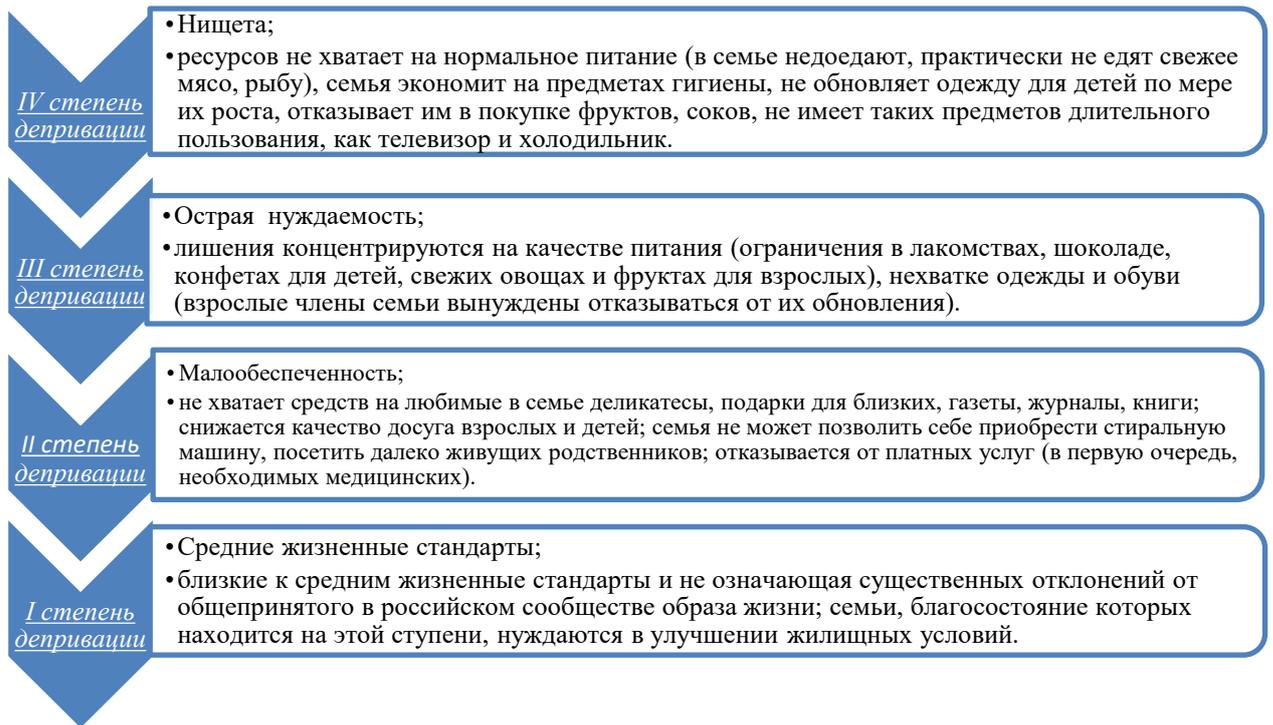
и дают возможность определить величину бедности сравнительно принятых в данной среде социально-экономических стандартов [116].



*Рисунок 2. Социально-экономический статус
«по уровню потребления» [129]*

Невысокое общественное положение и низкий доход через депривации воздействует на здоровье субъекта [160]. Поэтому социально-экономический статус при изучении влияния социально-экономического неравенства на здоровье населения находится в центре исследовательских интересов [46, 88, 170].

О необходимости анализа деприваций в контексте бедности говорит и Н.М. Давыдова, которая выделила следующие степени деприваций (рисунок 3):



*Рисунок 3. Степени деприваций в соответствии с
Н.М. Давыдовой [34].*

Бедность – это не просто недопотребление благ и услуг, а низкое «качество жизни», недостаточная величина по сравнению с доходами других членов общества. При этом доступность медицинской помощи учитывается как одна из основных характеристик определения бедности [28, 36].

При этом во взаимосвязи здоровья и бедности имеет место двойная причинно-следственная связь: плохое здоровье не дает бедным повысить свой социально-экономический статус и вырваться из бедности, а бедность вызывает плохое состояние здоровья [157].

Зависимость показателей смертности от БСК от политических и экономических преобразованиями в России в начале 90-х годов XX века отмечена Р.Г. Огановым с соавт. [155]. Начало перестройки и антиалкогольной компании, распад СССР, политические и социальные реформы в августе 1998 года провоцировали резкие колебания в показателях заболеваемости и смертности от БСК. Причина таких колебаний –

неудовлетворенность занимаемой должностью, вынужденных дополнительно работать» [40]. Поэтому в это время отмечается показатели смертности от БСК преимущественно в самых низких социально-экономических группах более чем в 3,5 раза выше, чем среди мужчин и женщин Финляндии, Германии, Великобритании и Северной Ирландии и в 1,5 раза выше, чем в Литве [119].

В 1996 году Г.С. Жуковским и соавт. в работе, посвященной эпидемиологической ситуации по АГ в мире, было отмечено, что «в России треть взрослого населения живет в условиях хронического психосоциального стресса высокого уровня, еще треть – среднего уровня, что составляет примерно 70% населения» [15].

Подъем первичной заболеваемости АГ в 2014 году также можно связать с экономическим кризисом в РФ. Нестабильная политическая и экономическая ситуация в стране, рост безработицы способствовали социальной напряженности и провоцировали социальный стресс, что являлось ключевым моментом в развитии АГ и связанных с ней БСК. Необходимо отметить, что психологический стресс провоцирует рост распространенности БСК через небольшое время после влияния самого психотравмирующего условия [15]. В связи в этом можно ждать еще в течение нескольких лет прежний уровень заболеваемости БСК.

Признавая важность психосоциальных факторов, Комиссия ВОЗ по социальным рискам здоровья в своем докладе «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения» в 2008 г. предложила отводить важную роль психосоциальным факторам при принятии мер по сокращению неравенства в отношении здоровья как внутри отдельных стран и регионов, так и между ними [209]. Результаты большинства обзоров, связанных с социальной поддержкой, социальной изоляцией или, в какой-то степени, с различными уровнями стресса на работе, подтверждают гипотезу, что психосоциальные факторы являются причинно-следственными факторами риска возникновения БСК [243]. Не существует какой-либо конкретной группы психосоциальных факторов, которая оказывала бы большее влияние на развитие БСК по

сравнению с другими, хотя связь с депрессией и социальной эксклюзией прослеживается гораздо чаще [243].

Связь образования, социально-экономического статуса и бедности отмечена не в одном исследовании [110, 170, 251]. Лица с небольшими финансовыми доходами имеют обычно средне специальное или более низкое образование, являются представителями рабочих профессий и чаще болеют по сравнению с лицами, имеющими более высокий достаток и общественный статус [251].

По данным Д.С Каскаевой неуверенность в будущем, низкие доходы, отсутствие карьерного роста, проблемы на работе, которые часто сопровождают лиц со средним специальным и средним образованием часто провоцируют депрессию, которая ведет к стрессу и провоцирует развитие АГ и БСК [103].

«Низкий уровень образования ассоциируется с более высокой распространенностью АГ и ассоциированных клинических состояний» [195]. В ходе проведенного масштабного исследования в 2003–2008 гг. было доказано влияние низкого уровня образования на эффективность лечения АГ [8].

Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова считают, что «для России низкий уровень образования является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а традиционные факторы (поведенческие, биохимические и др.) обладают различной прогностической значимостью при различных уровнях образования» [96].

Однако, правило «высшее образование – высокий материальный достаток – высокое общественное положение» не ассоциируется с условиями, сложившимися в России в итоге событий, произошедших в конце XIX века, когда в тяжелом материальном положении оказалась значительная доля работающих лиц [172, 190].

«Не принимая во внимание связь образования и материального благополучия, можно считать, что низкий уровень образования определяет

низкий уровень информированности, повышает риск реализации угрожающего здоровью поведения» [75].

В исследованиях [11, 47, 235] профессия рассматривается как предиктор АГ, который необходимо учитывать при интегративной оценке риска развития, прогрессирования и неблагоприятного исхода АГ в группах работающего населения.

Существует связь между показателями артериального давления (АД) и социально-экономическим статусом респондентов [253]. Ассоциация повышенных цифр АД с принадлежностью субъектов к рабочим профессиям и преждевременным прекращением образования была определена в исследовании G.D. Smith [249].

Лица, имеющие низкие доходы, имеют проблемы социальной адаптации, включающие физические, социальные и финансовые барьеры, что приводит к сложностям при получении медицинской помощи и низкой ее доступности [87]. В.В. Власов в Независимом докладе отмечает, что более половины жителей РФ ощущают постоянные препятствия в получении медицинской помощи [87].

«Право на здоровье включает доступ к своевременной, приемлемой и доступной по цене медико-санитарной помощи надлежащего качества. Однако ежегодно 100 миллионов человек в мире оказываются за чертой бедности из-за расходов на медицинскую помощь. При этом уязвимые и маргинализованные группы общества, как правило, несут на себе несоразмерную долю проблем со здоровьем» [26], – отмечено ВОЗ.

В настоящее время сложились две группы лиц:

1 – группа лиц с низкими доходами (у этой группы лиц есть средства оплаты лишь минимальных социальных услуг);

2 – группа лиц с высокими доходами (представители этой группы имеют достаточные доходы для приобретения товаров и услуг высокого качества).

В результате между этими группами возникает конфликт интересов [17].

Отмечено выраженное неравенство в расходах на медицинские услуги между группами населения с высокими и низкими доходами. Низкие доходы ассоциируются с невозможностью получения медицинской помощи в ряде случаев. Жители страны с высоким материальным достатком обращаются в медицинские учреждения несколько чаще, чем лица с низким материальным достатком [13]. «В такой системе здравоохранения медицинская помощь большому пласту населения просто недоступна» [117].

Жители стран с низким уровнем экономического развития по сравнению с регионами с высоким уровнем развития несут более высокие затраты на медицинские услуги и лечение. «Более 8% населения несет катастрофические расходы на медицинскую помощь, и эти расходы выше для бедных, чем для богатых» [7]. В странах с высоким уровнем дохода (Канада, Швеция, Объединенные Арабские Эмираты) выявлен более высокий уровень осведомленности населения о наличии АГ и приверженности антигипертензивной терапии (52,5 и 48,3% соответственно), среди беднейших стран (Бангладеш, Индия, Пакистан, Зимбабве) эти показатели были самыми низкими (40,8 и 31,7% соответственно) [263], так как лица с низкими доходами расходуют на приобретение лекарственных препаратов и оказание медицинской помощи в полтора раза больше своих доходов, чем богатые, а гипотензивные препараты принимают только 50% бедного населения [13]. Покупка антигипертензивных препаратов отзывается на доходах лиц с низким материальным достатком, что приводит к нерегулярному и неполноценному приему препаратов. Это способствует росту заболеваемости артериальной гипертензией в данной группе и, соответственно, другими ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким образом, уровень доходов, социальный статус, уровень жизни оказывает влияние на заболеваемость БСК, в том числе АГ [101].

Социальные противоречия при предоставлении медицинских услуг, сложившиеся в настоящее время, требуют принятия мер организационного характера для решения конфликтных ситуаций, возникающих в процессах

взаимодействия экономической эффективности с социальной справедливостью, частной собственности с общественными интересами [17].

«Право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит право на доступность медицинской помощи, т.е. учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку, без какой бы то ни было дискриминации. Все лица с доходами ниже черты бедности и даже несколько превышающими ее не могут справиться с выплатами, необходимыми для доступа к медицинской помощи» [87].

В докладе «О повышении доступности и качества медицинской помощи» было отмечено, что бедные люди тратят на лекарства и медицинские услуги гораздо большую долю своих доходов, чем богатые, и поэтому часто вынуждены отказываться от необходимого лечения. Прямым следствием этого является растущее усиление различий в доступности медицинских услуг для разных групп населения [41].

К настоящему времени проведены масштабные социологические исследования, которые проанализировали различия в обращаемости населения за медицинской помощью, доступность бесплатной медицинской помощи, обращаемость «за платными медицинскими услугами мужчин и женщин, групп с разным уровнем образованием, доходом, проживающего в различных регионах и в разных типах населенных пунктов» [51]. Установившееся неравенство в возможностях получения бесплатной медицинской помощи, попытка полностью переложить ответственность за здоровье на само население, значительная доля которого является социально незащищенной, является наиболее значимой проблемой в современном здравоохранении [7].

Академик РАМН Ю.П. Лисицын выделяет группу факторов риска по признаку низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты, которые оказывают значительное влияние на здоровье человека наряду с демографическими, профессиональными, функциональными и девиантными группами риска [78]. При отсутствии ресурсов для безвозмездной и доступной

медицинской помощи жители страны незапланированно тратят часть своего бюджета на платные медицинские услуги и на покупку незапланированных лекарственных препаратов, что часто заставляет их отказываться от лечения [7].

Академик А.В. Решетников [140], В.С. Козак [66], Н.Б. Мелянченко [82], А.В. Фомина [180], М.В. Сура [169] и др. в своих исследования отмечают закономерность: ниже достаток – ниже доступность медицинской помощи. Выводы, сделанные Российским институтом социальной политики (2007 г.) свидетельствуют, что «российская система здравоохранения характеризуется существенными различиями в обращаемости за разными видами медицинской помощи между категориями населения, различающимися по уровню образования, доходу и месту жительства» [13].

«Принципиальным фактором, обуславливающим возможность соблюдения важнейшего условия эффективного лечения заболеваний – применение эффективных лекарственных препаратов, становится уровень материальной обеспеченности пациента», – считает В.С. Козак [66]. Следствием материальной недоступности медикаментозного лечения является то, что лица с более низким образованием и достатком чаще лечатся в стационарах [7].

С.Д. Исанбаевой отмечен рост оплаты медицинских услуг из собственных средств, что для менее обеспеченных граждан особенно заметно [55]. Более высокий уровень риска «катастрофических» расходов на медицинскую помощь у бедных домохозяйств, обусловленный низким уровнем их финансовой защиты от подобного рода расходов на медицинскую помощь при особо сложных заболеваниях относится к неравенствам первого порядка [7].

В группе «бедных» наличие всех основных факторов риска АГ (ожирение, гипергликемия и гиперхолестеринемия) представляются способом реакции на социальный стресс, низкую доступность медицинской помощи [101]. «Рекомендации по лечению и профилактике артериальной гипертензии

в значительной мере медикализированы» [101] и не учитывают социальные факторы.

Для общества и для самих бедных неравенство в доступности медикаментозного лечения и медицинской помощи считается И.А. Поплавской одним из наиболее важных факторов неравенств [117].

Согласно ВОЗ, одним из основных приоритетов и задач системы здравоохранения является гарантия качества оказания медицинских услуг правомерным ожиданиям больных [6]. Равноправие всех пациентов на получение качественной медицинской помощи и социальных услуг отмечено в основных принципах справедливости медицинской этики [50].

Принцип справедливости в медицине означает равноправие на сострадательность, что находит свое отражение не только в безвозмездности медицинских услуг, но и в общедоступности качественно медицинской помощи обществу вне зависимости от социально-экономического статуса. Оплачиваться может только повышенное удобство получения медицинских услуг, но не само здоровье. [164]. В некоторых исследованиях отмечена связь между здоровьем и неравенством в распределении дохода, а улучшению здоровья может способствовать уменьшение неравенства в стране [163, 164, 252].

Принцип дифференциации, использующийся в принципах справедливости, гласит о том, что цивилизованное общество обязано предоставить доступ к медицине в том числе и лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации [231]. Каждый гражданин имеет право на здоровье и доступ к медицине и медицинским услугам должны быть без какой бы то ни было дискриминации [87].

М. Коттоу проблему имеющегося неравноправия и несправедливости в медицине находит во всеобщем введении биоэтической теории этики защиты [233].

Медицина не может быть на пользу только лицам, имеющим возможность оплатить медицинские услуги, имеющееся состояние «медицина для богатых» должно быть пересмотрено на самом высоком уровне [87].

В стране, где доступ к качественной медицине носит дискриминационный характер, «медицина превращается в мстительное каждый может рассчитывать только на то, что заслужил» [50].

Е.В. Карчагин считает, что правила справедливости помогает защитить декретированные группы населения, и могут быть обеспечены всеобщностью и вседоступностью медицинской помощи [59].

«Ввиду того, что достижение наивысших возможных стандартов здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия по признаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать: доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам, особенно в том, что касается здоровья женщин и детей, поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага» [98].

Доступность медицинских услуг содержит ряд характеристик. Экономическая доступность, выделенная академиком РАН А.В. Решетниковым «зависит от доли затрат на медицинскую помощь в семейном бюджете, и лекарственную доступность, где немаловажную роль играет доступность лекарственных препаратов с точки зрения финансовых возможностей индивидов» [140]. Среди представителей финансово-обеспеченных групп населения практически не имеются случаи отсутствия приобретения лекарственных препаратов из-за материальных проблем. Пациенты с низкими материальными доходами При этом, лица с низкими доходами уменьшают кратность и дозировку приема лекарственных препаратов из-за высокой себестоимости терапии [66].

Материальные способности пациентов играют немаловажную роль в доступе к качественной медицине. По итогам наблюдений А.В. Фоминой

высокая цена лекарственных препаратов бывает основным фактором отказа от их покупки и приема. В ее исследовании 42% респондентов отметили, что в случае высокой стоимости лекарственных средств пациенты принимать препараты не будут [180].

Идеальная медицина может существовать в обществе, где все лица, вне зависимости от социального статуса, материального положения, пользуются медицинскими услугами в равном доступе, обращаясь в медицинские организации получают равнозначную помощь [5].

В своей работе Т.Г. Светличная и соавт. пришли к заключению, что в социуме увеличивается общественное неравноправие в медицине, медицинские услуги часто недоступны больным [153]. Важно в создании финансово-организационной формы здравоохранения предусмотреть дефинитив предоставления медицинской помощи как социального института, помогающего организации общественного климата и преодолению вопросов социальных неравенств [153]. В семейном бюджете респондентов с низким доходом не предусмотрены затраты на приобретение дорогих лекарств и получение медицинской помощи [140]

Важно основной целью области здравоохранения выделить вопрос увеличения доступа к качественным медицинским услугам вне зависимости от социально-экономического положения и материального достатка индивида [118, 177]. Доступность медицинской помощи – это один из барьеров системы здравоохранения, преодоление которого может помочь в достижении контроля АД [240].

Академик РАН А.В. Решетников отмечает, что экономически доступным обслуживанием в лечебно-профилактических учреждениях считает 35% участников опроса, 47% респондентов указали на «необходимость осуществления доплат при получении медицинской помощи, а 13% считают медицинскую помощь в медицинских учреждениях недоступной» [140]. Каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, установлено Конституцией РФ [45]. Для граждан РФ в государственных и

муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется пациентам безвозмездно за счет финансирования из страховых взносов или иных источников [68]. Доступность характеризует возможность потребителя получить помощь, в которой он нуждается, в то время и в том месте, когда и где это необходимо, в должном объеме, бесплатно для него или по разумной цене. Достижение доступности медицинской помощи требует активных усилий по смягчению социально неприемлемых различий [140]. Недоступность лекарственного обеспечения является одной из причин недоступности медицинской помощи [45].

Приверженность лечению (комплаентность) – это уровень соотношения соблюдения пациентом рекомендаций врача по приему назначенных лекарственных препаратов, соблюдению правил здорового питания и пр. [224]. При недостаточной готовности больных АГ выполнять медицинские назначения происходит нерациональное использование ресурсов здравоохранения, «связанное с частыми госпитализациями и более высокими финансовыми затратами на лечение как непосредственно заболевания, так и возникающих сердечно-сосудистых осложнений» [125].

При проведении большого количества исследований приверженности лечению пациентов с АГ получены данные, которые доказывают, что немаловажную роль в лечении и профилактике артериальной гипертензии играют модифицируемые факторы риска, среди которых и материальные проблемы респондентов [185, 188]. В проведенном G. Gallup исследовании подсчитано, что 6% больных АГ прекращают свое лечение по финансовым соображениям [217]. В исследовании, проведенном в России И.А. Шапиро, А.М. Калининой, больные в качестве причин нерегулярного приема препаратов или отказа от лечения отмечали финансовые трудности в 51,5% случаев [193]. По данным Департамента здравоохранения г. Москвы среди причин несоблюдения рекомендаций врача в 24% были финансовые затруднения [128]. L. Osterberg и T. Blaschke среди предикторов отсутствия приверженности к лекарственной терапии выделяют высокую стоимость

лечения, включая сопутствующие затраты [238]. В исследовании Л.Б. Лазебник с соавт. [57] 17,7% мужчин и 25,3% женщин не выполняют рекомендации врача по причине материальных трудностей.

Таким образом, в формировании сердечно–сосудистого континуума при АГ участвуют клинические и социальные предикторы. Медико-социальный статус, ассоциированный с доступностью медицинской помощи, определяет индивидуальный прогноз больных АГ.

АГ является мультикаузальной патологией. Бедность, социальный стресс, социально-экономический статус, ограничение доступности медицинской помощи, низкая комплаентность являются основными социальными предпосылками развития АГ в современной России.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Математический аппарат, база, объекты и объем исследования

Эмпирическую базу составляют статистические данные по РФ и СО, нормативные документы федеральных и региональных центров, исследование, разработанное и проведенное в течение 2010–2017 гг.

Программа диссертационного исследования включала в себя 5 этапов (таблица 1).

На первом этапе были определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, изучены социальные-экономические детерминанты АГ, проанализированы организационно-методические аспекты доступности медицинской помощи пациентам с АГ.

На втором этапе исследования проводилось компаративное, ретроспективное аналитическое исследование общей и первичной заболеваемости АГ населения трудоспособного возраста СО, ПФО и РФ за период с 2004 по 2016 год, а также анализ обоснованности госпитализации пациентов с АГ на круглосуточные койки.

На третьем этапе были рассмотрены медико-социологические характеристики отдаленного прогноза качества жизни (КЖ) пациентов с АГ. Для этого определены критерии включения и исключения из исследования, проведено анкетирование респондентов с использованием анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым (Приложение 1).

Использован комплементарный – субъективный (депривационный) и объективный (экономический) – подход к оценке доступности медикаментозного лечения для пациентов с АГ трудоспособного возраста.

При использовании депривационного подхода все пациенты были распределены по 4 степеням деприваций [34]. С учетом характеристик деприваций все респонденты были разделены на три группы:

– группа I, в которой медикаментозное лечение АГ недоступно (4 степень деприваций);

– группа II, в которой недоступна адекватная постоянная гипотензивная терапия в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями (2 и 3 степень деприваций);

– группа III, в которой медикаментозная терапия доступна в полном объеме (1 степень деприваций).

Экономический метод включал математический расчет стоимости лечения пациентов с I и II стадиями АГ в соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями.

Социологический метод включал опрос пациентов для определения готовности и возможности респондентов тратить финансовые средства на эффективную гипотензивную терапию (Приложения 2, 3).

Дизайн исследований – простые, открытые, проспективные, рандомизированные исследования.

На четвертом этапе с использованием опросника ВОЗ КЖ 100 проведено исследование КЖ респондентов 1) с неосложненной АГ, 2) осложненной ишемической болезнью сердца (ИБС) и 3) клинически здоровых (Приложение 4). Выделены социально детерминированные и соматически детерминированные показатели КЖ респондентов.

Дизайн исследования – простое, открытое, проспективное, рандомизированное, контролируемое исследование.

На пятом этапе полученные в ходе исследований данные были обработаны с использованием современных методов математической статистики.

Исследование выполнялось в СО, которая входит в состав ПФО и занимает шестое ранговое место из 14 регионов ПФО по численности населения [35].

Базами исследования выступили:

– амбулаторно-поликлинические медицинские организации Саратовской области;

– ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России;

– Центр медико-социологических исследований г. Саратова.

Объектом исследования выступают пациенты трудоспособного возраста, страдающие АГ.

Предмет исследования – социальные предикторы прогноза КЖ и процесс организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) пациентам трудоспособного возраста, страдающим АГ.

Гипотеза исследования

КЖ и отдаленный клинический прогноз больных АГ социально детерминированы. Экономическая доступность медицинской помощи является облигатным предиктором отдаленного прогноза и КЖ больных и определяется социально-экономическим статусом пациента.

Медикаментозная терапия для большинства пациентов с АГ трудоспособного возраста амбулаторных условиях ограничено доступна. Существующая система оказания ПМСП больным с АГ не учитывают медико-социальные характеристики пациентов.

Верификация социальных деприваций, разработка направлений совершенствования организации медицинской помощи в ракурсе повышения ее доступности для больных АГ повысят эффективность профилактики сердечно-сосудистых осложнений и КЖ данной категории больных.

Таблица 1. Программно-методическое обеспечение исследования

Этапы исследования	<p>1. Определение целей, задач, предмета, объекта и методов исследования. Анализ литературных источников, освещающих социально-экономические детерминанты развития АГ.</p> <p>2. Анализ общей и первичной заболеваемости взрослого населения СО, ПФО и РФ АГ за 2004 – 2016 гг.</p> <p>3. Определение медико-социальных характеристик отдаленного прогноза для пациентов с АГ. Анализ доступности лечения в соответствии со стандартами в амбулаторных условиях для пациентов с АГ. Выделение групп риска развития сердечно-сосудистых осложнений АГ и зон неэффективности действующей системы лекарственного обеспечения.</p> <p>4. Анализ показателей качества жизни респондентов с неосложненной АГ и с АГ, осложненной ИБС по сравнению с клинически здоровыми респондентами.</p> <p>5. Обработка полученных данных с использованием современных методов математической статистики.</p>				
Объекты исследования	Пациенты с артериальной гипертензией трудоспособного возраста, врачи, оказывающие медицинскую помощь пациентам АГ.				
Предмет исследования	Социальные предикторы прогноза качества жизни больных АГ, процесс организации первичной медико-санитарной помощи больным АГ трудоспособного возраста				
Цель исследования	разработка рекомендаций по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи больным артериальной гипертензией				
Единица наблюдения	«Медицинская карта амбулаторного больного» (ф.025/у-04) Респонденты с АГ трудоспособного возраста Врачи амбулаторно-поликлинических медицинских организаций				
Методы исследования	Аналитический Контент-анализ	Статистический Аналитический Монографический Ретроспективный	Аналитический Математический Социологический Экономический Ретроспективный	Аналитический Математический Социологический	Системного анализа Математический Статический
Источники информации	Источники литературы отечественных и зарубежных авторов	Статистические отчеты МЗ Саратовской области, МЗ РФ (ф.12, 14, 30,)	«Медицинские карты амбулаторного больного» (ф.025/у-04)	Анкеты врачей, пациентов с АГ, клинически здоровых лиц	Результаты собственных исследований
Объемы исследования	260 публикации	Отчеты за 2004-2016 г., сводные аналитические отчеты	644 «Медицинских карт амбулаторного больного» (ф.025/у-04)	1569 анкет	

Эмпирическое исследование включало

1. Анализ ф. 025/у-04 («Медицинская карта амбулаторного больного»).
2. Социологическое исследование «Анализ качества жизни респондентов с неосложненной АГ трудоспособного возраста, а также при сочетании АГ и ИБС».
3. Медико-социологическое исследование «Медико-социальный портрет пациентов с неосложненной АГ трудоспособного возраста».
4. Медико-социологическое исследование «Качество соблюдения рекомендаций врачей пациентами АГ трудоспособного возраста».

Выборочная совокупность рассчитывалась отдельно по каждому направлению.

Для получения репрезентативности в бесконечно крупной совокупности, выборочная совокупность для анализа ф.025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» составила 400 [107].

Объем случайной выборки для реализации первого направления составил 644.

Критерии отбора:

- трудоспособный возраст: 18–54 года (женщины), 18–59 лет (мужчины);
- установленный диагноз «Артериальная гипертензия»;
- назначенная постоянная гипотензивная терапия;
- направление на стационарное лечение в течение последнего года.

Критерии исключения:

- женщины старше 55 лет (включительно), мужчины старше 60 лет (включительно);
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний с осложнениями: ХСН 2 и 3 ст., недостаточность функции суставов 2 и 3 ст., дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, сахарный диабет тяжелой формы с осложнениями.

Единица наблюдения: «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф.025/у-04).

В исследование «Анализ качества жизни респондентов с неосложненной АГ трудоспособного возраста, а также при сочетании АГ и ИБС», которое проводилось в 2015 г., были включены 3 группы респондентов:

Первая группа – респонденты, наблюдающиеся в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях с АГ (неосложненная форма);

Вторая группа – респонденты, страдающие АГ в сочетании с ИБС;

Третья группа – клинически здоровые респонденты;

Для расчета выборочной совокупности первой и второй групп респондентов была использована формула:

$$n = \frac{t^2 \cdot N}{t^2 + 4 \cdot N \cdot \Delta^2} = \frac{1}{\frac{1}{N} + \frac{4 \cdot \Delta^2}{t^2}}, \text{ где}$$

n – объем выборки,

N – объем генеральной совокупности,

\hat{p} – выборочное значение показателя, являющееся оценкой его истинного значения в генеральной совокупности,

Δ – заданная погрешность,

t – коэффициент Стьюдента.

Для расчета использован достаточный и общепринятый для медицинских и социологических исследований уровень значимости 0,05, который позволил считать в 95% случаев справедливыми выводы по результатам [74].

Предельная ошибка выборки Δ , установленная на 5%, считается приемлемым для большинства статистических исследований в социологии медицины [107] с максимальным объемом выборки $\hat{p} = 0,5$.

Минимальная выборочная совокупность для обеспечения ее репрезентативности составляет 234 респондентов.

Группа пациентов с АГ была представлена 409 респондентами, которым АГ была выставлена в соответствии с «Рекомендациями Европейского Общества Гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC)» [138].

Критерии включения:

- трудоспособный возраст: 18–54 года (женщины), 18–59 лет (мужчины);
- 1-2 степень и I-II стадия АГ;
- установленный диагноз «Артериальная гипертензия» по данным первичной медицинской документации;
- лечение и наблюдение в амбулаторно-поликлинической медицинской организации г. Саратова;
- назначенная постоянная гипотензивная терапия (по данным первичной медицинской документации).

Критерии исключения:

- женщины старше 55 лет (включительно), мужчины старше 60 лет (включительно);
- 3 степень и III стадия АГ;
- очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений;
- наличие инвалидности;
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний с осложнениями: сахарный диабет тяжелой формы с осложнениями, ХСН II и III ст., системные заболевания соединительной ткани, хроническая почечная недостаточность, недостаточность функции суставов II и III ст., дыхательная недостаточность, онкологические заболевания;
- наличие острых и обострение хронических заболеваний.

Единица наблюдения: респонденты трудоспособного возраста, страдающие АГ I и II стадии и очень низкий, низкий и высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

В группу респондентов трудоспособного возраста, страдающих АГ в сочетании с ИБС включены 238 человек. ИБС была поставлена в соответствии с Рекомендациями Европейского Общества Кардиологов (2013) [138]. Постановка диагноза стенокардии напряжения осуществлялся в соответствии с «Классификацией стенокардии Канадского сердечно-сосудистого общества» [138]. Стадия АГ определялась в соответствии с «Рекомендациями Европейского Общества Гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC)» [138]:

I стадия – отсутствие поражения органов-мишеней;

II стадия – поражение органов-мишеней;

III стадия – наличие ассоциированных клинических состояний (инсульт, транзиторная ишемическая атака, ИБС, ХСН, гипертоническая ретинопатия, диабетическая нефропатия, почечная недостаточность, расщепляющая аневризма аорты).

Величина сердечно-сосудистого риска определялась по модели SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), в которой учитывался пол, возраст, уровень систолического АД, курит ли пациент и уровень общего холестерина [199, 214].

Критерии исключения: возраст старше 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, сопутствующие хронические заболевания в стадии обострения, II и III стадии ХСН.

Единица наблюдения: респонденты трудоспособного возраста, страдающие III стадией АГ и имеющие очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

В контрольную группу были включены клинически здоровые респонденты трудоспособного возраста, по половому, возрастному составу и социальным характеристикам сопоставимая с основными группами (Таблица 2).

Таблица 2. Распределение групп респондентов по полу (абс., %)

Группа респондентов	Женщины		Мужчины		Итого
	абс.	%	абс.	%	
<i>Респонденты с АГ</i>	227	55,5	182	44,5	409
<i>Респонденты с АГ и ИБС</i>	123	51,7	115	48,3	238
<i>Клинически здоровые респонденты</i>	205	53,4	179	46,6	384
<i>Итого</i>	555	53,8	476	46,2	1031

В исследовании приняли участие 555 респондентов женского пола и 476 респондентов мужского пола. $54,1 \pm 1,5\%$ женского пола и $45,9 \pm 1,7\%$ мужского пола страдали артериальной гипертензией, в контрольной группе – $53,4 \pm 1,3\%$ женского пола и $46,6 \pm 1,6\%$ мужского пола (рисунок 5).

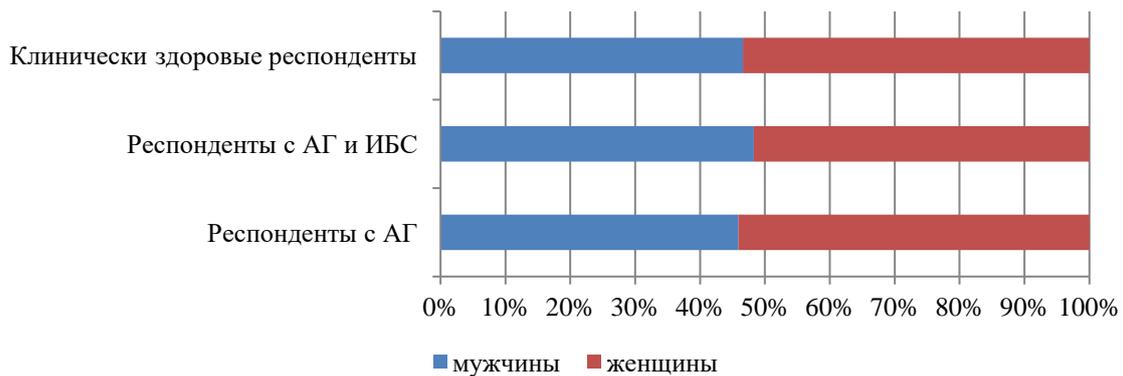


Рисунок 5. Распределение респондентов по полу (%)

Большинство респондентов находились в возрастной категории 50–59 лет ($55,0 \pm 2,1\%$ с АГ, $63,9 \pm 2,0\%$ с АГ и ИБС, $55,2 \pm 1,8\%$ – клинически здоровые лица). Во всех группах респонденты сопоставимы по возрасту (рисунок 6).

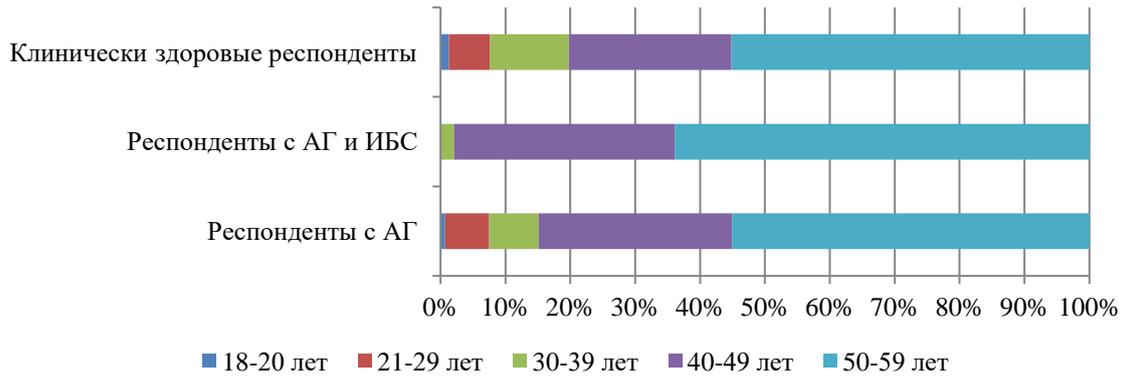


Рисунок 6. Распределение респондентов по возрасту (%)

В первой и второй группах респондентов I стадия АГ была установлена у $14,7 \pm 1,9\%$, II – у $48,5 \pm 2,2\%$, III – у $36,8 \pm 1,9\%$ (рисунок 7).

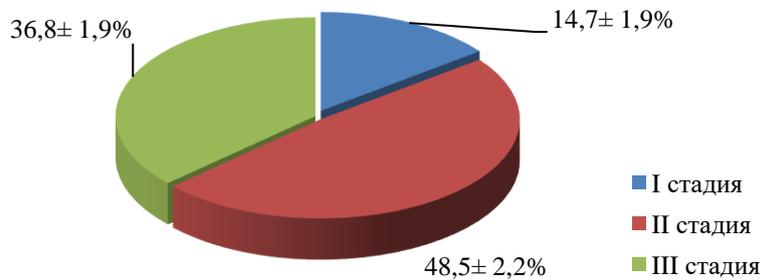


Рисунок 7. Распределение респондентов в зависимости от стадии АГ (%).

Очень низкий риск сердечно-сосудистых осложнений по системе SCORE отмечался у $0,8 \pm 0,3\%$, низкий – у $24,7 \pm 0,8\%$, высокий – у $37,7 \pm 1,1\%$, очень высокий – у $36,8 \pm 1,1\%$ (рисунок 8).

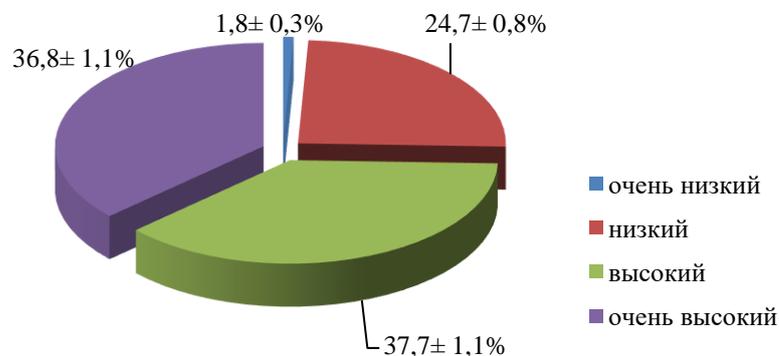


Рисунок 8. Распределение респондентов в зависимости от риска сердечно-сосудистых осложнений по системе SCORE (%).

Средняя длительность АГ составляла $6 \pm 0,8$ лет. Менее одного года страдали артериальной гипертензией $12,8 \pm 1,1\%$, от одного года до 5 лет – $36,5 \pm 1,5\%$, более 5 лет – $50,7 \pm 2,5\%$ (рисунок 9).

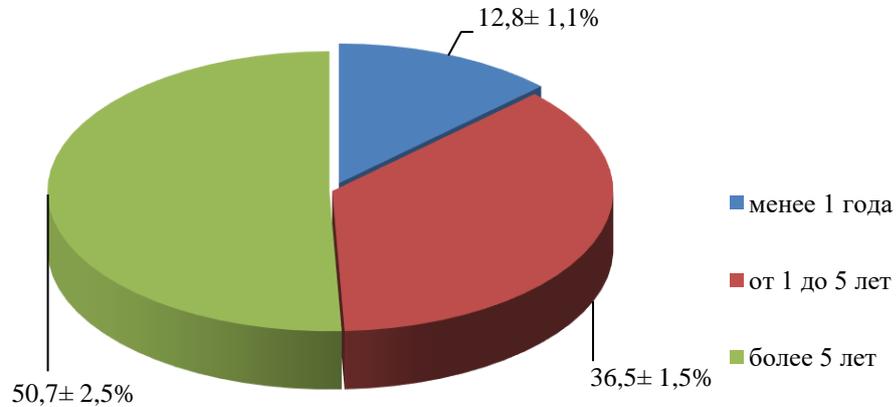


Рисунок 9. Распределение респондентов в зависимости от длительности артериальной гипертензии (%).

Все респонденты, имеющие АГ и ИБС, страдали АГ более $5 \pm 0,8$ лет.

При определении выборочной совокупности медико-социологического исследования «Медико-социальный портрет пациентов с неосложненной АГ трудоспособного возраста» была использована формула:

$$n = \frac{t^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) \cdot N}{t^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) + N \cdot \Delta^2}, \text{ где}$$

n – объем выборки,

N – объем генеральной совокупности,

Δ – предельная ошибка выборки (устанавливается 5%, что является приемлемым для медико-социальных исследований),

\hat{P} – выборочное значение показателя (максимальные объем выборки дает значение 0,5), являющееся оценкой его истинного значения в генеральной совокупности.

t – критическое значение, связанное с заданным уровнем значимости.

Определяется по таблице распределения Стьюдента.

Таким образом, число единиц наблюдений в выбранной совокупности не должен быть меньше 294.

Для проведения медико-социологического исследования «Качество соблюдения рекомендаций врачей пациентами АГ трудоспособного возраста репрезентативность выборочной совокупности определялась по формуле [94, 174]:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot t^2 \cdot N}{\Delta^2 \cdot N + \sigma^2 \cdot t^2}, \text{ где:}$$

n – объем выборки,

N – объем генеральной совокупности (794 человека),

Δ – предельная ошибка выборки (0,5 для 10 бальной шкалы – 5%),

t – доверительный коэффициент (1,96 для 95% значимости),

σ – среднее квадратичное отклонение (для нормального распределения оценок данных респондентов – 1,6).

Таким образом, объем выборочной совокупности должен был быть не менее 37 человек. Фактически в исследовании приняли участие 132 врача.

Критерии включения:

- работа в амбулаторно-поликлинической медицинской организации;
- непосредственное участие в лечении пациентов с АГ;
- стаж работы по специальности не менее 5 лет.

Единица наблюдения: врач амбулаторно-поликлинической медицинской организации.

Большинство респондентов группы ($66,7 \pm 2,5\%$) женского пола, а $33,3 \pm 1,8\%$ мужского пола (рисунок 10).

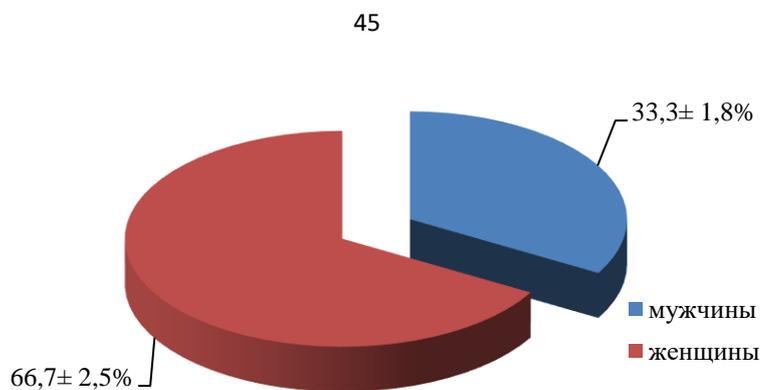


Рисунок 10. Половой состав респондентов-врачей (%).

Возраст врачей: до 30 лет (включительно) – 17,9±1,8%, от 31 до 40 лет (включительно) – 25,8±1,9%, от 41 до 50 лет (включительно) – 17,4±1,8%, старше 50 лет – 43,9±2,5% (рисунок 11).

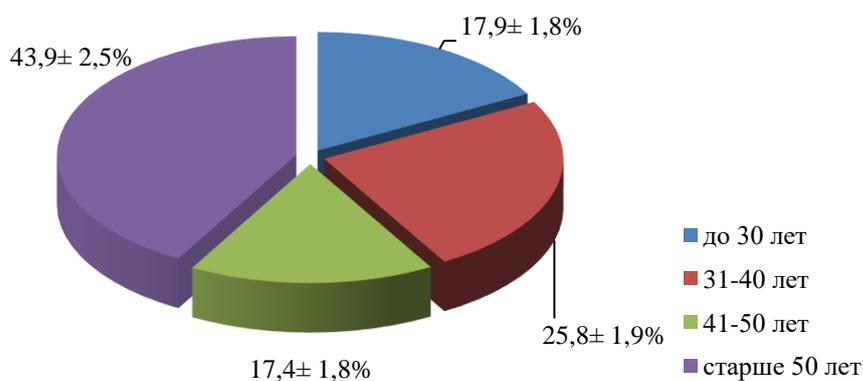


Рисунок 11. Возрастной состав респондентов-врачей (%).

В анкетировании участвовали 65,2± 2,2% врачей-терапевтов, 24,2±1,8% врачей-кардиологов и 10,6± 1,8% заведующих терапевтическими отделениями (рисунок 12).

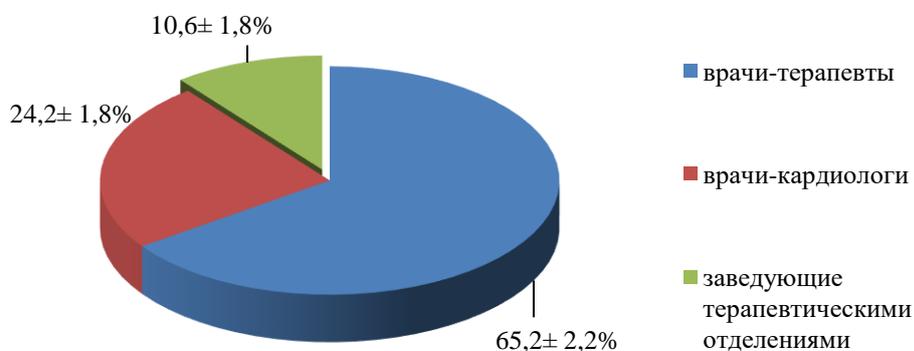


Рисунок 12. Распределение респондентов-врачей по занимаемой должности (%).

4,6±0,8% имели вторую квалификационную категорию, 13,6±0,8% – первую 37,9±2,5% – высшую. 43,9±2,5% квалификационной категории не имели, но имели стаж работы не менее 5±1,1 лет (рисунок 13).

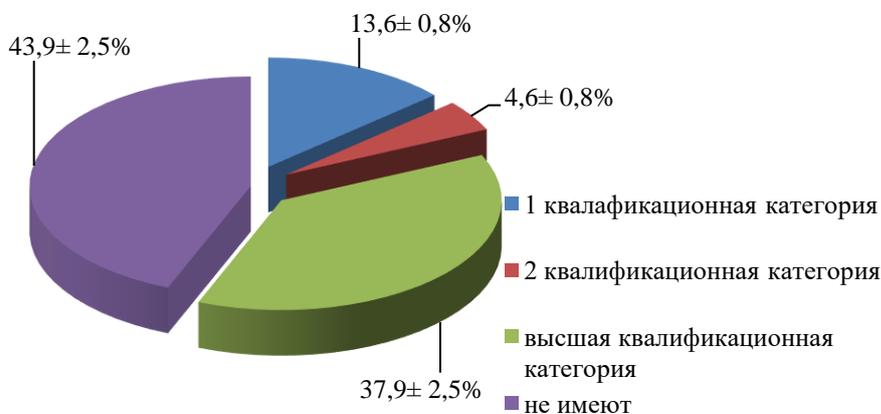


Рисунок 13. Наличие квалификационной категории у респондентов-врачей (%).

2.2. Методы исследования

1. Анализ уровней заболеваемости, смертности и инвалидности осуществлялся на основании данных официальной статистики (отчетная форма № 12 МЗ РФ и МЗ СО).

2. Для анкетирования респондентов с АГ использована анкета, разработанная академиком РАН А.В. Решетниковым [141] (Приложение 1). Анкета состоит из 2 частей. Первая часть заполняется респондентом и содержит 11 вопросов, в том числе вопросы, касающиеся лекарственного обеспечения и материального положения, а также некоторые общие сведения. Вторая часть так же содержит 13 вопросов, заполняется врачом на основании анализа первичной медицинской документации и содержит вопросы о стадии АГ, риске сердечно-сосудистых осложнений, наличии сопутствующей патологии, длительности гипертензии и ее лечении. Дополнительно использовалась анкета, также разработанная академиком РАН А.В. Решетниковым (Приложение 2), содержащая уточняющие вопросы по

приему лекарственных гипотензивных препаратов. Анкета содержит 17 вопросов, в том числе 11 вопросов содержат сведения о респондентах.

3. Анкетирование врачей проводилось с использованием анкеты, разработанной академиком РАН А.В. Решетниковым [141] (Приложение 3). Анкета для врачей содержит 6 вопросов, пять из которых касаются общих сведений о респонденте и один вопрос касается соблюдения пациентами рекомендаций по гипотензивной терапии.

4. Анализ медицинских карт амбулаторного больного (ф 025/у-04) на соответствие направления пациентов с АГ на стационарное лечение в соответствии с приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 918-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». В стационарных условиях специализированная медицинская помощь оказывается пациентам:

- с АГ симптоматической, требующей уточнения диагноза в стационарных условиях;
- с АГ, резистентной к проводимой терапии;
- гипертоническим кризом, в том числе осложненным острой сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимостью сердца, энцефалопатией, продолжающимся носовым кровотечением.

Исследование КЖ во всех группах проводилось с использованием международного опросника The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHOQOL-100 and WHOQOL-Brief) (ВОЗ КЖ-100), языковая версия которого разработана и апробирована на предмет валидности и соответствия в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Приложение 4) [38, 159]. Этот опросник позволяет определить «субъективное восприятие физического состояния, психологических особенностей, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, независимости, а также своего отношения к некоторым характеристикам социальной среды» [159].

Опросник ВОЗ КЖ-100 включает в себя общие вопросы, касающиеся всех аспектов КЖ и группы вопросов по 6 сферам (Приложение 4).

С помощью *методов математической статистики* рассчитывались медианы показателей опросника здоровых и больных и значимость различий средних, определявшаяся по критерию Манна-Уитни (КМУ).

Проверялось предположение, что КЖ, наряду с состоянием здоровья, зависит и от материального положения, в частности, от дохода человека. Для улучшения сопоставимости результатов доходы, приведенные в анкетах, были разбиты на пять групп (x – величина дохода в рублях):

$$1 - x \leq 7500;$$

$$2 - 7500 < x \leq 12500;$$

$$3 - 12500 < x \leq 18000;$$

$$4 - 18000 < x \leq 28000;$$

$$5 - x > 28000.$$

Если доход указывался в виде диапазона значений, в расчетах использовалось среднее арифметическое.

Кроме того, рассчитывались коэффициенты корреляции между доходом и суммарными показателями опросника ВОЗ КЖ-100.

Математический, экономический и аналитический методы использовались при расчете средней стоимости лечения пациентов с АГ в амбулаторных условиях. Расчеты проводились на основе стандарта первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) при первичной АГ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 708-н. Для определения средней стоимости 1 мг каждого лекарственного препарата стандарта, входящего в группу жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), использовалась формула:

$$S_1 = S/V/V_1, \text{ где}$$

V_1 – количество мг в 1 таблетке, V – количество таблеток в упаковке, S_1 – стоимость 1 мг препарата, S – цена препарата.

Действующий стандарт ПМСП пациентам с первичной АГ содержит раздел «Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных (ССД) и курсовых доз (СКД)». Так как в настоящем исследовании речь идет об амбулаторном лечении, то из этого списка были исключены 5 препаратов, которые применяются в стационарных условиях.

Для определения стоимости лечения в сутки и на 1 месяц использовались формулы: $S_1 \times \text{ССД}$ и $S_1 \times \text{СКД}$.

Постановлением Правительства СО от 27 февраля 2015 года № 65-П «Об установлении предельных оптовых и предельных розничных надбавок на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (с изменениями на 26 ноября 2010 года)» установлены следующие предельные розничные надбавки к фактическим отпускным ценам производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП (Таблица 3)

Таблица 3. Предельные розничные надбавки на ЖНВЛП (%)

	Лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, исходя из фактических отпускных цен производителей ЖНВЛП	Размеры предельных розничных надбавок, %
1.	До 50 рублей включительно	37
2.	Свыше 50 рублей до 500 рублей включительно	30
3.	Свыше 500 рублей	18

Так как аптеки могут применять розничный коэффициент менее предельных размеров, то для подсчета применялся коэффициент $K/2 - 0,15$ (так как все лекарственные препараты попадали в категорию от 50 до 500 рублей включительно).

В процессе исследования произведены расчеты необходимых финансовых средств в регионе для обеспечения антигипертензивными препаратами пациентов с АГ I стадии трудоспособного возраста в амбулаторных условиях:

$(P_1 \times \text{СКД}) \times n$, где

n – число пациентов с I стадией АГ.

В целях поиска финансовых средств, которые возможно направить на лекарственное обеспечение пациентов I стадией АГ гипотензивными препаратами проанализированы амбулаторные карты пациентов. Выявлена группа пациентов с АГ, необоснованно госпитализированных в стационар. Предложен вариант перераспределения средств, потраченных на необоснованную госпитализацию данной группы пациентов.

2.3. Методы анализа данных

Анализ литературных данных, диссертационных исследований, нормативно-правовой документации проводился с использованием современных компьютерных технологий.

Анализ баз данных проведенного анкетирования проводился с использованием Программ SPSS PASW Statistic 16 и Microsoft Excel 7,0.

Для подтверждения гипотезы нормального распределения признака использовался критерий Колмогорова-Смирнова.

Доверительные границы определялись по формулам:

– для средних величин (M): $M_{ген} = M_{выб} \pm tm$;

– для относительных показателей (P): $P_{ген} = P_{выб} \pm tm$, где

$M_{ген}$ – значение средней величины генеральной совокупности,

$P_{ген}$ – значение относительного показателя генеральной совокупности,

t - критерий достоверности.

m - ошибка репрезентативности.

Для того, чтобы числе случаев в генеральной совокупности, в котором наблюдаются отклонения не превышали 5%, достаточной считалась степень вероятности безошибочного прогноза, равная 95%. Критический уровень значимости $p=0,05$ является достаточным для медико-социальных исследований [94].

Были определены показатели, у которых различия средних статистически значимы ($p \leq 0,05$) или статистически незначимы ($p > 0,05$).

Рассчитывались коэффициенты корреляции Спирмена r_s между доходом и оценкой материального положения опрашиваемых, а также показателем F18 опросника. В зависимости от значения коэффициента была определена сила связи (таблица 4).

Таблица 4. Характеристика связи в зависимости от коэффициента корреляции Спирмена

Коэффициент корреляции	Характеристика силы связи
$ r_s \leq 0,1$	связь практически отсутствует
$0,1 < r_s \leq 0,3$	слабая связь
$0,3 < r_s \leq 0,5$	умеренная связь
$0,5 < r_s \leq 0,7$	связь средней силы (заметная)
$0,7 < r_s \leq 0,9$	сильная связь
$0,9 < r_s \leq 1$	очень сильная связь

Проводился анализ:

- нормативно-правовой документации (законодательная база РФ, СО, приказы Министерства здравоохранения РФ, СО) проводился с использованием интернет-пакета Consultant;
- фундаментальных научных работ, диссертационных исследований;
- отечественных и зарубежных публикаций;
- материалов научно-практических конференций;
- публикаций и информации, размещенных на официальных интернет-ресурсах.

Составление графиков, построение гистограмм осуществлялось с помощью пакетов «Гистограмма», «Пакет анализов». Обработка данных анкетирования проводилась с использованием процентного и частотного распределения.

ГЛАВА III.

ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

АГ широко распространена в большинстве развитых стран мира. Россия относится к регионам с наивысшей частотой данного заболевания. По данным Г.С. Жуковского за период с 1984 г. по 1994 г. отмечается выраженное снижение частоты АГ среди мужчин с 37% до 26% и среди женщин с 38% до 26% [15]. По данным С.А. Шальной и соавт., в середине 90-х годов прошлого века частота АГ составляла 39,9% среди мужчин и 41,1% среди женщин [133]. В 2003-2010 гг. частота АГ среди жителей России изменилась незначительно и «составила 39,7%: среди женщин – 40,5%, среди мужчин – 38,0%» [198]. По данным исследования ЭССЕ-РФ [134], проведенного в 2012–2014 гг., частота гипертензии уже составила 43,5% (у мужчин – 45,4%, у женщин – 41,6%), – графическая иллюстрация представлена на рисунок 14.

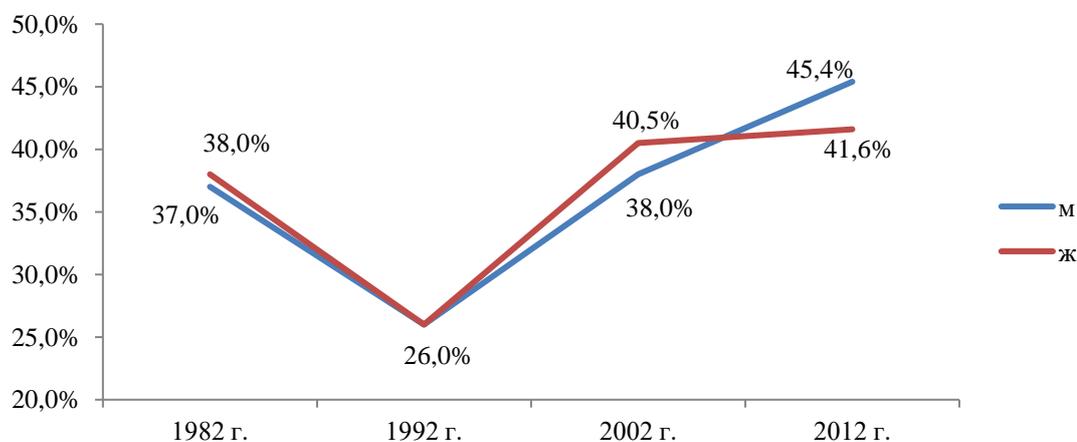


Рисунок 14. Динамика частоты АГ в РФ за 20 лет (%)

[15, 133, 134, 198].

Стабилизации эпидемиологической ситуации по АГ в начале 90-х гг. способствовало активное внедрение и начало активного применения антигипертензивных препаратов, большая осведомленность населения о факторах риска и осложнениях данного заболевания. «Ухудшение показателей

здоровья населения России, рост заболеваемости БСК наблюдается во время сокращения (на треть) государственных расходов на здравоохранение в 1990-е годы. В это время были закрыты многие сельские и заводские лечебно-профилактические учреждения, уменьшилась доступность медицинской помощи населению» [115]. Увеличение распространенности АГ среди мужчин отмечается с начала 2000 г.; среди женского населения распространенность заболевания остается практически на прежнем уровне.

В 2016 г. в России по данным Росстата 13,3 млн. человек было с АГ, в том числе 3,4 млн. человек или 27% в Центральном Федеральном округе (ЦФО) и 3,0 млн. человек или 22,8% в Приволжском Федеральном округе (ПФО) (рисунок 15).

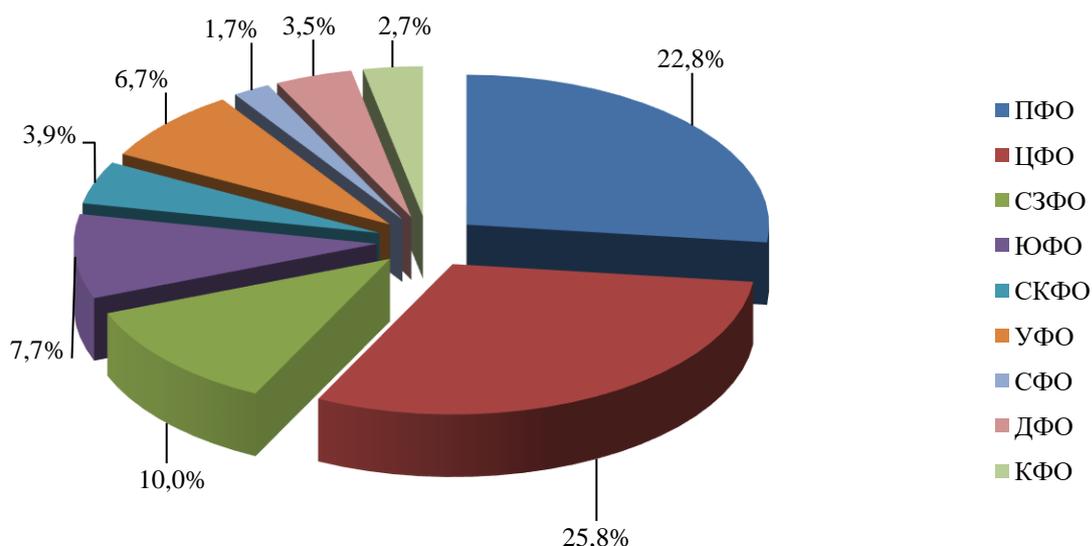


Рисунок 15. Структура зарегистрированных пациентов с АГ по федеральным округам РФ¹ (2016г., %).

В СО по состоянию на 2016 год всего зарегистрировано 282,9 тысяч человек с АГ, что составляет 9,3% от всех пациентов с АГ в ПФО и 2,1% – в РФ.

¹ СЗФО – Северо-Западный Федеральный округ, ЮФО – Южный Федеральный округ, СКФО – Северо-Кавказский Федеральный округ, УФО – Уральский Федеральный округ, ДФО – Дальневосточный Федеральный округ.

Среди 8 Федеральных округов, входящих в состав России, ПФО по общей заболеваемости занимает 3 место ($9556,9 \pm 1,8$ на сто тыс. населения), обойдя СЗФО ($10481,6 \pm 0,4$ на сто тыс. населения) и СФО ($11223,6 \pm 0,6$ на сто тыс. населения). В ПФО общая заболеваемость АГ за 2004–2016 годы больше, чем уровень по России ($9004,2 \pm 0,7$ на сто тыс. населения) на 6,1% (рисунок 16).

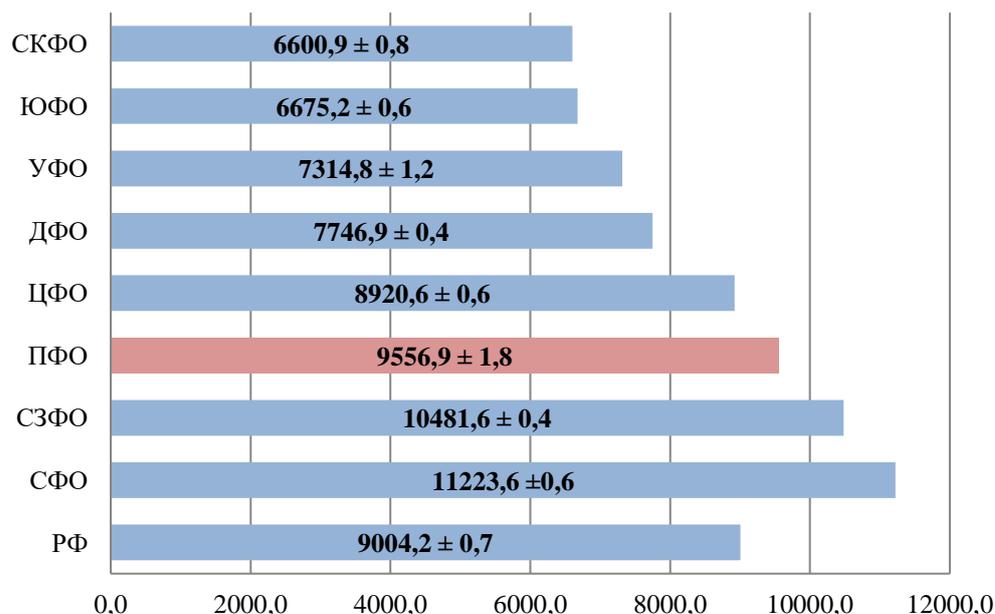


Рисунок 16. Сравнительная характеристика значений средних показателей общей заболеваемости АГ по Федеральным округам РФ за период с 2004 по 2016 гг. (на сто тыс. населения).

Из 14 регионов ПФО входит СО находится на 6 месте по показателю общей заболеваемости АГ (средний показатель за период 2004–2016 гг. – $9356,5 \pm 0,6$ на сто тыс. населения), пропуская Кировскую ($12284,7 \pm 0,4$ на сто тыс. населения), Оренбургскую ($11498,3 \pm 0,8$ на сто тыс. населения) области, Республику Башкортостан ($11002,0 \pm 1,6$ на сто тыс. населения), Чувашскую Республику ($10714,9 \pm 1,2$ на сто тыс. населения) и Пермский край ($9918,9 \pm 1,3$ на сто тыс. населения). Показатель общей заболеваемости в СО больше на 3,8 % общероссийского уровня и на 2,2% меньше уровня в ПФО (рисунок 17).

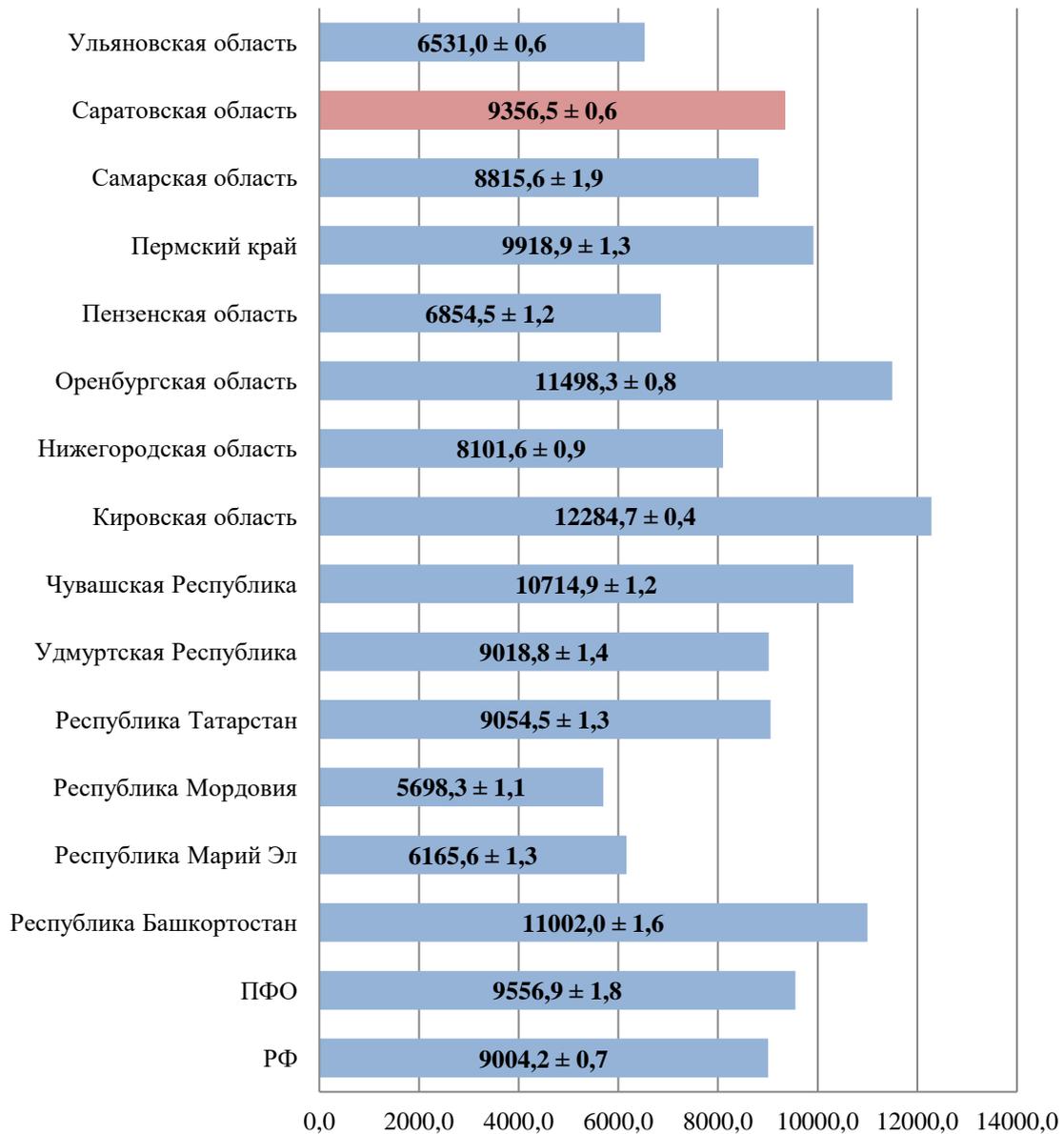


Рисунок 17. Сравнительная характеристика средних показателей уровня общей заболеваемости АГ по регионам ПФО за период с 2004 по 2016 гг. (на сто тыс. населения).

По сравнению с 2004 г. в 2016 г. в России имеет место увеличение общей заболеваемости АГ с 5576,9 до 11280,8 на сто тыс. населения, в ПФО с 5027,4 до 12682,4 на сто тыс. населения, в СО с 4134,6 до 13813,8 на сто тыс. населения (рисунок 18).

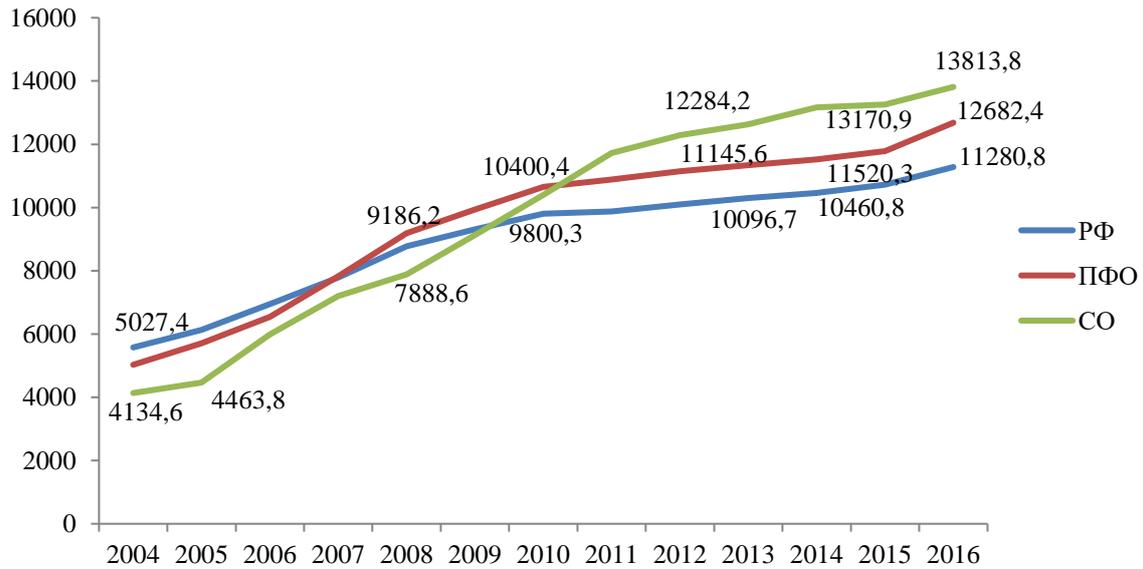


Рисунок 18. Динамика показателя общей заболеваемости артериальной гипертензией за период 2004 – 2016 гг. (на сто тыс. населения).

Усредненный показатель первичной заболеваемости АГ за 2004-2016 гг. в ПФО составил $784,0 \pm 0,8$ тыс. населения, а в России $722,6 \pm 0,6$ на сто тыс. населения. С 2005 г. до 2016 г. уровень первичной заболеваемости АГ в ПФО больше показателя РФ (рисунок 19).

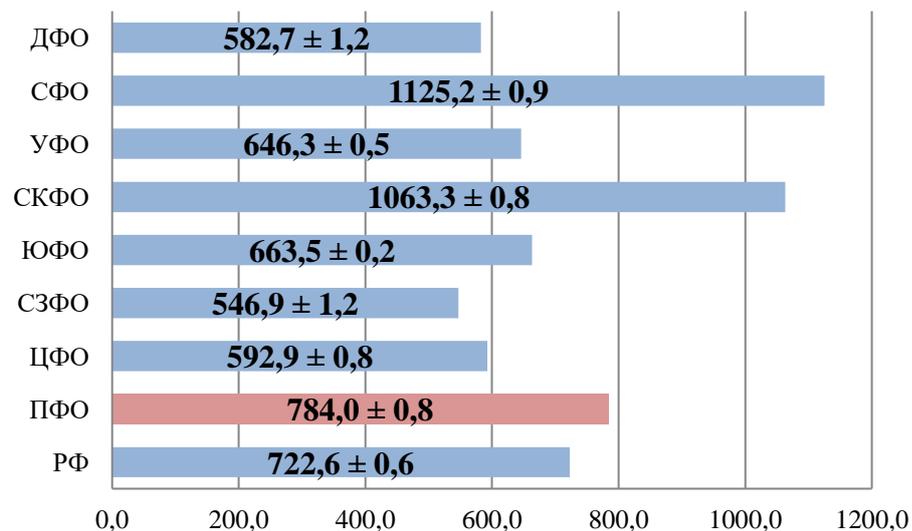


Рисунок 19. Сравнительная характеристика значений средних показателей уровня первичной заболеваемости артериальной гипертензией по Федеральным округам Российской Федерации за период с 2002 по 2013 гг. (на сто тыс. населения).

По первичной заболеваемости АГ СО находится на втором месте в ПФО (средний показатель за 2004–2016 гг. – $926,2 \pm 0,8$ на сто тыс. населения), уступая республике Башкортостан ($1405,2 \pm 0,6$ на сто тыс. населения). Первичная заболеваемость АГ выше, чем в среднем по России на 22% и выше среднего показателя по ПФО на 15,4% (рисунок 20).

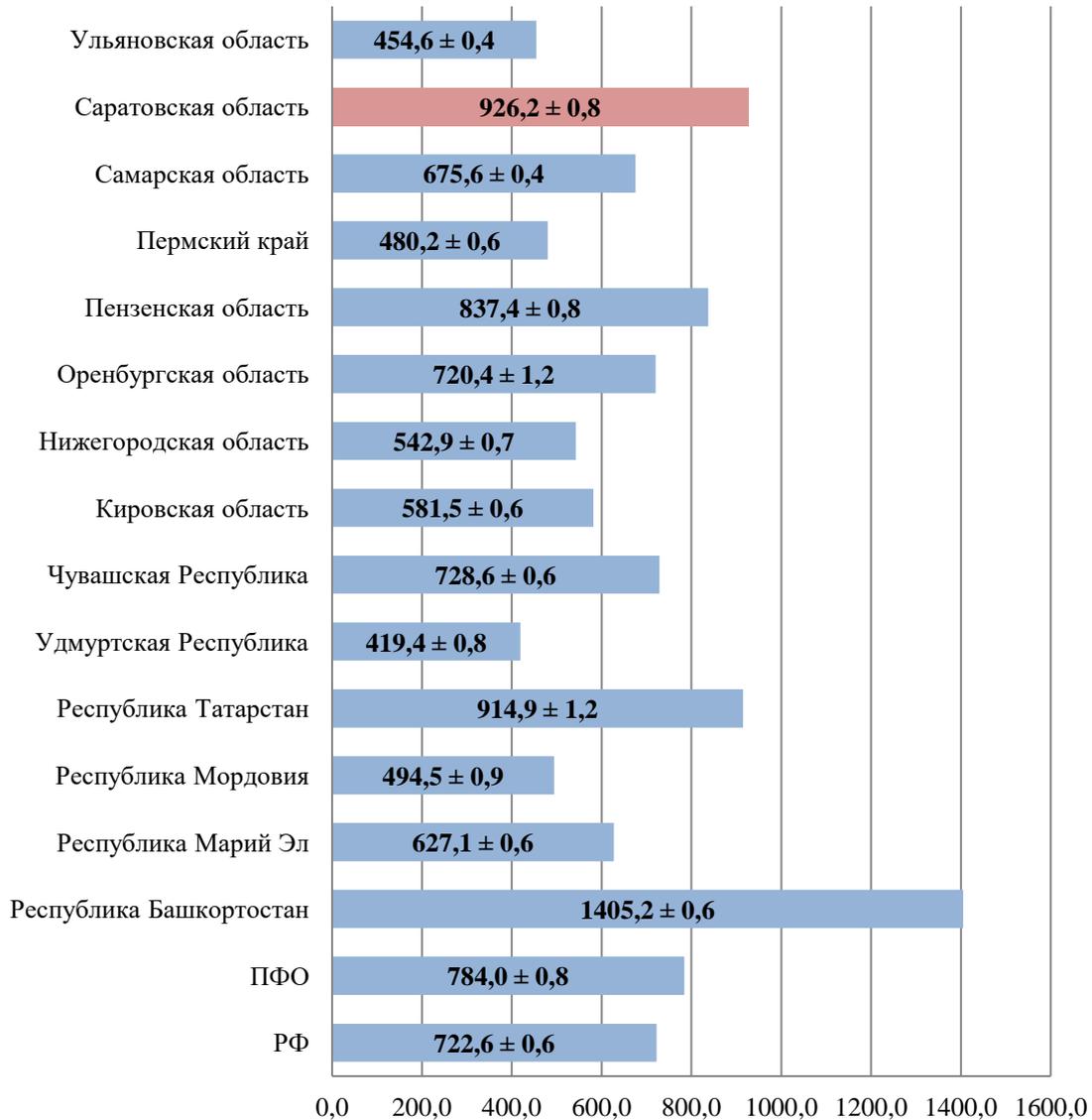


Рисунок 20. Сравнительная характеристика средних показателей уровня первичной заболеваемости АГ по регионам ПФО за период с 2004 по 2016 гг. (на 100 тыс. населения).

В 2016 г. отмечается увеличение показателей первичной заболеваемости АГ взрослого населения по сравнению с 2004 г.: в РФ – в 1,7 раза (с 485,5 до

846,5 на сто тыс. населения), в ПФО – в 2,1 раза (с 473,3 до 1011,7 на сто тыс. населения), в СО – в 2,9 раз (с 465,9 до 1338,0 соответственно) (рисунок 21).

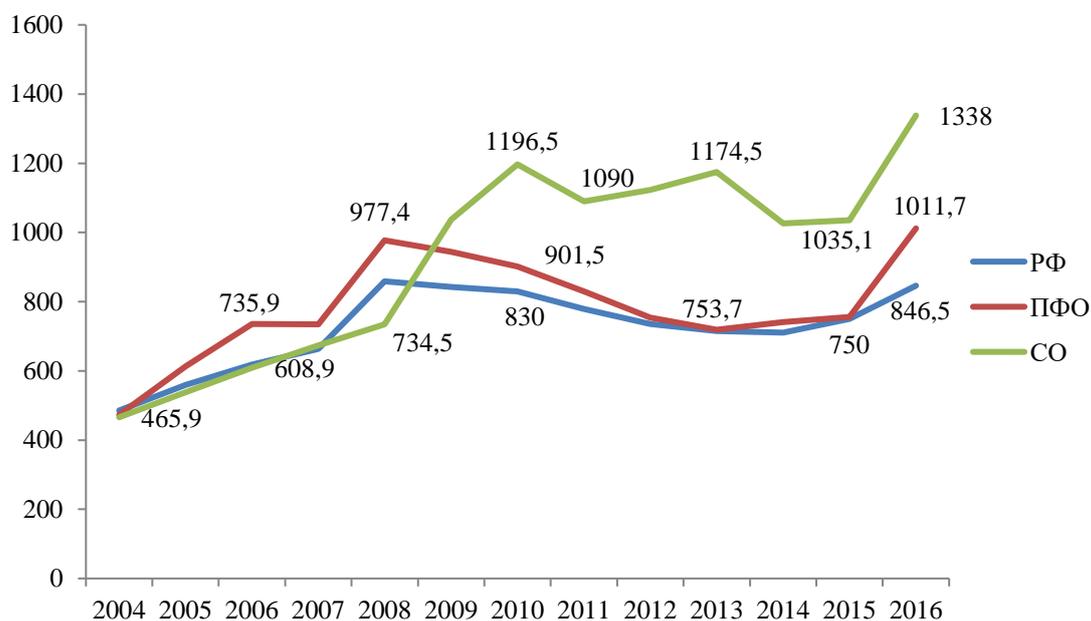


Рисунок 21. Динамика показателей первичной заболеваемости артериальной гипертензией взрослого населения России, Приволжского Федерального округа и Саратовской области с 2004 по 2016 гг. (на сто тыс. населения).

Динамика показателей первичной заболеваемости АГ взрослого населения России, ПФО и СО с 2004 по 2016 гг. отражает общую тенденцию повышения заболеваемости АГ в России и доступности медицинской помощи, связанную с реализацией национального проекта «Здоровье», открытием Центров здоровья и активным выявлением лиц с АГ.

За период с 2004 по 2016 год впервые выявлено более 10800 тыс. человек, имеющих повышенное артериальное давление, в том числе 253,7 тыс. человек в СО. В России ежегодно фиксируется около 835 тысяч человек с АГ, в том числе 19,5 тысяч пациентов в СО.

В 2016 году в России впервые зарегистрировано 998 156 чел. старше 18 лет с АГ, из них 613 799 (61,5%) являются лицами трудоспособного возраста. В ПФО первично выявлено 242 317 человек (24,3% от всех пациентов с АГ в РФ), в том числе 151 345 человек трудоспособного возраста (62,5%). В СО в

2016 году 27 405 человек с АГ выявлено впервые (11,3% пациентов в ПФО и 2,7% всех пациентов в РФ), в том числе 19 900 пациентов трудоспособного возраста (72,6%) (рисунок 22).

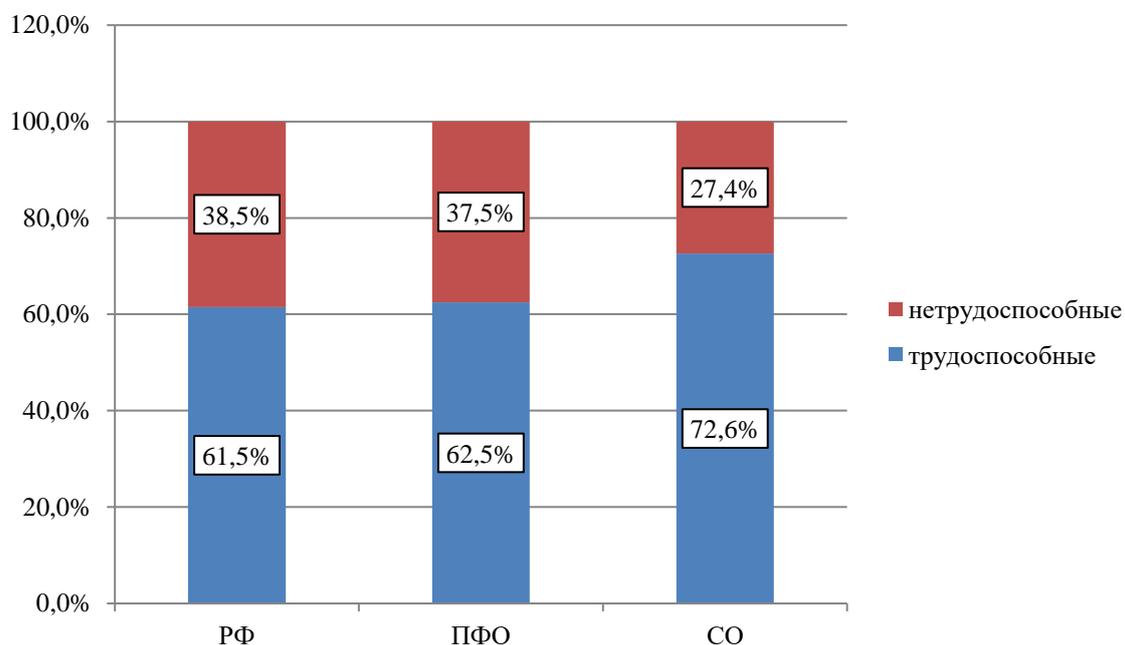


Рисунок 22. Структура первичной инвалидности в 2016 году (%).

В структуре общей заболеваемости почти $40 \pm 3,5\%$ составляют лица с впервые выявленной АГ.

Помимо показателей заболеваемости, показатели инвалидности и смертности также характеризуют состояние здоровья населения [52].

АГ редко является самостоятельной причиной инвалидизации и смерти, но при этом занимает первое место по вкладу в показатели инвалидности и смертности от БСК [12], которые являются ведущими в структуре причин инвалидности населения РФ [102]. По данным К.М. Петросян инвалидами вследствие повышенного кровяного давления в РФ ежегодно первично признается в среднем 28,5 тыс. человек [114]. Отмечается положительная динамика уровня инвалидности лиц трудоспособного возраста – снижение показателя с 1,5 на 10 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 0,4 на 10 тыс. взрослого населения в 2011 г. (в 3,75 раз). БСК занимают второе место среди причин первичной инвалидности в СО после онкологических заболеваний, их

доля среди всех причин инвалидности составляет 27,0% (рисунок 23). За последние 12 лет в области уровень первичной инвалидности по причине БСК снизился с 24 случая в 2004 на 10 тыс. населения году до 13 случаев соответственно в 2016 г.

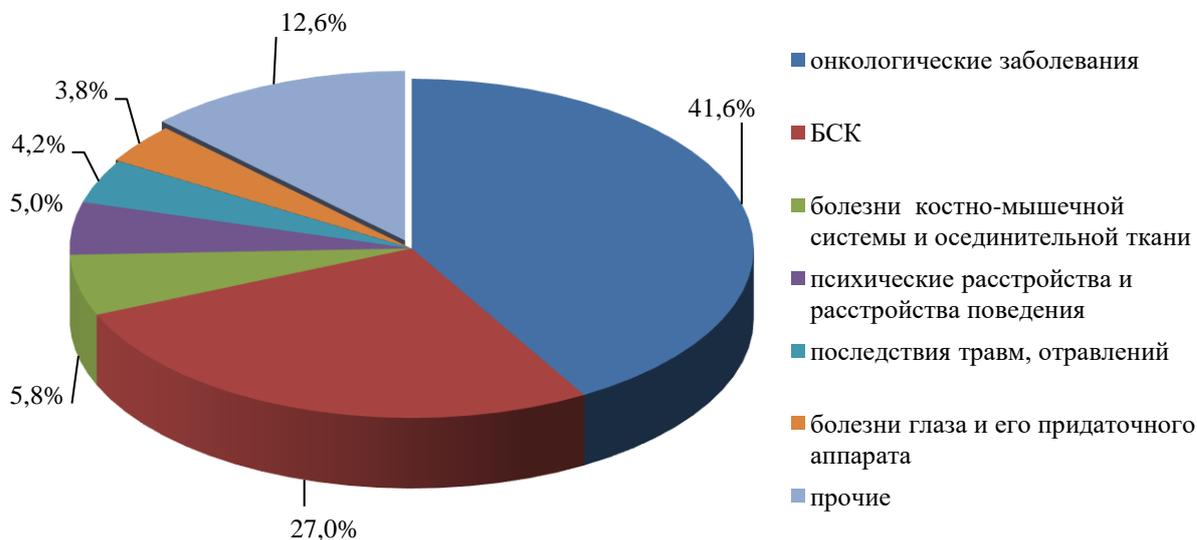


Рисунок 23. Структура первичной инвалидности населения Саратовской области в 2016 году (%).

В проспективных и интервенционных исследованиях неоднократно продемонстрированы ассоциации повышенного артериального давления с риском основных БСК – мозгового инсульта, ИБС, застойной сердечной недостаточности, почечных осложнений и риском кардиоваскулярной смерти [43]. В современном мире повышенное артериальное давление является причиной 9,4 миллиона случаев смерти [43].

В СО (так же как в РФ и ПФО) первое место среди показателей смертности занимают БСК (48,5%). За 12 лет показатели смертности от БСК населения СО были выше показателей по РФ и ПФО на 10,7% и 3,6% соответственно.

В целом же по области отмечена тенденция к снижению показателя, как в РФ и Приволжском ФО. В СО отмечено снижение уровней смертности на 16,1% [151].

Таким образом, за период с 2004 г. по 2016 г. в СО отмечается рост показателя общей заболеваемости АГ в 3,3 раза (с 4134,6 до 13813,8 на сто тыс. населения), увеличение показателей первичной заболеваемости АГ взрослого населения в 2,9 раз (с 465,9 до 1338,0 на сто тыс. населения). Уровень первичной инвалидности по причине БСК снизился с 24 случая в 2004 г. на 10 тыс. населения до 13 случаев в 2016 г. За 12 лет показатели смертности от БСК населения СО были выше показателей по РФ и ПФО на 10,7% и 3,6% соответственно. Снижение уровней смертности (на 16,1%) и первичного выхода на инвалидность пациентов при БСК в СО отражает общероссийские тенденции.

ГЛАВА IV.

ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

4.1. Медико-социальные характеристики отдаленного прогноза больных артериальной гипертензией

Из 314 респондентов с неосложненной АГ, включенных в исследование, I стадия АГ была установлена у $23,2\% \pm 0,9\%$, вторая – у $76,8\% \pm 1,2\%$, $p \leq 0,05$ (рисунок 24).

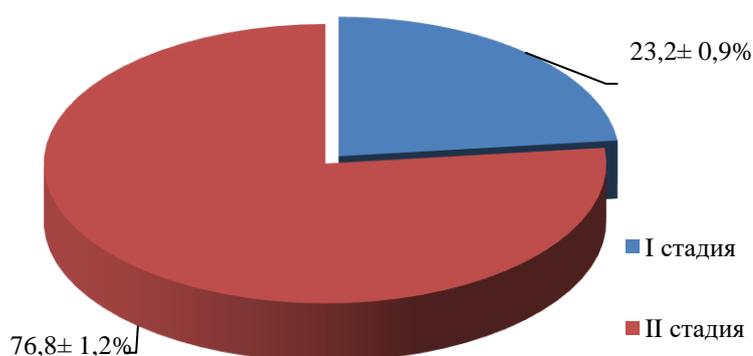


Рисунок 22. Распределение респондентов в зависимости от стадии АГ (%).

Очень низкий риск сердечно-сосудистых осложнений по системе SCORE отмечался у $1,2\% \pm 0,4\%$, низкий – у $39,1\% \pm 0,9\%$, высокий – у $59,7\% \pm 1,6\%$, $p \leq 0,05$ (рисунок 25).

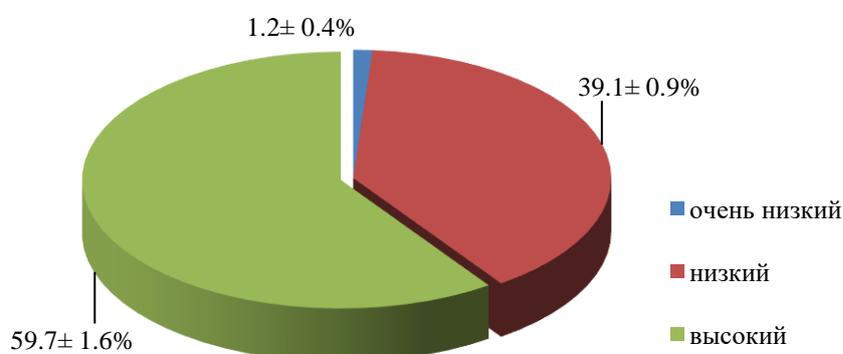


Рисунок 25. Распределение респондентов в зависимости от риска сердечно-сосудистых осложнений по системе SCORE (%).

Пациенты страдали АГ в среднем $6 \pm 2,9$ лет. Менее одного года страдали АГ $20,3 \pm 1,2\%$, от одного года до 5 лет – $57,7 \pm 1,8\%$, более 5 лет – $22 \pm 1,3\%$, $p \leq 0,05$ (рисунок 26).

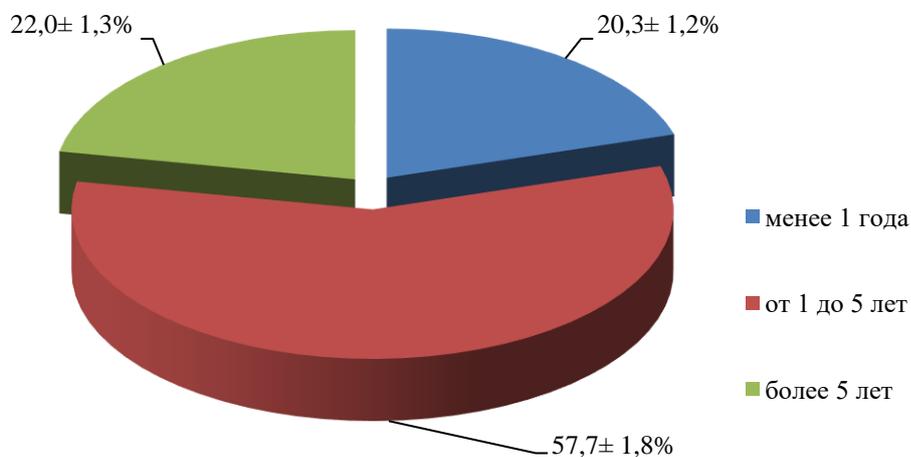


Рисунок 26. Распределение респондентов в зависимости от длительности артериальной гипертензии (%).

$59,9 \pm 2,5\%$ принимают антигипертензивные препараты амбулаторно, а $40,1 \pm 2,5\%$ – не принимают антигипертензивные препараты, $p \leq 0,05$ (рисунок 27). Лекарственные средства приобретались пациентами в аптечных организациях за счет собственных финансовых ресурсов.

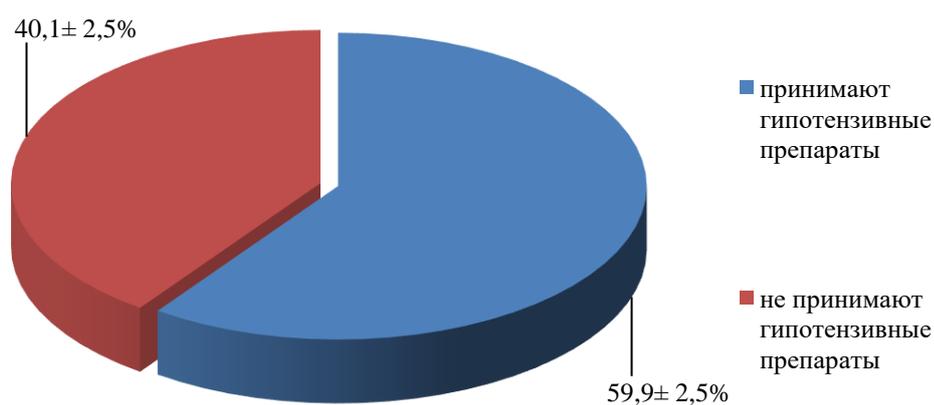


Рисунок 27. Распределение респондентов в зависимости от приема гипотензивных препаратов (%).

В настоящем исследовании женщины составили $55,5 \pm 2,5\%$, мужчины – $44,5 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$. (рисунок 28).

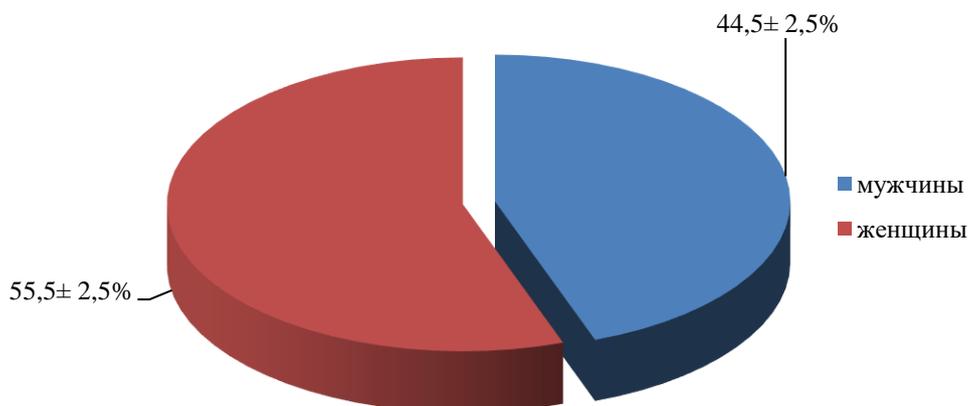


Рисунок 28. Распределение респондентов по полу (%).

По полу респонденты распределились следующим образом (Таблица 5). Большая часть респондентов ($55 \pm 2,5$ из 100 человек) находилась в возрасте 50-59 лет.

Таблица 5. Распределение респондентов с АГ по возрасту (на 100 чел.)

Возраст	На 100 чел.
18 – 20 лет	$0,7 \pm 0,1$
21 – 29 лет	$6,8 \pm 1,0$
30 – 39 лет	$7,6 \pm 1,0$
40 – 49 лет	$29,8 \pm 1,8$
50 – 59 лет	$55 \pm 2,5$
p	0,025

Средний возраст пациентов составил $47,5 \pm 2,9$ лет. При этом исследователями неоднократно доказано, что наиболее значительное увеличение распространенности АГ, повышение уровня АД отмечается в четвертой и пятой декадах жизни (А.А. Дзинский и соавт., 2008 [175]; И.В. Корнильева и соавт., 2003 [133], С.А. Шальнова, 2008 [192]).

Среди респондентов $35,5 \pm 2,5\%$ являлись рабочими, $1,9 \pm 0,8\%$ индивидуальными предпринимателями, инженерно-техническими и государственными служащими – $26,2 \pm 2,1\%$ $11,2 \pm 2,2\%$ соответственно,

24,0±2,2% не работали, 1,2±0,3% обучались в средних и высших образовательных учреждениях (рисунок 29).

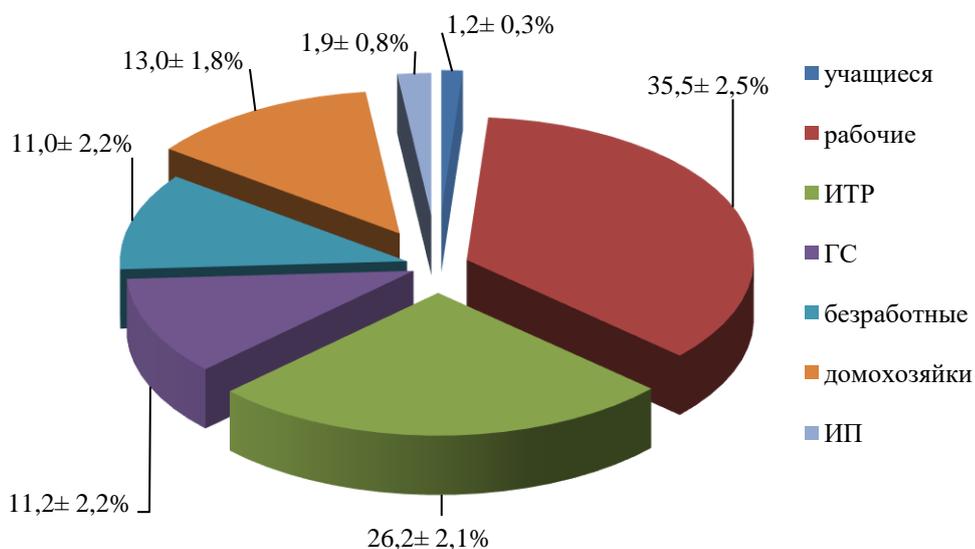


Рисунок 29. Социальный статус респондентов² (%).

Начальное образование имеет 2,9±0,6%, незаконченное среднее – 2,0±0,6%, среднее специальное – 52,8±2,5%, незаконченное высшее – 5,9±1,0%, высшее – 36,4±1,3, $p \leq 0,05$ (рисунок 30). Таким образом, большая часть респондентов имели среднее специальное и более низкое образование и относились к группе риска по АГ и (глава I).

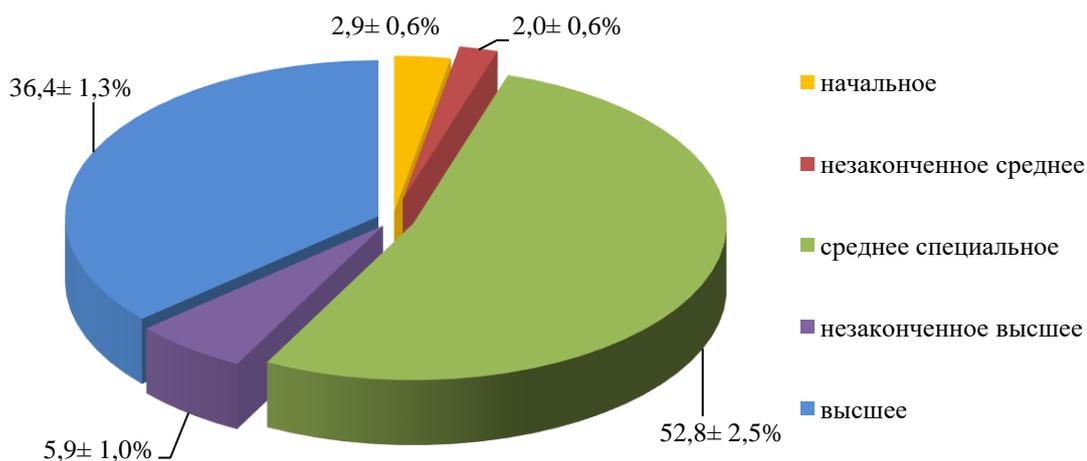


Рисунок 30. Распределение респондентов по уровню образования (%).

² ИТР - инженерно-технические служащие, ГС – государственные служащие, ИП – индивидуальные предприниматели

Большинство пациентов ($76,8 \pm 2,5\%$) состоят в браке, являются вдовцами (вдовами) – $3,9 \pm 1,5\%$, не состоят в браке – $19,3 \pm 2,3\%$, $p \leq 0,05$ (рисунок 31).

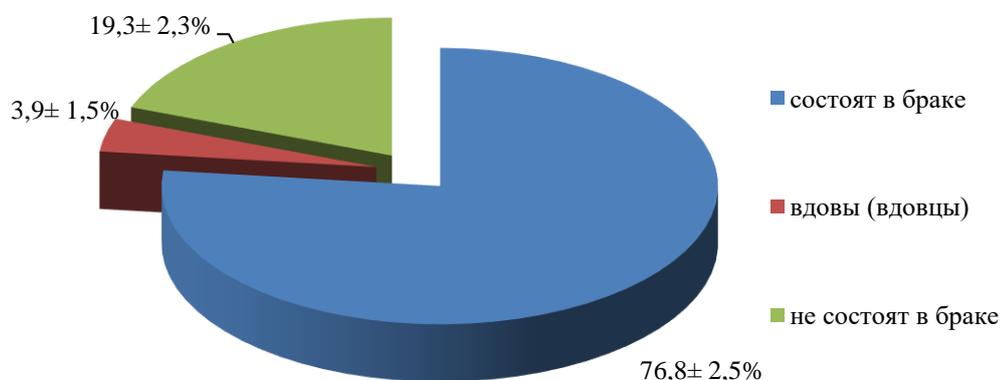


Рисунок 31. Семейное положение респондентов (%).

Не имеют детей $16,4 \pm 1,5\%$, один ребенок есть у $45,2 \pm 2,5\%$, двоих детей имеют $29,8 \pm 2,2\%$, трех и более – $8,6 \pm 0,9\%$. Из респондентов, имеющих детей, $25,9 \pm 1,9\%$ имеют детей до в возрасте до 18 лет, $p \leq 0,05$ (рисунок 32).

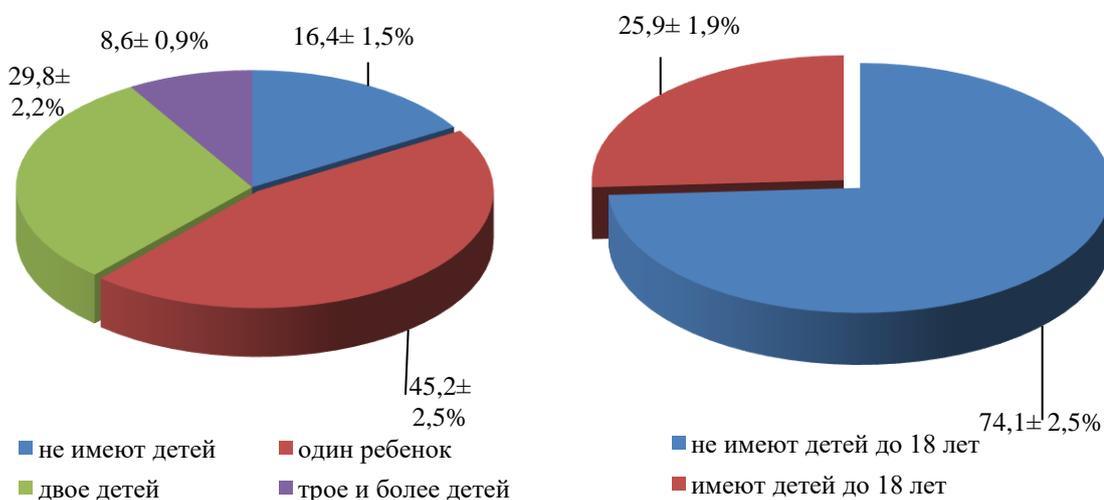


Рисунок 32. Наличие детей в семьях респондентов (%).

$38,1 \pm 2,2\%$ отметили, что в их семьях 1 работающий член семьи, $52,8 \pm 2,5\%$ отметили, что два человека в семье работают, $3,2 \pm 0,8\%$ – три и более человека, $5,9 \pm 0,9\%$ отметили отсутствие работающих членов в семье, $p \leq 0,05$ (рисунок 33).

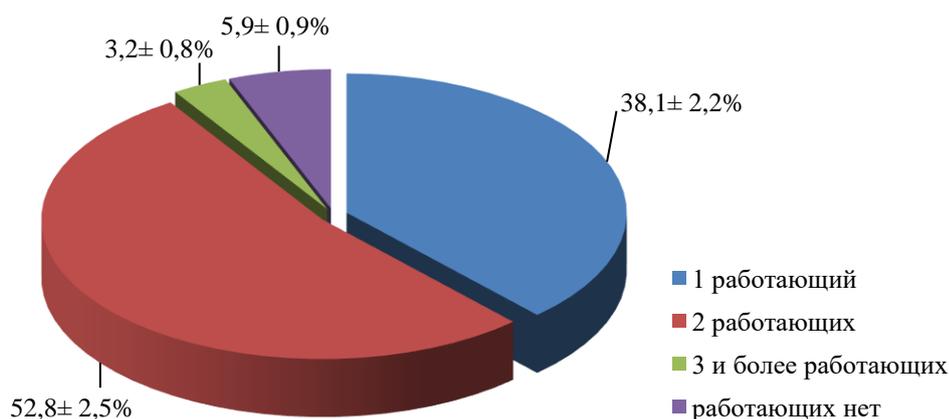


Рисунок 33. Наличие работающих членов в семьях респондентов (%).

При исследовании доступности лекарственной терапии для респондентов с АГ использован депривационный (субъективный) подход [34]. В соответствии с 4 степенями деприваций, предложенными Н.М. Давыдовой все респонденты были отнесены к той или иной группе³: 1 степень – 48,5±2,5%, 2 степень – 15,9±1,8%, 3 степень – 25,9±2,1%, 4 степень – 6,8±1,2%, $p \leq 0,05$ (рисунок 34).

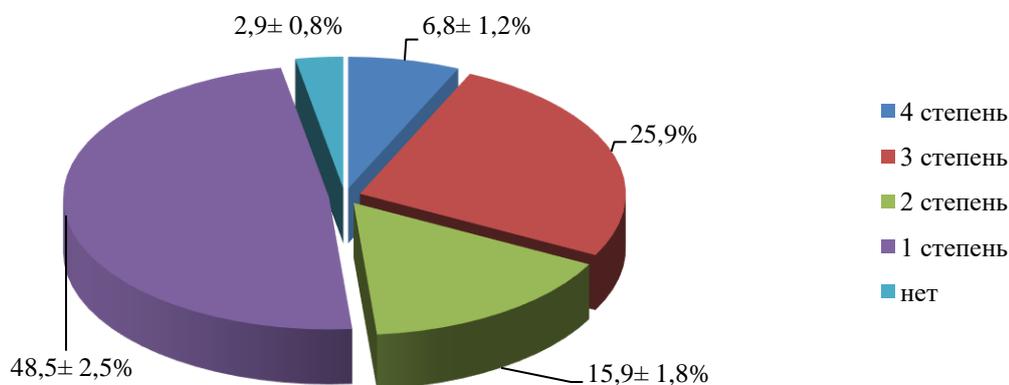


Рисунок 34. Распределение респондентов по степеням деприваций (%).

Учитывая характеристики деприваций, респонденты были разделены на три группы:

– группа I. Медикаментозное лечение пациентам с АГ в амбулаторных условиях недоступно (4 степень деприваций) – 7,3±1,2%, $p \leq 0,05$;

³ Стр. 20

– группа II. Пациентам недоступна адекватная постоянная гипотензивная терапия в соответствии со стандартами (2 и 3 степень деприваций) – $44,4 \pm 2,3\%$, $p \leq 0,05$;

– группа III. Медикаментозная терапия доступна пациентам в полном объеме (1 степень деприваций) – $48,3 \pm 2,3\%$, $p \leq 0,05$ (рисунок 35).

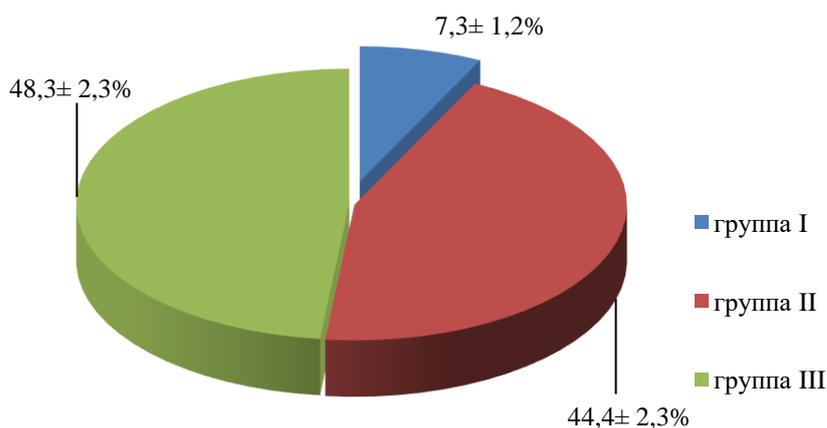


Рисунок 35. Доступность медикаментозного лечения для респондентов (%).

Прием гипотензивных препаратов для пациентов с АГ является необходимой пожизненной терапией, позволяющей избежать сердечно-сосудистых осложнений. Учитывая результаты настоящего исследования для $51,7 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$ респондентов постоянное адекватное лечение, назначаемое врачом в соответствии со стандартами, недоступно. Поэтому можно говорить о том, что респонденты I и II групп имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых осложнений АГ.

Для $5,5 \pm 0,9$ мужчин и $7,9 \pm 0,9$ женщин из 100 человек медикаментозное лечение АГ в амбулаторных условиях не доступно. Адекватная лекарственная терапия в соответствии со стандартами не доступна для $40,7 \pm 2,5$ мужчин и $42,7 \pm 2,5$ женщин из 100. Полностью доступна медицинская помощь в соответствии со стандартами для $53,8 \pm 2,5$ мужчин и $49,4 \pm 2,5$ женщин из 100 (таблица 6).

Таблица 6. Гендерные характеристики доступности медикаментозного лечения пациентам с АГ в амбулаторных условиях (на 100 человек)

Депривационная группа	мужчины	женщины
	%	%
I	5,5±0,9	7,9±0,9
II	40,7±2,5	42,7±2,5
III	53,8±2,5	49,4±2,5
p	0,024	0,025

Таким образом, при использовании депривационного подхода можно отметить большую доступность медикаментозного лечения для мужчин по сравнению с женщинами.

Из 100 человек недоступно медикаментозное лечение для 10,5±1,2 человек в возрасте до 20 лет, 14,3±1,5 пациентов с АГ в возрасте 20-29 лет, 5,1±0,5 – в возрасте 30-39 лет, 2,5±0,8 респондентов в возрасте 40-49 лет и 9,3±1,1 – в возрасте 50-59 лет. В соответствии со стандартами не могут себе позволить приобретать лекарственные средства 17,9±1,5 респондентов из 100 в возрасте 20-29 лет; 45,2±2,5 в возрасте 30-39 лет; 37,7±2,3 в возрасте 40-49 лет и 47,1±2,5 в возрасте 50-59 лет соответственно. Полностью доступна лекарственная терапия 78,3±2,5 из 100 респондентам в возрасте до 20 лет, 67,8±2,5 из 100 респондентам в возрасте 20-29 лет, 54,8±2,5 – в возрасте 30-39 лет, 59,8±2,5 – в возрасте 40-49 лет и 43,6±2,5 из 100 респондентам в возрасте 50-59 лет (таблица 7).

Таблица 7. Возрастные характеристики депривационных групп респондентов (на 100 чел.)

Депривационная группа	до 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет
I	10,5±1,2	14,3±1,5	5,1±0,5	2,5±0,8	9,3±1,1
II	11,2±1,5	17,9±1,5	40,1±2,5	37,7±2,3	47,1±2,5
III	78,3±2,5	67,8±2,5	54,8±2,5	59,8	43,6±2,5
p	0,021	0,035	0,041	0,015	0,026

Доступность медикаментозного лечения пациентам с АГ меняется в зависимости от возраста респондентов. Установлена корреляционная зависимость средней силы доступности медикаментозной гипотензивной терапии от возраста пациента ($r_s = 0,334$, $p \leq 0,05$).

Более высокий уровень образования соответствует более высокой степени финансовых возможностей [55]. Исследование подтверждает, что для лиц с более высоким уровнем образования лекарственная терапия более доступна, чем для лиц с низким образованием (таблица 8).

Таблица 8. Зависимость доступности медикаментозной терапии от уровня образования респондентов (на 100 человек)

Депривационная группа	Начальное	Незаконченное среднее	Среднее	Незаконченное высшее	Высшее
I	33,3±2,5	6,1±1,5	6,5±1,5	5,2±1,5	0,7±0,3
II	58,3±3,5	81,4±4,5	45,4±2,5	78,1±4,5	27,5±1,8
III	8,3±1,2	12,5±1,9	48,1±2,5	16,7±1,6	71,8±4,2
p	0,024	0,038	0,021	0,018	0,036

Из 100 человек медикаментозное лечение в соответствии со стандартами недоступно для 91,6±4,5 респондентов с начальным уровнем образования, 87,5±4,5 – с незаконченным средним образованием, 51,9±3,5 – со средним образованием, 83,3±4,5 – с незаконченным высшим образованием и 28,2±2,5 с высшим образованием.

В группах прослеживается зависимость: выше образование – доступнее терапия (слабая корреляционная связь, $r_s = 0,424$, $p \leq 0,05$).

Респонденты из группы учащихся, как правило, являются иждивенцами и доступность антигипертензивной терапии, уровень деприваций в данной группе определяется уровнем деприваций в семье.

В самой многочисленной группе рабочих специальностей большинству респондентов ($51,7 \pm 2,5$ чел. из 100) лекарственная терапия доступна в соответствии со стандартами, для $44,8 \pm 2,5$ из 100 респондентов данной группы недоступна адекватная в соответствии со стандартами гипотензивная терапия и для $3,5 \pm 0,9$ из 100 лекарственная помощь недоступна вообще (таблица 9).

Таблица 9. Доступность медикаментозной терапии в различных социальных группах (на 100 человек)

Депривационная группа	I	II	III	P
Учащиеся	$3,7 \pm 0,9$	$56,3 \pm 3,3$	$40 \pm 2,8$	0,021
Рабочие	$3,5 \pm 0,9$	$44,8 \pm 2,5$	$51,7 \pm 2,5$	0,026
Служащие	$0,9 \pm 0,3$	$24,3 \pm 1,5$	$74,8 \pm 3,5$	0,018
Гос. служащие	$0,9 \pm 0,3$	$14,3 \pm 1,5$	$84,8 \pm 3,5$	0,025
Безработные	$17,8 \pm 1,5$	$71,1 \pm 3,5$	$11,1 \pm 1,2$	0,038
Домохозяйки	$17,0 \pm 1,5$	$66,0 \pm 2,5$	$17,0 \pm 1,5$	0,030
Индивидуальные предприниматели	$3,2 \pm 0,9$	$34,3 \pm 2,5$	$62,5 \pm 3,5$	0,025

Для большей части служащих и государственных служащих адекватное медикаментозное лечение доступно в соответствии со стандартами ($74,8 \pm 3,5$ и $84,8 \pm 3,5$ из 100 человек соответственно); $24,3 \pm 1,5$ служащих и $12,3 \pm 1,5$ государственных служащих из 100 не имеют возможности лечиться, приобретая медицинские препараты в соответствии со стандартами, и для $0,9 \pm 0,3$ из 100 служащих и государственных служащих медикаментозное лечение артериальной гипертензии недоступно.

В группах безработных и домохозяек число респондентов, которым недоступна гипотензивная терапия значительно больше – $17,8 \pm 1,5$ и $17,0 \pm 1,5$ из 100 человек, а лиц, которым доступна лекарственная помощь при АГ, значительно меньше – $11,1 \pm 1,2$ и $17,0 \pm 1,5$ соответственно. Для большей части респондентов в группах безработных и домохозяек недоступна адекватная медикаментозная терапия в соответствии со стандартами ($71,1 \pm 3,5$ и $66,0 \pm 2,5$ соответственно).

В группе индивидуальных предпринимателей медикаментозное лечение доступно для $62,5 \pm 3,5$ из 100 респондентов и недоступно постоянное адекватное лечение $37,5 \pm 2,5$ из 100 респондентам.

Таким образом, наиболее уязвимы в плане доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении АГ группы безработных и домохозяек.

Для $4,1 \pm 1,0$ из 100 лиц, состоящих в браке, медикаментозное лечение АГ недоступно, частично доступно – для $34,7 \pm 2,5$ из 100 респондентов и доступно для $61,2 \pm 3,3$ из 100. В группе вдов/вдовцов недоступна лекарственная терапия для $37,5 \pm 2,8$ из 100 респондентов, частично доступна для $50,0 \pm 2,5$ из 100, доступна – $12,5 \pm 1,8$ из 100 респондентам. Недоступна лекарственная терапия для $11,3 \pm 1,2$ из 100 холостых (не замужних) респондентов, снижена доступность для $68,4 \pm 2,5$ из 100, доступна для $20,3 \pm 1,8$ из 100 (таблица 10).

Таблица 10. Зависимость доступности медикаментозной терапии от семейного положения респондентов (на 100 человек)

Группа	Женат/ замужем	Вдовец/ вдова	Холост/ не замужем
I	$4,1 \pm 1,0$	$37,5 \pm 2,8$	$11,3 \pm 1,2$
II	$34,7 \pm 2,5$	$50,0 \pm 2,5$	$68,4 \pm 2,5$
III	$61,2 \pm 3,3$	$12,5 \pm 1,8$	$20,3 \pm 1,8$
p	0,020	0,018	0,017

Таким образом, респонденты, состоящие в браке имеют меньше ограничений в социальной сфере и, соответственно, большую доступность медикаментозной терапии при АГ по сравнению с респондентами, не состоящими в браке.

В семьях $25,9 \pm 1,8$ из 100 человек воспитываются дети в возрасте до 18 лет, из них в $49,0 \pm 2,5$ из 100 имеется 1 ребенок, в $43,4 \pm 2,5$ из 100 – два, в $7,5 \pm 1,9$ из 100 – трое и более детей (таблица 11).

Таблица 11. Зависимость доступности медикаментозного лечения при АГ от количества детей в семье (на 100 человек)

Группа	Нет детей	Есть дети	Количество детей		
			1	2	3 и более
I	$5,9 \pm 1,2$	$9,4 \pm 1,2$	$15,4 \pm 1,2$	$4,3 \pm 0,8$	$5,2 \pm 0,8$
II	$40,3 \pm 2,3$	$46,2 \pm 2,5$	$51,9 \pm 2,5$	$41,3 \pm 2,3$	$32,3 \pm 2,2$
III	$53,8 \pm 2,5$	$44,3 \pm 2,3$	$32,7 \pm 2,1$	$54,3 \pm 2,5$	$62,5 \pm 2,6$
p	0,024	0,022	0,018	0,034	0,024

Доступность медикаментозной терапии от наличия в семьях несовершеннолетних детей зависит незначительно ($r_s = 0,102$, $p \leq 0,05$) и при этом совершенно не зависит от их количества ($r_s = 0,054$, $p \leq 0,05$).

Из 100 респондентов недоступна медикаментозная терапия для $5,9 \pm 1,2$, которые не имеют детей до 18 лет, и $9,4 \pm 1,2$, которые воспитывают несовершеннолетних детей, в том числе для $15,4 \pm 1,2$, имеющих одного ребенка и $4,3 \pm 0,8$, имеющих двоих детей и $5,2 \pm 0,8$, воспитывающих 3 и более детей. Недоступна адекватная, в соответствии со стандартами, лекарственная терапия для $40,3 \pm 2,3$ из 100 респондентов без несовершеннолетних детей и $46,2 \pm 2,5$ из 100 респондентам, воспитывающих одного и более ребенка, в том числе для $51,9 \pm 2,5$ из 100 респондентов, имеющих одного ребенка, $41,3 \pm 2,3$, имеющих двоих детей, и $37,5 \pm 2,2$, имеющих троих и более детей. Абсолютно доступна медицинская помощь $53,8 \pm 2,5$ из 100 респондентам без детей и $44,3 \pm 2,3$ из 100 респондентам, имеющих детей, в том числе $32,7 \pm 2,1$, имеющих

одного ребенка, $54,3 \pm 2,5$, имеющих двоих детей и $62,5 \pm 2,6$, имеющих троих и более детей.

Оценка степени деприваций в разных семьях зависит от того, «какой вид деприваций они испытывают, на каком качественном уровне нужды в итоге оказываются» [34].

Недоступно медикаментозное лечение для $25 \pm 2,0$ из 100 респондентов, в семьях которых никто не работает, для $9 \pm 1,1$ из 100 респондентов, в семьях которых один работающий, для $2,8 \pm 0,8$ из 100 респондентов, в семьях которых работает два человека и для $15,4 \pm 1,2$ из 100 респондентов, в семьях которых работает трое и более человек.

Недоступно лекарственное обеспечение в соответствии со стандартами для $62,5 \pm 2,5$ из 100 респондентов, в семьях которых никто не работает, $53,2 \pm 2,5$ из 100, в семьях которых работает один человек, $31,5 \pm 1,8$ из 100, в семьях которых работает два человека и $38,5 \pm 1,8$ из 100, в семьях которых работают трое и более человек.

Полностью доступно лечение $12,5 \pm 1,1$ из 100 респондентам, в семьях которых никто не работает, $37,8 \pm 2,2$ из 100, в семьях которых работает один человек, $65,7 \pm 2,5$ из 100 лиц, в семьях которых работает два человека, $46,1 \pm 2,5$ из 100, в семьях которых три и более работающих члена (таблица 12).

Таблица 12. Зависимость доступности медикаментозного лечения от количества работающих членов семьи (на 100 чел.)

Группа	Количество работающих в семье			
	1	2	3 и более	0
I	$9,0 \pm 1,1$	$2,8 \pm 0,8$	$15,4 \pm 1,2$	$25,0 \pm 2,0$
II	$53,2 \pm 2,5$	$31,5 \pm 1,8$	$38,5 \pm 1,8$	$62,5 \pm 2,5$
III	$37,8 \pm 2,2$	$65,7 \pm 2,5$	$46,1 \pm 2,5$	$12,5 \pm 1,1$
p	0,021	0,035	0,029	0,03

Отмечена сильная корреляционная зависимость доступности медикаментозного лечения от количества работающих в семье ($r_s = 0,534$, $p \leq 0,05$).

Выявлена зависимость доступности медикаментозного лечения для больных АГ в амбулаторных условиях от количества работающих в семье (исключение составила группа, в которой три и более работающих члена семьи, но так как данная группа представлена незначительным количеством респондентов, то данные малодостоверны). С увеличением количества работающих увеличивается общий доход, доход на одного члена семьи и, соответственно, доступность лекарственного обеспечения.

Таким образом, лекарственная медицинская помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ограничено доступна для 51,7% пациентов (субъективный (депривационный) подход к анализу доступности), относящихся к социальным группам риска неблагоприятного отдаленного прогноза качества жизни при артериальной гипертензии.

Оценка тяжести заболевания и социальных характеристик пациентов с артериальной гипертензией, повышение доступности лекарственной терапии в амбулаторных условиях позволят реализовать принципы организации первичной медико-санитарной помощи пациента трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией, минимизировать риски развития сердечно-сосудистых осложнений, повысить качество жизни пациентов.

4.2. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией в контексте объективных индикаторов

«КЖ в настоящее время представляется одной из важнейших характеристик состояния больных, страдающих хроническими заболеваниями. Значительное количество определений КЖ в современной литературе указывает на неоднозначность, комплексность, многослойность данного феномена» [143].

Отмечена взаимосвязь качества жизни с различными социальными, экономическими и культурными факторами. Специфика рассмотрения понятия КЖ определяется предметом и объектом изучения каждой науки: экономические науки определяют качество жизни с акцентом на удовлетворении материальной составляющей, политические науки акцентируют внимание на идеологической составляющей, психологические учитывают определение и удовлетворение потребностей индивида. [232].

Социологический подход позволяет интегрировать в дефиниции «качество жизни» экономические показатели (уровень жизни), особенности повседневной жизни индивидов (образ жизни), а также нормативно-ценностные характеристики населения (духовность) [48].

КЖ определяется как континуум вещественных, общественных, демографических и иных факторов жизни, степень их развития, который можно интерпретировать в виде субъективной оценки своей жизни [143].

«КЖ – это интегральная характеристика физического, социального и психологического функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [93].

КЖ в медицине формируется влиянием болезни и лечения на пациента. «КЖ, релевантное здоровью, – это степень благополучия и удовлетворение жизнью, обусловленное имеющимся симптомокомплексом» [167].

В некоторых публикациях суммарный показатель КЖ, релевантного здоровью, заключен в трех компонентах (рисунок 36)

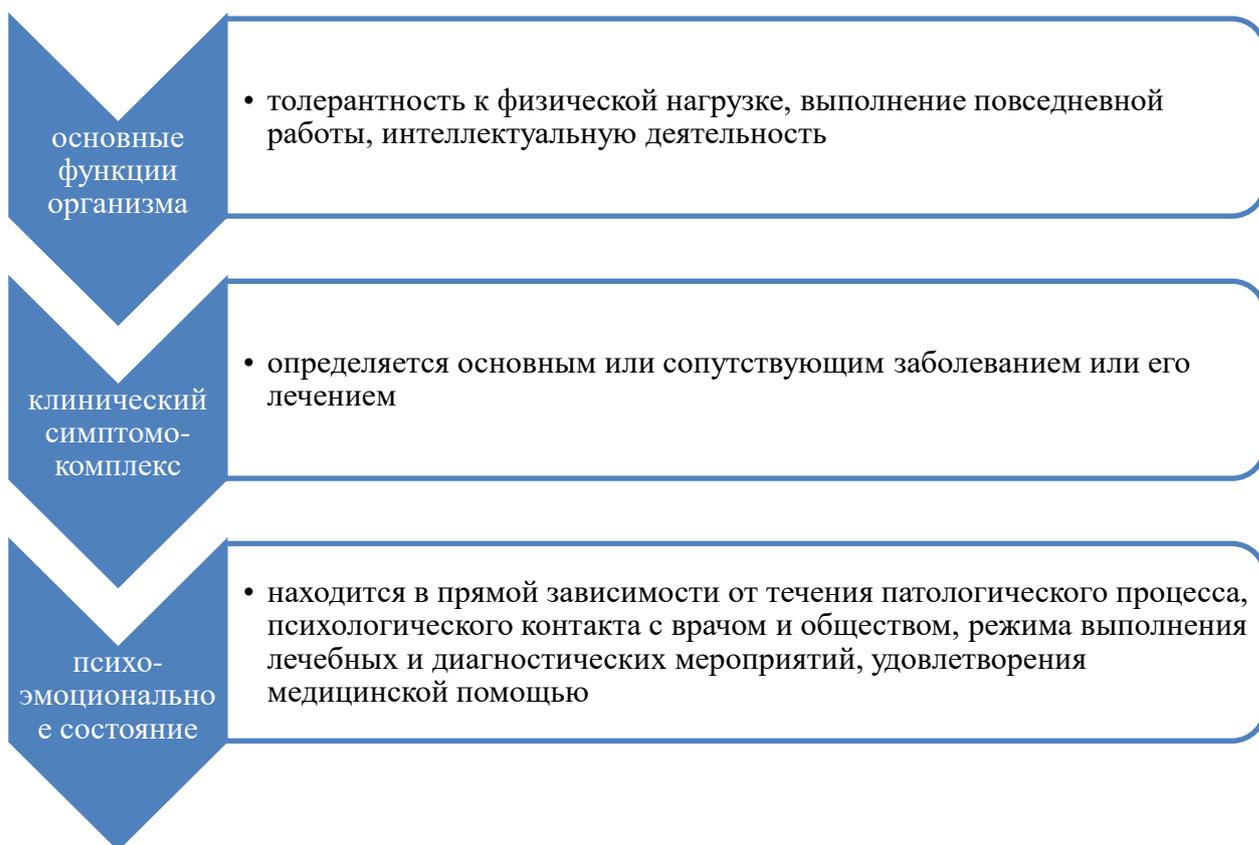


Рисунок 36. Компоненты суммарный показатель КЖ, релевантного здоровью [113]

КЖ предполагают многофакторную оценку функционирования индивида, включающую личностные особенности субъекта, индивидуальность и систему его взаимоотношений [23].

Изучение КЖ дает возможность определить воздействие заболевания и терапии на эмоциональное, психологическое и соматическое состояние больного. КЖ воспроизводит психологическое, физическое и социальное благополучие, интеллектуальный фон, ограничения жизнедеятельности» [71].

ВОЗ предложила критерии КЖ, релевантного здоровью:

- «– Физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- Психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);

- Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- Жизнь в обществе (Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- Окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (загрязнители, шум, населенность, климат);
- Духовность (религия, личные убеждения)» [56].

В современном здравоохранении широко распространён термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (Health-related Quality of life) [213, 219, 220, 221]. При оценке его учитывают жалобы пациента, вызванные заболеванием, и жалобы, сопутствующие ему, что в свою очередь позволяет определить влияние болезни и методов ее лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус [63, 239]. По мнению D. Osoba, M. King, основной целью здравоохранения является сохранение и восстановление функциональных способностей индивидов, их качества жизни, связанного со здоровьем [237].

КЖ, которое определяется как субъективная оценка жизненной концепции, «в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами» [267], включает социальные, физические и эмоциональные параметры функционирования субъекта, которые воздействуют на него и играют немаловажную роль.

А.К. Хетагурова [186] использует пять основных компонентов КЖ, релевантного здоровью (рисунок 37).



Рисунок 37. Пять основных компонентов КЖ, релевантного здоровью [186]

С.П. Спиридоновым КЖ учитывается в контексте объективных и субъективных показателей. Объективные показатели рассматриваются в форме обязательных факторов и жизненных процессов [165].

Одна из моделей оценки КЖ включает девять сфер жизни: «трудовая активность; личные способности; семья; здоровье; общественная защита; досуг; факторы окружающей среды; внезапные ситуации; будущее» [21].

В.И. Евдокимов [42] выделил основные объективные КЖ:

1. «индекс развития человеческого потенциала» [42], который включает реальный ВВП на душу населения, ожидаемую продолжительность жизни при рождении и индекса образованности;

2. человеческий капитал, заключающийся в совокупности качеств личности, определяющих производительность труда, которые в перспективе могут стать источником дохода (профессионализм, талант, образование, здоровье, мобильность и др.);

3. показатели Росстата (ВВП, индекс стоимости жизни, потребление на душу населения, потребление, доходы и расходы населения и др.);
4. потребительские бюджеты (уровень прожиточного минимума, минимальный потребительский бюджет и бюджет высокого достатка);
5. территориальные оценки качества жизни;
6. демографические показатели и показатели общественного здоровья [42].

Для научно-исследовательской работы «Исследование качества жизни в российских городах», проведенной в 2014 году в Финансовом университете при Правительстве Российской Федерации, в качестве объективных индикаторов качества жизни населения городов рассматривались: численность населения; среднемесячная номинальная начисленная заработная плата горожан, обеспеченность населения жилым фондом, медицинское обслуживание, обеспеченность населения образовательными услугами, соответствие дорог общего назначения техническим требованиям, число зарегистрированных преступлений [105].

Наиболее часто используемые объективные индикаторы КЖ по мнению Т.В. Гавриловой: «уровень жизни, уровень развития социальной инфраструктуры, экологическое состояние среды жизни, состояние здоровья, личная безопасность, уровень образования, занятость (безработица), качество трудовой жизни, жилья, досуга и отдыха, демографическая ситуация, социальная уверенность, связи, неравенство, семья, финансово-экономическое состояние территории, природно-климатические условия» [27].

По мнению В.А. Кривошей [70] КЖ определяется следующими интегративными свойствами: качество населения, благосостояние, условия жизни, информированность населения, качество социальной сферы, качество окружающей среды, природно-климатические условия. В.Н. Бобков [22] в качестве параметров КЖ рассматривает качество общества,

профессиональной жизни, социальной инфраструктуры, окружающей среды, личную безопасность.

Н.О. Колчина в своем исследовании определяет общность понятий качества, уровня и образа жизни. Образ жизни, по ее мнению, является показателем и КЖ [67].

Таким образом, в литературе представлены различные классификации объективных индикаторов КЖ, анализ которых не является задачей данной работы. В качестве облигатного предиктора КЖ больных, страдающих хроническими заболеваниями, в работе рассматривается доступность медицинской помощи и влияние на нее социальных характеристик и связанных с ними деприваций.

Необходимо отметить, что в обществе страдает КЖ не только бедного населения. Бедность опосредованно оказывает влияние на остальные слои, создавая неуверенность в будущем и усиливая социальную напряженность. Лица с низким уровнем достатка и качеством жизни не могут быть обеспечены хорошим здоровьем в силу каких-либо ограничений по заболеванию, которые в свою очередь не позволяют им получать достойную оплату. Таким образом, плохое здоровье, низкий уровень жизни и качество жизни сопровождают друг друга [18, 184]. «Не только материальное благосостояние предопределяет образ жизни, но и наоборот» [187].

Субъект, находящийся за порогом бедности, находится в состоянии социальной эксклюзии, в связи с чем само общество несет потери [89]. Сопряженные с бедностью заболевания (туберкулез, ВИЧ и пр.) создают угрозу распространения этих заболеваний среди остального населения [124].

В течение последних лет используют термин КЖ в качестве показателя результативность лечения заболевания и качества оказания медицинской помощи [79].

Первые исследования КЖ были проведены в группе пациентов с БСК в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью нозологии. Анализ КЖ респондентов с БСК доказал, что обычные условия анализа

результатов терапии, опирающиеся на результаты инструментальных и лабораторных показателей, отмечают только физический параметр заболевания и учитывает искомое жизненное благополучие больного [93].

Информация об основных сферах жизнедеятельности пациента (финансовой, духовной, социальной, физической, психологической), полученная при анализе КЖ лиц, страдающих БСК, в новом ракурсе показывает многоплановую картину болезни [71].

Исследователи оценивают КЖ больных с АГ при анализе эффективности терапии тем или иным лекарственным препаратом [9, 10, 25, 166, 189, 258]. Отмечено снижение КЖ пациентов с АГ по сравнению с респондентами контрольных групп [73, 200], в исследованиях представлены доказательства того, что качество жизни пациентов с АГ зависит от степени выраженности симптомов заболевания [60, 215], т.е. от ситуации болезни.

В литературе представлены три ситуации болезни (рисунок 38)

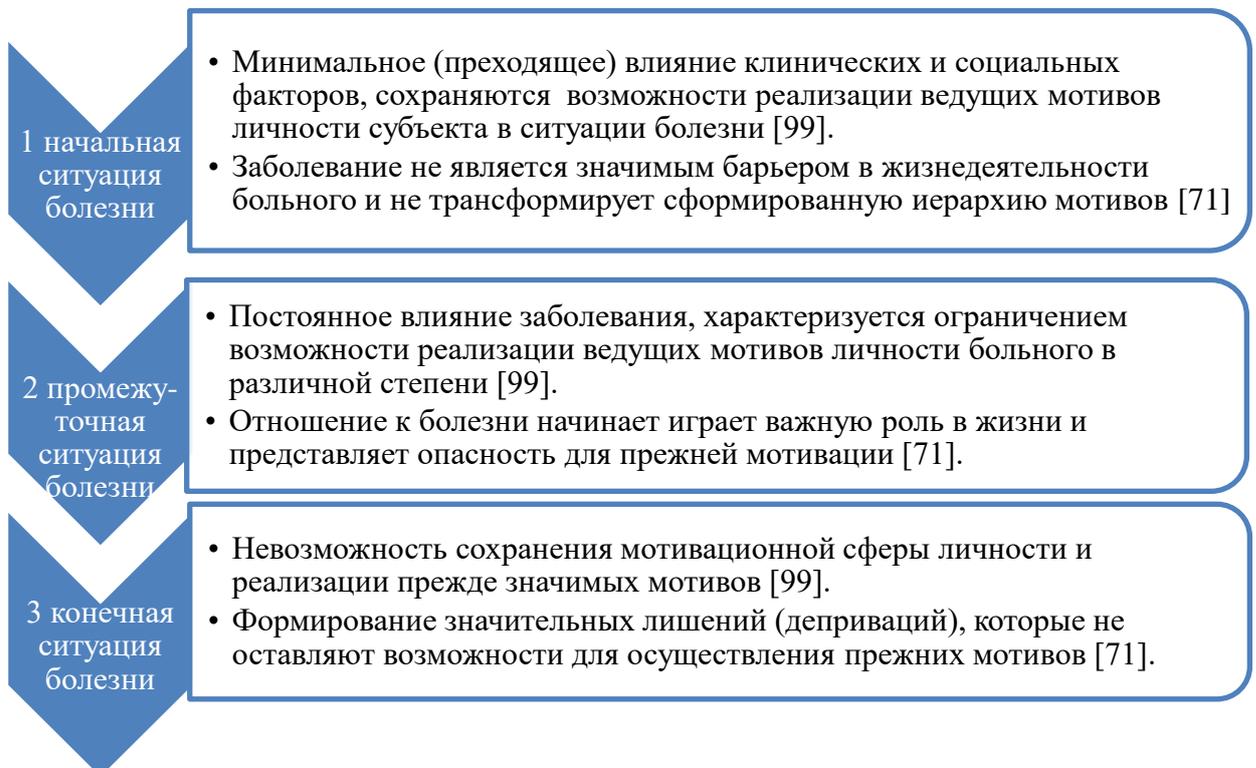


Рисунок 38. Классификация ситуаций болезни [71, 99].

В медицине наибольшее распространение получила оценка КЖ с помощью стандартизированных опросников.

Все больше исследователей для изучения КЖ в своих работах используют опросник, разработанный экспертами ВОЗ, – The World Health Organization Quality of Life Instruments (TheWHOQOL-100 and WHOQOL-Brief) (ВОЗ КЖ-100), валидизированный в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [1].

В авторском исследовании КЖ пациентов, страдающих АГ, а также АГ в сочетании с ИБС, приняли участие 409 и 238 респондентов трудоспособного возраста соответственно. Респонденты женского пола составляли $54,1 \pm 2,5\%$, а респонденты мужского пола – $45,9 \pm 2,3\%$.

При проведении исследования было установлено, что суммарный показатель КЖ достоверно ниже, чем в группе клинически здоровых лиц (85,0 и 90,6 баллов соответственно, $p=0,01$), при этом показатель КЖ в группе респондентов с артериальной гипертензией был в пределах от 63,85 до 111,21 баллов (рисунок 39).

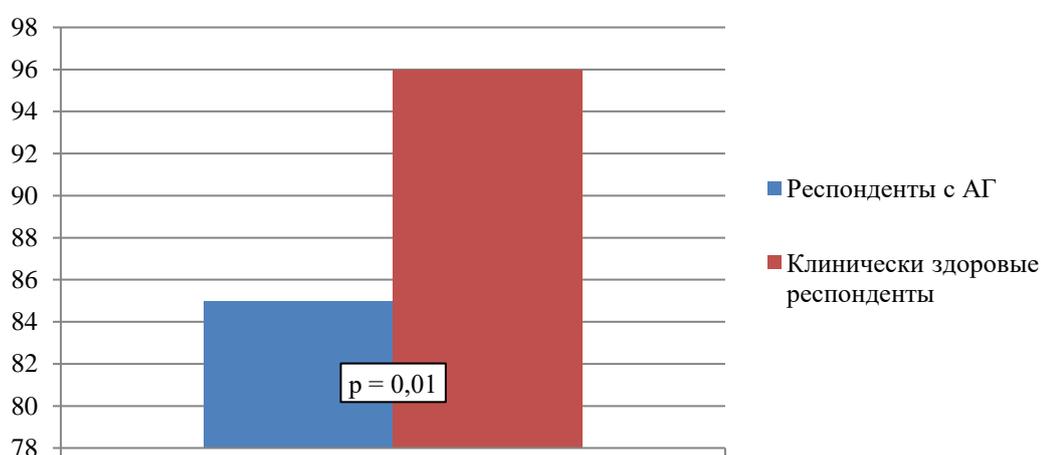


Рисунок 39. Суммарный показатель КЖ в группах (баллы).

Общая оценка восприятия жизни рассчитывается как сумма входящих в нее вопросов: $G=G1+G2+G3+G4$. Этот показатель в группе респондентов с АГ был достоверно ниже (15,0), чем в группой здоровых респондентов (16,0 баллов), $p<0,05$ (рисунок 40).



Рисунок 40. Общая оценка восприятия жизни в группах (баллы).

Получена слабая корреляционная зависимость по шкале Чеддока возраста и суммарного показателя КЖ ($0,1 < |r_s| < 0,3$) (рисунок 41).

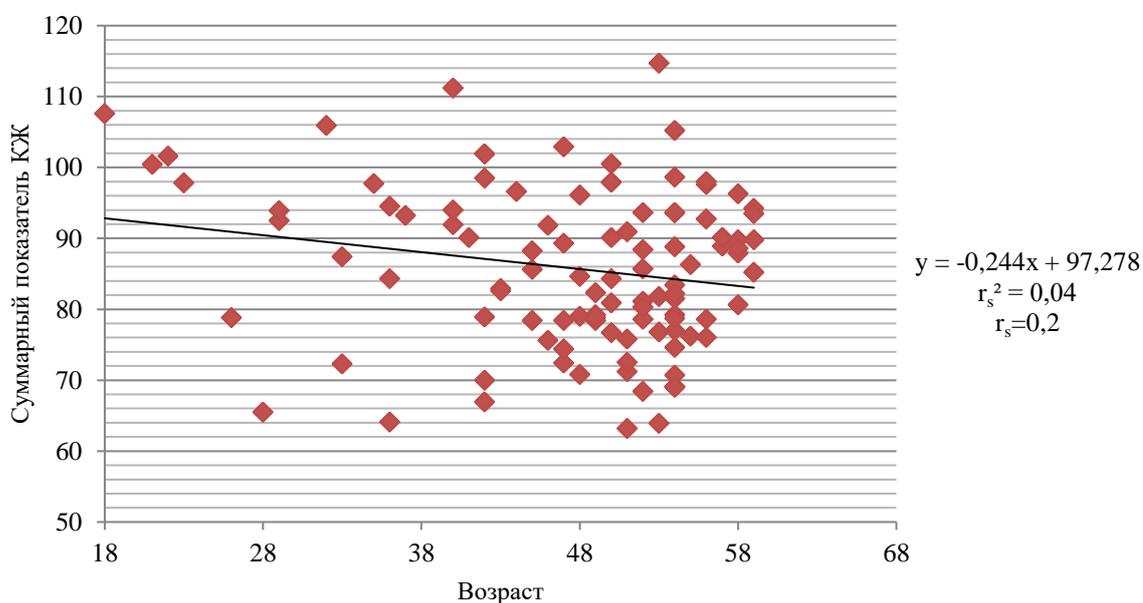


Рисунок 41. Зависимость суммарного показателя КЖ от возраста респондентов (баллы).

Пациенты с АГ при исследовании КЖ набрали 13,33 баллов в «Физической» сфере, что ниже, чем клинически здоровые респонденты (14,67 балла, $p < 0,01$) (рисунок 42).

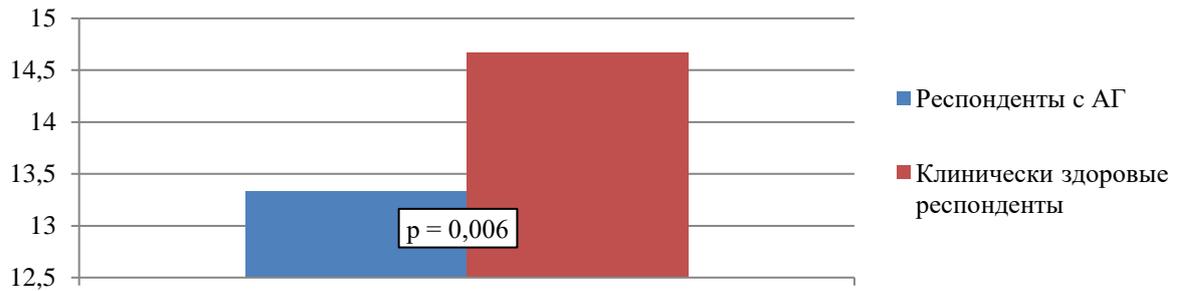


Рисунок 42. Показатель КЖ респондентов в Физической сфере (баллы).

Качество жизни респондентов с АГ в субсферах «Физическая боль и дискомфорт» и «Жизненная активность, энергия, усталость» данной сферы достоверно ниже КЖ респондентов контрольной группы (13,0 и 14,0 баллов, $p < 0,05$ и $p = 0,01$ соответственно). Респондентами с АГ в субсфере «Сон и отдых» было набрано 15 баллов, что также достоверно ниже, чем в группе клинически здоровых лиц – 16 баллов ($p < 0,05$) (рисунок 43).

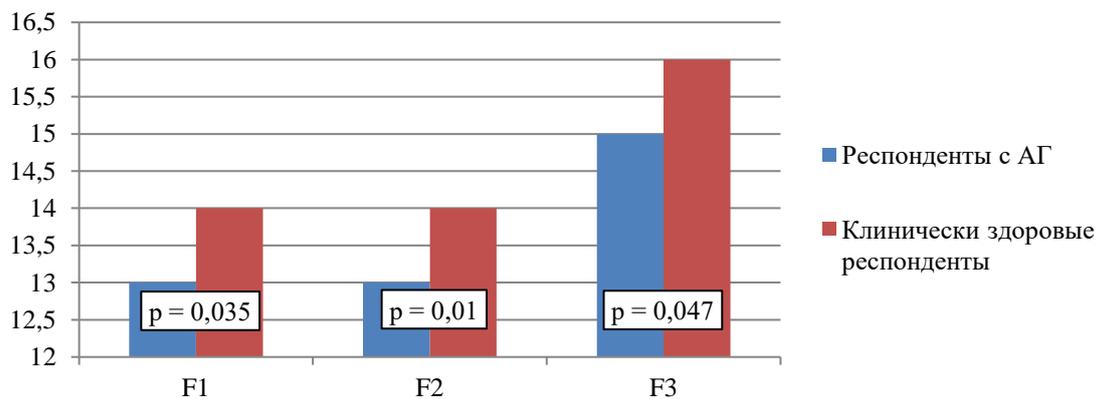


Рисунок 43. Показатель КЖ респондентов в субсферах Физической сферы (баллы).

Изменения преимущественно в «Физической» сфере (использовался опросник SF-36) было также отмечено в одном из крупнейших исследований в Швеции, в котором приняло участие более 5 тысяч человек. Было показано, что физическое здоровье при АГ снижается на 15-21% и вызывает ограничения при выполнении повседневных обязанностей, работы. В меньшей степени страдают психическая сфера и сфера социальное благополучие [204].

Аналогичные результаты были получены также в исследовании, проведенном в Шанхае [229].

«Психологический контекст категории «качество жизни» связан, прежде всего, с субъективными мотивами функционирования пациента» [49]. В «Психологической» сфере статистически значимых различий в группах выявлено не было: в группе респондентов с АГ средний балл составил 14 баллов, а в группе клинически здоровых респондентов – 14,8 балла ($p > 0,05$) (рисунок 44).

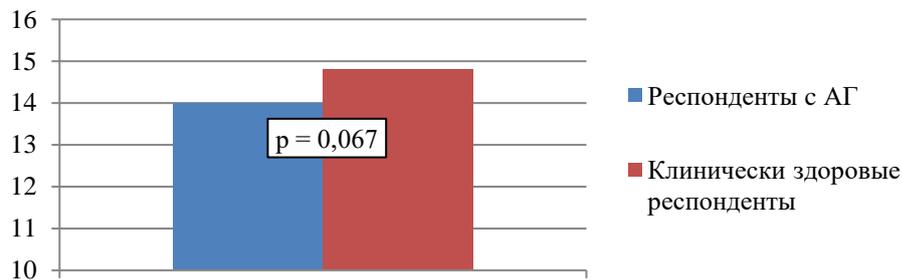


Рисунок. 44. Показатель КЖ респондентов в Психологической сфере (баллы)

В данных субсферах «Психологической» сферы получены следующие значения показателя КЖ (Таблица 13).

Таблица 13. Показатели КЖ в субсферах Психологической сферы

	F4	F5		F6	F7	F8
Респонденты с АГ	13,00	15,00		15,00	15,50	13,00
Клинически здоровые респонденты	14,00	15,00		16,00	15,00	13,50
p	0,257	0,032		0,05	0,815	0,099

При этом статистически значимые различия показателей КЖ в двух группах респондентов были получены только в субсфере «Самооценка» (рисунок 45).

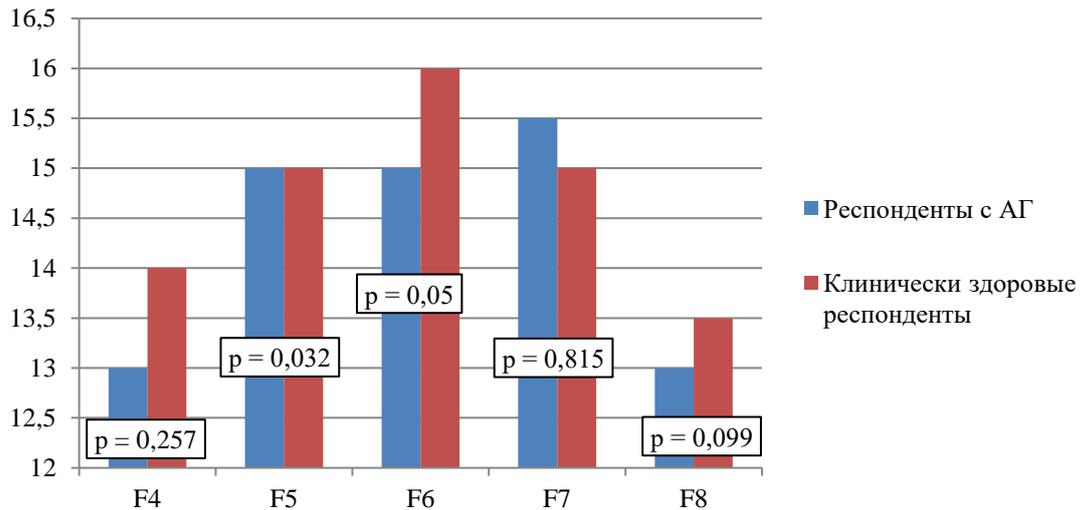


Рисунок 45. Показатели КЖ респондентов в субсферах Психологической сферы (баллы).

Статистически значимое различие результатов оценки КЖ респондентов, страдающих АГ, и респондентов из контрольной группы было отмечено в сфере «Уровень независимости»: среди респондентов с АГ зафиксировано 14,75 баллов, в группе клинически здоровых лиц – показатель КЖ составил 16,37 баллов, ($p < 0,01$) (рисунок 46).

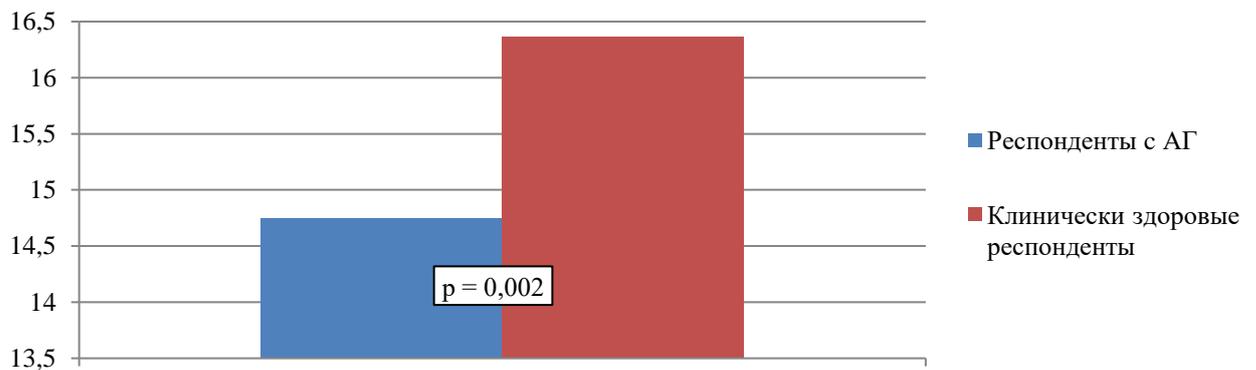


Рисунок 46. Показатель КЖ респондентов в сфере «Уровень независимости» (баллы).

В субсфере «Способность к работе» Психологической сферы показатель КЖ в группе респондентов с артериальной гипертензией составил 18,0, а в группе клинически здоровых респондентов 16,0 баллов соответственно

($p=0,01$), в субсфере «Зависимость от лекарств и лечения» 16,5 и 13,0 баллов соответственно ($p<0,01$) (рисунок 47). Таким образом, в сфере «Уровень независимости» достоверное различие показателей КЖ групп респондентов получено лишь в субсферах «Способность к работе» и «Зависимость от лекарств и лечения».

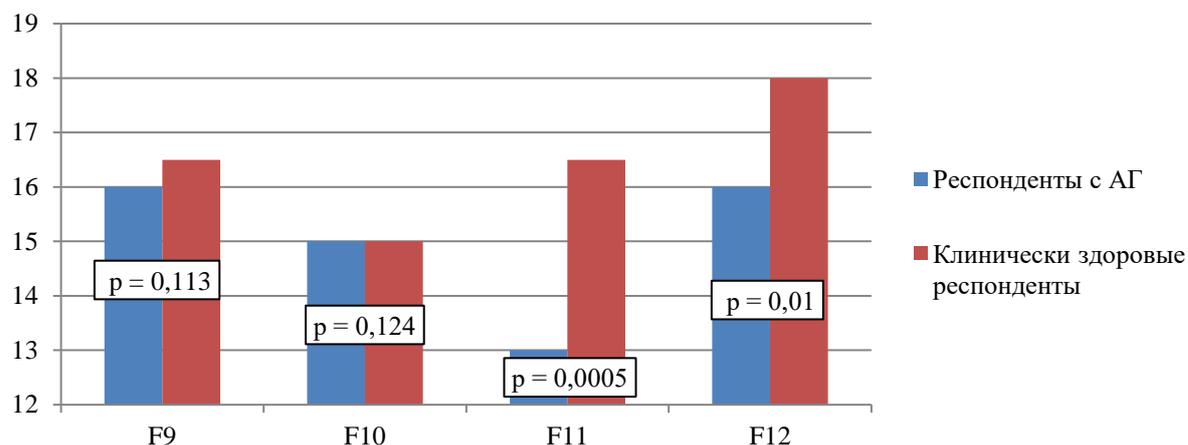


Рисунок 47. Показатель КЖ респондентов в субсферах сферы «Уровень независимости» (баллы)

КЖ в сфере «Социальные взаимоотношения» в группе респондентов с АГ составляет 14,67 баллов, а в группе сравнения – 15 баллов ($p>0,05$). То есть в данной сфере статистически значимых различий в группах выявлено не было (рисунок 48).

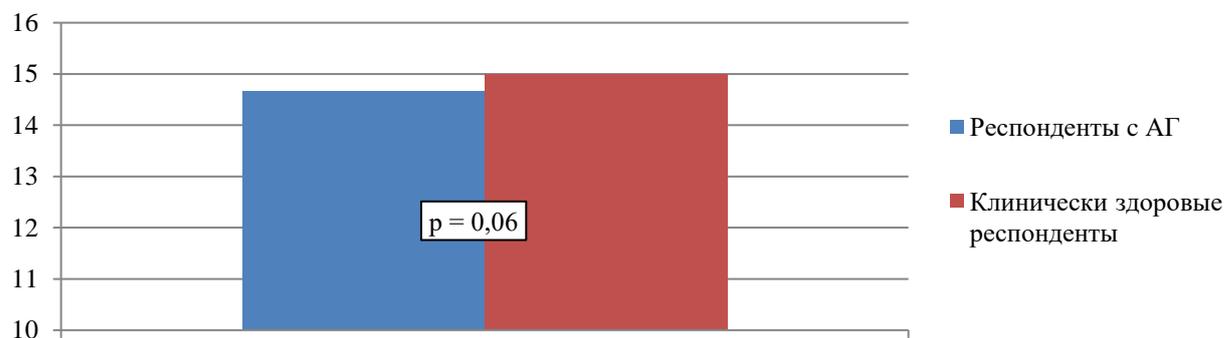


Рисунок 48. Показатель КЖ респондентов в сфере «Социальные взаимоотношения» (баллы).

В субсферах «Личные отношения» и «Сексуальная активность» сферы «Социальные взаимоотношения» статистически значимых различий показателей КЖ в группах респондентов не отмечено: средний балл КЖ в обеих группах субсферы «Личные отношения» составил 17,0 баллов, а в субсфере «Сексуальная активность» 14,5 баллов в группе респондентов с АГ и 15 баллов в группе клинически здоровых респондентов ($p > 0,05$). В субсфере «Практическая социальная поддержка» отмечены статистически значимые различия показателей КЖ двух групп респондентов: 15 баллов в группе респондентов с АГ и 13 баллов в группе клинически здоровых лиц ($p < 0,01$) (рисунок 49).

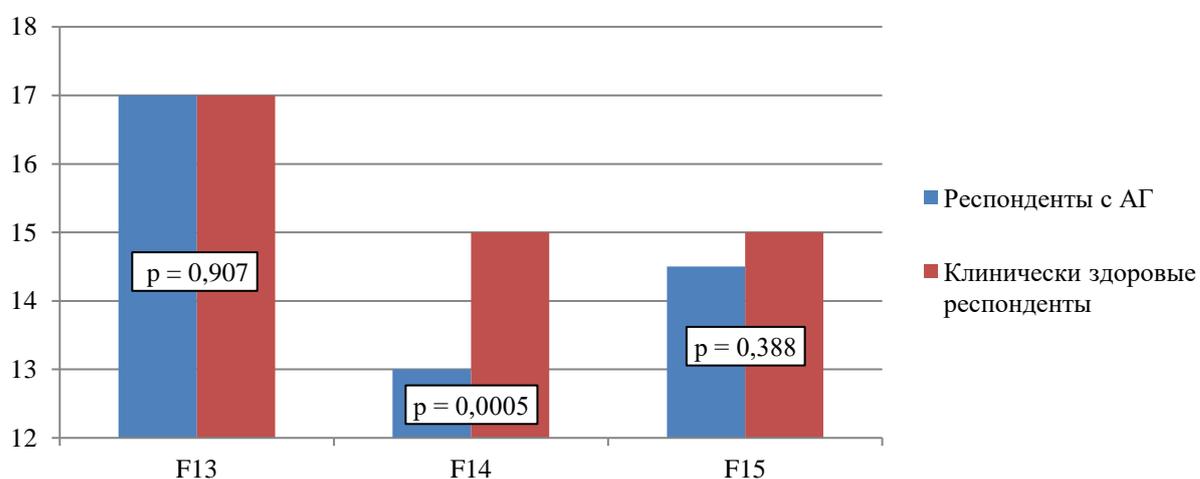


Рисунок 49. Показатель КЖ респондентов в субсферах сферы «Социальные взаимоотношения» (баллы).

В сфере «Окружающая среда» статистически значимые различия показателя КЖ двух групп респондентов отсутствуют: в группе респондентов с АГ средний показатель КЖ составил 13,88 балла, в группе клинически здоровых лиц – 13,63 балла ($p > 0,05$) (рисунок 50).

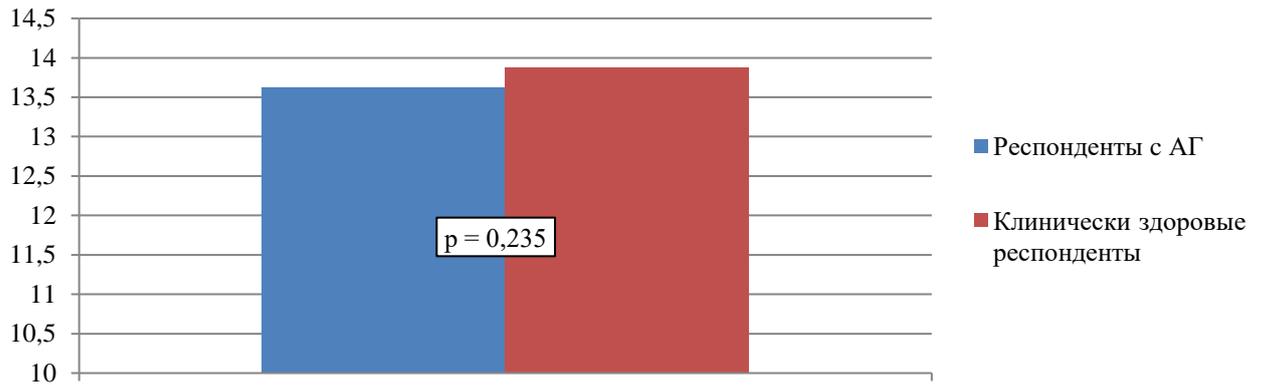


Рисунок 50. Показатель КЖ респондентов в сфере «Окружающая среда» (баллы).

В субсфере F16 показатель КЖ в обеих группах составил 13,0 баллов ($p=0,167$), в субсфере F17 – 15,0 баллов в группе респондентов с АГ и 16,0 баллов в группе клинически здоровых респондентов ($p=0,614$), в F18 – по 12,0 баллов в обеих группах ($p=0,965$), в F19 – по 13,0 баллов ($p=0,774$), в F20 – по 16,0 баллов ($p=0,485$), в F21 и F22 – по 14,0 баллов ($p=0,422$), в F23 – 15,5 баллов в группе респондентов с АГ и 12,0 баллов в группе клинически здоровых респондентов (таблица 14).

Таблица 14. Показатели КЖ респондентов в субсферах сферы «Окружающая среда»

	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23
Клинически здоровые респонденты	13	15	12	13	16	14	14	15,5
Респонденты с АГ	13	16	12	13	16	14	14	12
p	0,167	0,614	0,965	0,774	0,485	0,422	0,777	0,0005

То есть, только в субсфере «Транспорт» сферы «Окружающая среда» получены статистически значимые различия показателя КЖ двух групп (рисунок 51).

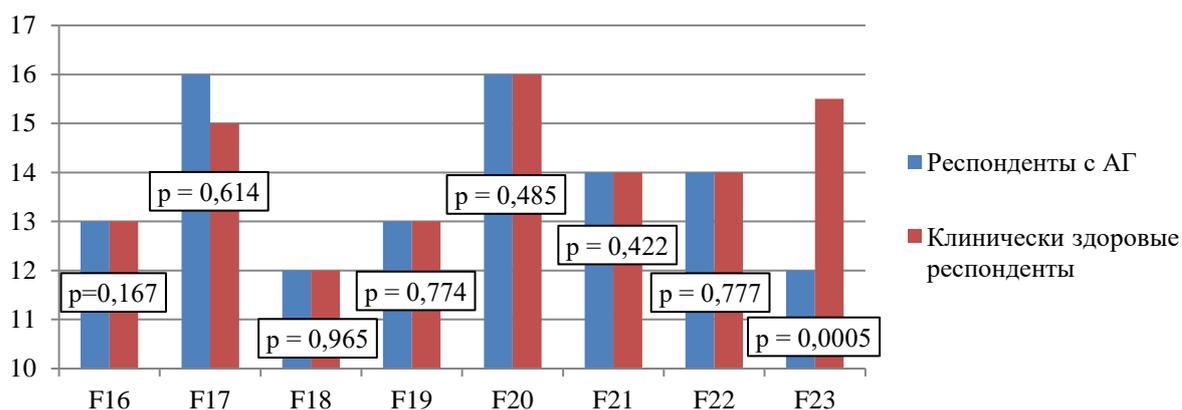


Рисунок 51. Показатели КЖ респондентов в субсферах сферы «Окружающая среда» (баллы).

Показатель КЖ в обеих группах респондентов в единственной субсфере «Духовной» сферы составил по 15,0 баллов ($p > 0,05$), то есть без статистически значимых различий (рисунок 52).

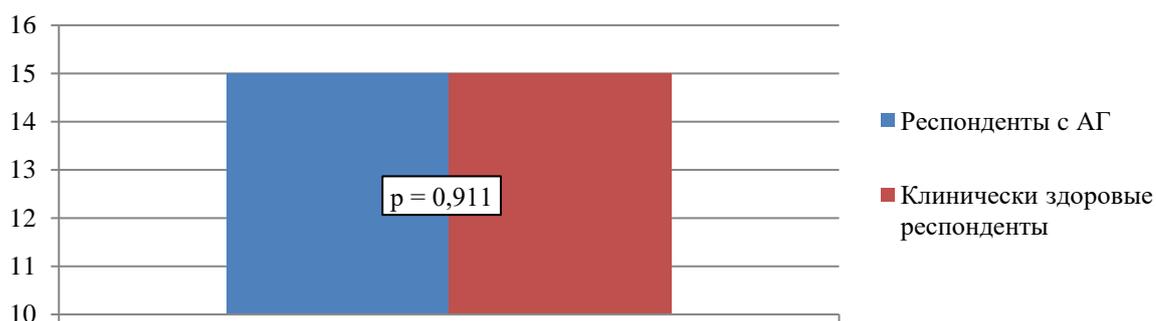


Рисунок 52. Показатель КЖ респондентов в Духовной сфере (баллы).

М.А. Robbins доказал незначительное влияние изолированного повышения артериального давления на КЖ пациентов [262]. Т. Моум с соавт. и вовсе опровергли влияние изолированной АГ на показатель КЖ пациента [227]. «Незначительное снижение показателя КЖ пациентов имеет место в возрастной категории 38-54 года с АГ 1-2 степени без ассоциированных состояний и гипотензивной терапии (использовался опросник SF-36)» [61]. В исследовании А.В. Бурсикова в дебюте АГ у лиц трудоспособного возраста также выявлено незначительное снижение показателя КЖ» [62].

В некоторых исследованиях отмечено значительное снижение показателя КЖ пациентов с АГ [83].

Понижение показателей КЖ у пациентов с АГ в течение многих лет происходит постепенно и зависит от скорости присоединения сердечно-сосудистых осложнений и развития сердечно-сосудистого континуума [161].

Более низкие показатели КЖ имеют место у лиц с осложненной АГ (при сочетании АГ и инфаркта миокарда, стенокардии напряжения, сердечной недостаточности) по сравнению с лицами, страдающими неосложненными формами данного заболевания [54]. Сахарный диабет 2 типа у больных АГ ассоциирован с достоверно значимым снижением КЖ в «Физической» и «Психологической» сферах [97]. Необходимо отметить, что все эти исследования проводились с использованием опросника SF-36.

Нарушения сердечного ритма, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН и т.д. обуславливают снижение КЖ у больных АГ и ИБС.

Результаты исследования качества жизни больных, страдающих АГ в сочетании с ИБС, с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 представлены на рисунок 53.

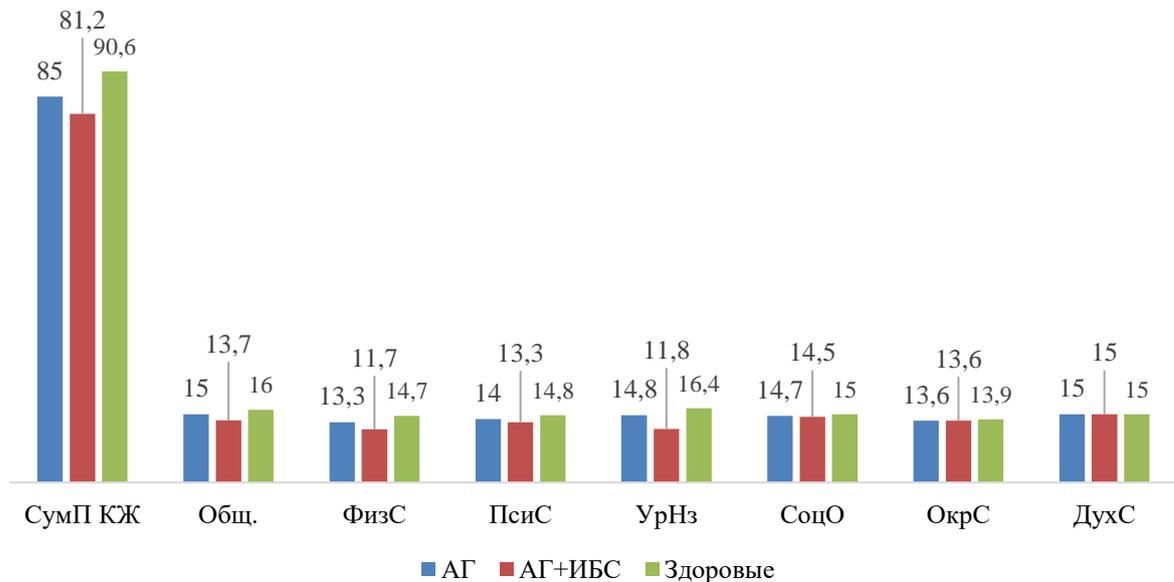


Рисунок 53. Показатели КЖ в сферах опросника ВОЗ КЖ 100

То есть, по мере прогрессирования АГ и присоединения сердечно-сосудистых осложнений суммарный показатель КЖ, показатель общей оценки восприятия жизни снижаются. Среди сфер КЖ преимущественно снижается показатель КЖ в Физической сфере и сфере «Уровень независимости» (13,3 – 11,7 и 14,8 – 11,8 соответственно, $p < 0,05$).

В некоторых работах отмечено, что при инфаркте миокарда на КЖ влияют постинфарктные изменения миокарда и присоединение сердечной недостаточности [53, 58]. Низкие показатели КЖ респондентов ИБС и ХСН взаимосвязано с депривационным воздействием симптомокомплекса и неизвестностью жизненного прогноза [93].

Снижение КЖ пациентов с АГ, осложненной инсультом, доказано в исследовании И.М. Уткиной [176]. У больных с АГ, присоединение ИБС, нарушений углеводного обмена снижает КЖ, что сопровождается выраженными нарушениями в большинстве субъективно значимых сфер жизни, включая межличностные контакты, трудовую и повседневную активность [147]. Результаты исследования, проведенного в Белоруссии (использовался опросник RAND-36), доказали влияние АГ на физическую и социальную составляющие показателя КЖ [83].

С 2000 по 2006 год в Университете Южной Австралии было проведено исследование North West Adelaide Health Study, в котором изучалось качество жизни респондентов с помощью опросника SF-36. По результатам исследования было выявлено, что чем ниже доход, тем ниже показатели КЖ во всех сферах [218]. При этом в большей степени страдает сфера Bodily Pain (Физическая боль) и Vitality (Жизненный тонус).

В проведенном исследовании получены доказательства влияния деприваций на КЖ респондентов, страдающих АГ.

Между степенями деприваций, связанными с уровнем доходов респондентов⁴, и показателями качества жизни рассчитывались

⁴Стр. 67-68

коэффициенты корреляции Спирмена r_s (рисунок 54). Влияние уровня доходов и деприваций на КЖ выявлено в «Физической» ($r_s=0,352$), «Психологической» сферах ($r_s=0,358$) и сфере «Уровень независимости» ($r_s=0,388$).

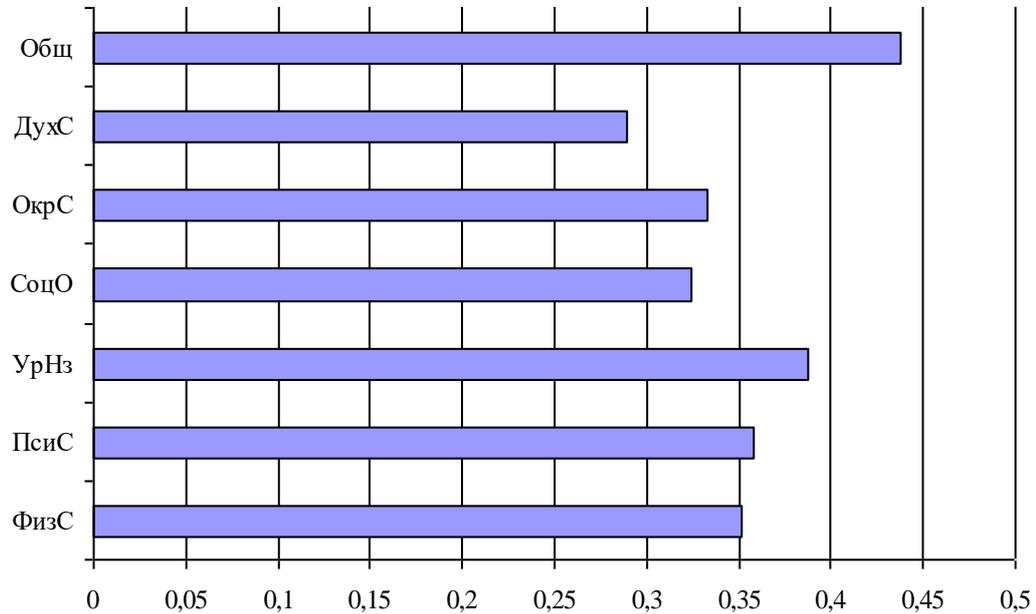


Рисунок 54. Зависимость КЖ от степени деприваций в группе респондентов, страдающих АГ

В «Физической» сфере показатель Спирмена r_s в субсфере «Сон, отдых» составил 0,169, «Жизненная активность, энергия и усталость» 0,316, «Физическая боль и дискомфорт» 0,234 (рисунок 55).

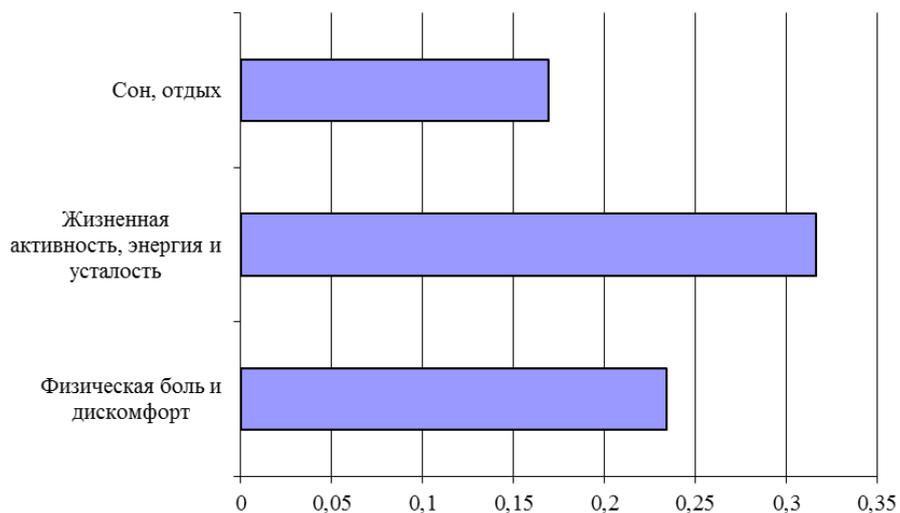


Рисунок 55. Коэффициент Спирмена в Физической сфере.

В «Психологической» сфере r_s субсфер «Отрицательные эмоции» – 0,256, «Образ тела и внешность» – 0,352, «Самооценка» – 0,147, «Мышление, обучаемость, память и концентрация» – 0,279, «Положительные эмоции» – 0,144 (рисунок 56).

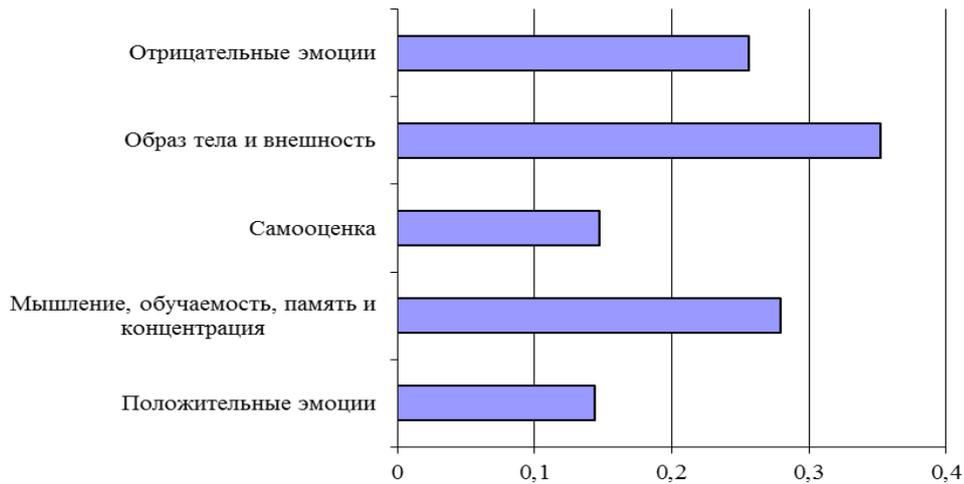


Рисунок 56. Коэффициент Спирмена в Психологической сфере.

В сфере «Уровень независимости» r_s в сферах «Способность к работе» – 0,328, «Зависимость от лекарств и лечения» – 0,385, «Способность выполнять повседневные дела» – 0,290, «Подвижность» – 0,264 (рисунок 57).

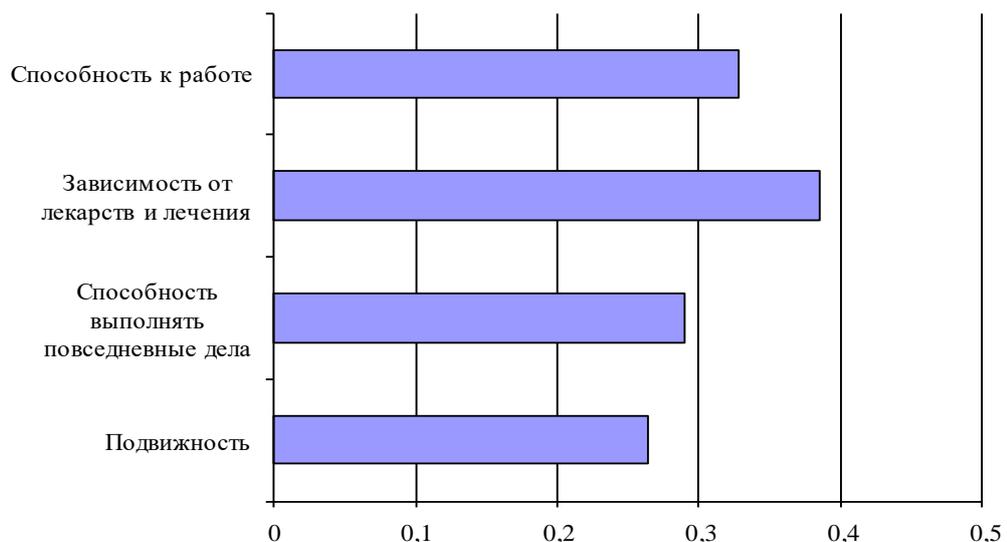


Рисунок 57. Коэффициент Спирмена в сфере «Уровень независимости»

По мере нарастания лишений (деприваций) снижается КЖ в субсфере «Зависимость от лекарств и лечения» сферы «Уровень независимости». Чем больше деприваций испытывает индивид, тем менее доступно для него качественное медикаментозное лечение. То есть, о доступности медицинской помощи можно судить по уровню показателя КЖ сферы «Уровень независимости»: доступность медицинской помощи тем ниже, чем ниже показатель КЖ в этой сфере. В настоящее время интересы трудоспособных малоимущих граждан, для которых адекватное медикаментозное лечение не доступно, никак не учитываются.

В сфере «Социальные взаимоотношения» r_s субсфер «Сексуальная активность» – 0,154, «Практическая социальная поддержка» – 0,162, «Личные отношения» – 0,179 (рисунок 58).

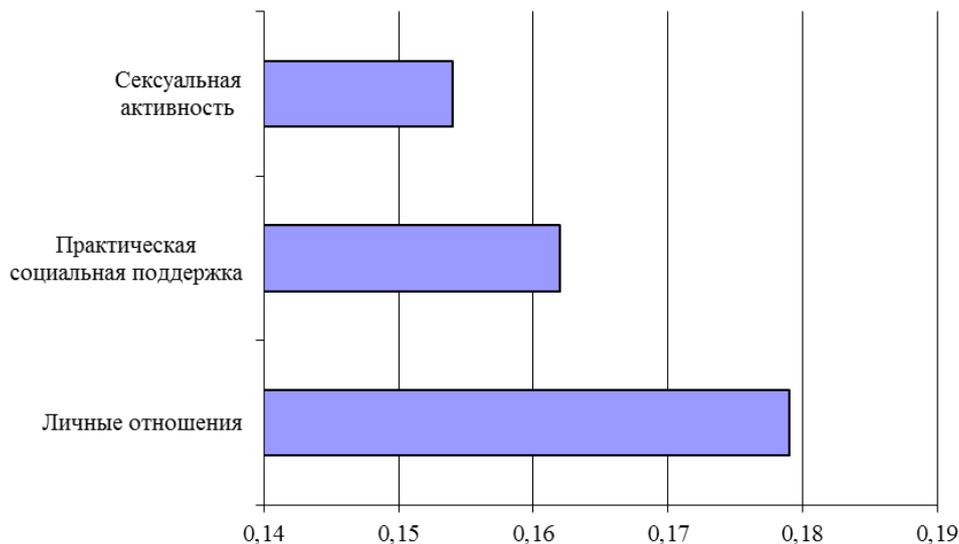


Рисунок 58. Коэффициент Спирмена в сфере «Социальные взаимоотношения»

В сфере «Окружающая среда» коэффициент Спирмена составил в субсферах «Окружающая среда вокруг» – 0,167, «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» – 0,250, «Возможности для приобретения новой информации и навыков» – 0,301, «Медицинская и социальная помощь» – 0,301, «Финансовые ресурсы» – 0,334, «Окружающая среда дома» – 0,115,

«Физическая безопасность и защищенность» – 0,194. В субсфере «Транспорт» получена отрицательная корреляционная связь (рисунок 59).

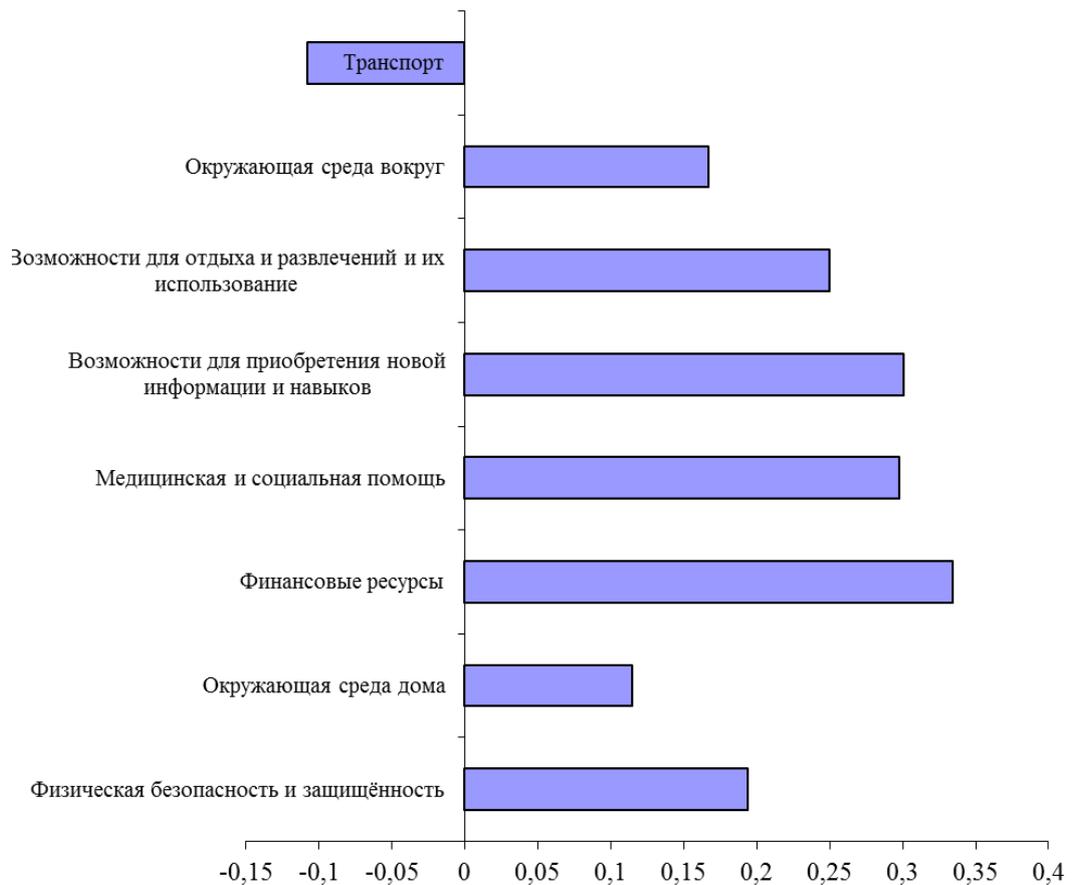


Рисунок 59. Коэффициент Спирмена в сфере «Окружающая среда»

В субсфере Духовной сферы коэффициент Спирмена составил $r_s = 0,249$.

Таким образом, снижение качества жизни пациентов трудоспособного возраста с неосложненной артериальной гипертензией определяется финансовыми депривациями, ограничением доступности лекарственной медицинской помощи и является социально детерминированным.

При анализе качества жизни больных артериальной гипертензией с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 наибольшая депривационная зависимость выявлена в субсферах «Зависимость от лекарств в лечении» и «Способность к работе» сферы «Уровень независимости» ($r_s = 0,585$ и $0,328$ соответственно), «Жизненная активность, энергия и усталость» «Физической» сферы ($r_s = 0,516$); «Образ тела и внешность» Психологической сферы

($r_s=0,352$); «Финансовые ресурсы» сферы «Окружающая среда» ($r_s=0,334$); «Возможности для приобретения новой информации и навыков» и «Медицинская и социальная помощь» сферы «Окружающая среда» ($r_s=0,301$).

При прогрессировании артериальной гипертензии и присоединении сердечно-сосудистых осложнений снижение показателей качества жизни пациентов клинически и социально детерминировано.

Доступность медицинской помощи позволит минимизировать влияние финансовых деприваций на клинический и социальный прогноз и качество жизни больных трудоспособного возраста артериальной гипертензией, предупредить прогрессирование артериальной гипертензии и сердечно-сосудистые осложнения.

ГЛАВА V. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ПМСП – важнейшее звено системы здравоохранения. От качественного ее функционирования зависят результативность работы медицинских и социальных служб страны [84]. В соответствии со ст. 33 ФЗ 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» ПМСП представляет собой фундамент предоставления медицинской помощи и содержит процедуры профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [177].

В Алма-Ате была принята декларация, в которой впервые было дано определение ПМСП и сформулированы ее задачи. По определению ВОЗ «ПМСП – удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи и общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе» [77]. Ю.П. Лисицын называет ПМСП «наиболее массовой медицинской службой» [77]. Более 80% обращаемости населения приходится на учреждения ПМСП [16].

В настоящее время пациентам с АГ оказывается ПМСП в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н, Приказом Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)» и клиническими рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии (Москва, 2013 г.) [37].

В стандартах частота предоставления услуги определена от 0 до 1, где 1 означает, что всем пациентам, соответствующим данной модели, необходимо оказать данную услугу. Оба стандарта состоят из фиксированной и переменной частей.

В действующем стандарте 2012 года значительно расширен перечень клинических исследований, как для постановки диагноза, так и для контроля за лечением, исключены малоинформативные исследования (рентгенография сердца в трех проекциях), расширен перечень лекарственных препаратов в соответствии с достижениями современной науки (Приложение 5), а также определены усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг. Стандарты предназначены для регулирования объемов помощи больным с АГ. Клинические рекомендации дают основные понятия и определение артериальной гипертензии, методах диагностики, тактике ведения больных, наблюдению и особенностях ведения пациентов отдельных групп больных.

«Имеются некоторые ошибки в показателях частоты назначения групп лекарственных препаратов в стандарте 2012 года» [169].

Стандарт предусматривает средний курс лечения 10 дней. При этом «Рекомендации Европейского Общества Гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC)» [138] подразумевают постоянную «пожизненную» терапию, чтобы снизить риск развития осложнений.

Стоимость гипотензивных средств, применяемых при АГ разной стадии, увеличивается в зависимости от тяжести и поражения органов-мишеней. В исследовании М.В. Сура (2014) была определена средняя стоимость лечения больных с АГ в РФ: при I стадии АГ затраты на лечение составили 2813,86 рублей в год (234,5 рубля в месяц), при АГ II стадии – 4588,68 рублей в год (382,4 рубля в месяц) [169].

По состоянию на 2017 год определены затраты на лечение больных АГ в Саратовской области по аналогичной методике, с использованием данных о

частоте назначения лекарственных препаратов, представленных в работе М.В. Сура (Таблица 15 представлена в оригинальном варианте) и данных Государственного реестра предельных отпускных цен по состоянию на 01.09.2017 г. [29].

Таблица 15. Частота назначений различных групп антигипертензивных препаратов, позволяющих обеспечить адекватный контроль АД в амбулаторных условиях, % [169]

Группы антигипертензивных препаратов	Стадии АГ		
	I стадия	II стадия	III стадия
Ингибиторы АПФ	10	50	70
Антагонисты ангиотензина II	15	10	10
Селективные бета-адреноблокаторы	35	50	70
Альфа-адреноблокаторы	0	0	5
Производные дигидропиридина	20	30	50
Диуретики	10	20	50
Антагонисты альдостерона	0	0	10
Агонисты имидазолиновых рецепторов	0	5	10

В соответствии с Государственным реестром предельных отпускных цен была рассчитана средняя стоимость 1 мг каждого лекарственного препарата, определена стоимость суточного и курсового лечения из расчета на 1 месяц.

На 01.09.2017 г. средняя стоимость лекарственной терапии на 1 месяц для пациента с I стадией АГ составила 316,8 рублей в месяц (3801,6 рублей в год) (Таблица 16).

Таблица 16. Расчет стоимости амбулаторного лечения пациентов с АГ I стадии в соответствии со стандартом ПМСП при первичной АГ на 1 месяц, руб.

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Усредненный показатель частоты предоставления	Фактическая частота назначения препарата	СКД (мг)	Стоимость	
				1 мг	СКД
Гидрохлоротиазид	0,4	0,2	375	0,05	1,725
Индапамид	0,4	0,8	45	1,35	22,356
Бисопролол	0,2	0,8	150	0,46	12,696
Метопролол	0,2	0,2	1500	0,05	3,45
Амлодипин	0,475	0,5	225	0,6	36,872
Нифедипин	0,475	0,5	300	0,01	0,8194
Лизиноприл	0,25	0,3	300	0,3	7,7625
Периндоприл	0,25	0,5	150	1,5	32,344
Эналаприл	0,25	0,5	300	0,21	9,0563
Лозартан	1	1	1500	0,11	189,75
ИТОГО					316,8

Средняя стоимость лекарственной терапии для пациента с II стадией АГ на 1 месяц – 663,3 рублей в месяц (7959,6 рублей в год) (Таблица 17).

Таблица 17. Расчет стоимости амбулаторного лечения пациентов с АГ II стадии в соответствии со стандартом ПМСП при первичной АГ на 1 месяц, руб.

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Усредненный показатель частоты предоставления	Фактическая частота назначения препарата	СКД (мг)	Стоимость	
				1 мг	СКД
Моксонидин	0,3	1	12	35,1	145,31
Гидрохлоротиазид	0,2	0,2	375	0,05	0,8625
Индапамид	0,4	0,7	45	1,35	19,562
Спиронолактон	0,5	0,1	1500	0,09	7,7625
Бисопролол	0,2	0,8	150	0,46	12,696
Метопролол	0,2	0,2	1500	0,05	3,45
Амлодипин	0,475	0,4	225	0,6	29,498

Нифедипин	0,475	0,6	300	0,01	0,9833
Лизиноприл	0,25	0,3	300	0,3	7,7625
Периндоприл	0,25	0,5	150	1,5	32,344
Эналаприл	0,25	0,2	300	0,21	3,6225
Лозартан	1	1	1500	0,11	189,75
Аторвастатин	1	1	300	0,6	207
Ацетилсалициловая кислота	0,5	1	4725	0,001	2,7169
Итого					663,3

В СО в 2016 году зарегистрировано 307,0 тысяч человек с повышенным АД, что составляет 15% от численности взрослого населения. Из 181,3 тыс. пациентов трудоспособного возраста АГ I стадии страдают 27,2 тыс. человек (15%), II стадии – 145,0 тыс. человек (80%), III стадии – 9,1 тыс. человек (5%).

При проведении анкетирования пациентов с АГ II стадии по выполнению рекомендаций врачей по приему гипотензивных препаратов пациентами использованы анкеты, разработанные академиком РАН А.В. Решетниковым [140] (Приложение 2).

70,9±2,8% всегда стараются выполнять рекомендации врача по лечению АГ, 21,5±1,8% – иногда, а 7,6±0,9% респондентов признались, что рекомендации врача не выполняют, $p \leq 0,05$ (рисунок 60).

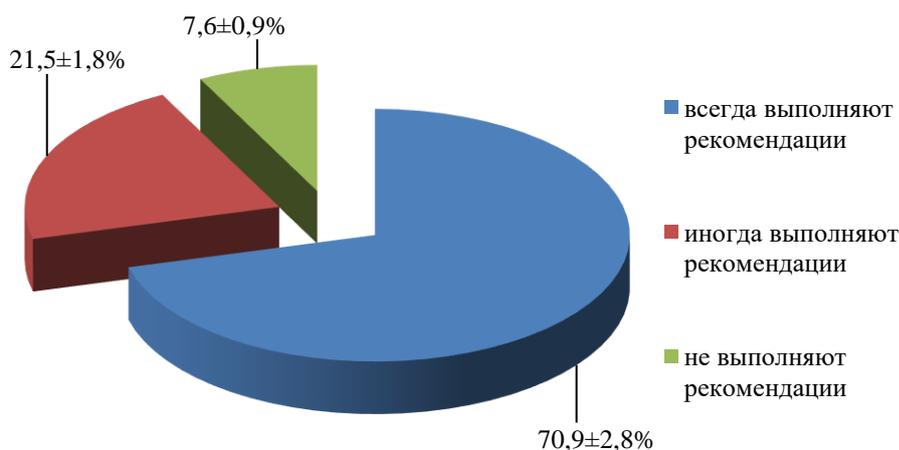


Рисунок 60. Выполнение респондентами рекомендаций врачей (%).

При этом основной причиной регулярного невыполнения рекомендаций врачей $55,5\pm 2,4\%$ респондентов назвали недостаточное количество финансовых средств на покупку лекарственных препаратов, не любят принимать лекарственные препараты – $12,6\pm 1,8\%$, из-за собственной лени не принимают антигипертензивные препараты $6,7\pm 1,0\%$, не до конца понимают, что это необходимо делать $7,6\pm 0,9\%$, не доверяют врачу и официальной медицине $6,7\pm 0,9\%$, $5,9\pm 0,8\%$ – не согласны с методами и лекарствами, выбранными для лечения, а $5,0\pm 0,8\%$ – не верят в возможность выздоровления, $p\leq 0,05$ (рисунок 61).

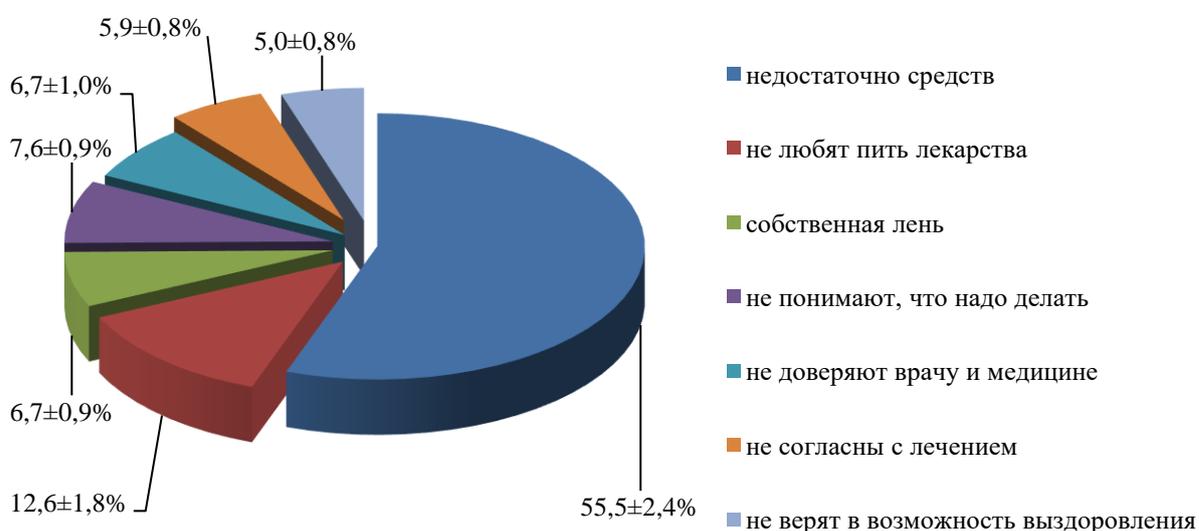


Рисунок 61. Основные причины невыполнения пациентами с АГ II стадии рекомендаций врачей (%).

На вопрос, приходилось ли когда-либо отказываться от приема антигипертензивных препаратов из-за отсутствия денежных средств, $21,8\pm 1,5\%$ ответили утвердительно. Большая часть ($51\pm 2,4$ из 100) респондентов считает, что пациенты не всегда выполняют рекомендации врачей по причине нехватки средств на приобретение лекарственных препаратов. Второе место при анкетировании занял ответ «не любят пить лекарства» – $39,2\pm 2,1$ из 100 респондентов, третье – ответ «из-за собственной лени» ($25,5\pm 2,0$ из 100), четвертое – «не до конца понимают, что это нужно делать» ($23,5\pm 2,1$ из 100), пятое и шестое место поделили ответы – «не

доверяют врачу» и «не верят в возможность выздоровления» (по $19,6 \pm 1,9$ из 100 респондентов), седьмое – «не согласны с методами и лекарствами, выбранными для лечения» ($11,8 \pm 0,8$ из 100), восьмое – «не доверяют существующей медицине» ($9,8 \pm 0,8$ из 100), $p \leq 0,05$ (рисунок 62).

Врачи, принявшие участие в анкетировании, также считают, что основной причиной несоблюдения пациентами рекомендаций являются финансовые трудности ($70,5 \pm 3,5$ респондентов из 100). Второе место занял ответ – «не до конца понимают, что это нужно делать» ($67,4 \pm 2,5$ из 100 респондентов), третье – «не любят пить лекарства» ($28 \pm 2,1$ из 100 респондентов), четвертое – «из-за собственной лени» ($25,8 \pm 1,8$ из 100 респондентов), пятое – «не верят в возможность выздоровления» ($15,9 \pm 1,5$ из 100 респондентов), шестое – «не доверяют существующей медицине» ($13,6 \pm 0,9$ из 100), седьмое – «не согласны с методами и лекарствами, выбранными для лечения» ($3,8 \pm 0,7$ из 100), восьмое – «не доверяют врачу» ($2,3 \pm 0,7$ из 100), $p \leq 0,05$ (рисунок 62).



Рисунок 62. Мнение пациентов и врачей о причинах невыполнения рекомендаций врачей по приему гипотензивных препаратов (на 100 респондентов).

В соответствии с данными Фонда «Общественное мнение» большинство врачей и больных высокие цены на лекарственные препараты признают основной проблемой медицины в настоящее время, остальные проблемы (плохая организация работы медицинских учреждений, увеличение количества платных услуг в медучреждениях, длительность ожидания медицинской помощи) стоят на втором плане [181]. По мнению врачей, «невозможность приобретения лекарственных препаратов пациентами осложняет оказание медицинской помощи специалистами на дому» [109]. Таким образом, и пациенты, и врачи как в данном исследовании, так и в ранее проведенных исследованиях, считают основным фактором невыполнения предписаний по приему гипотензивных средств материальную несостоятельность.

С целью уточнения объема финансовых средств, которые пациенты могут потратить на эффективную антигипертензивную терапию, было проведено анкетирование пациентов с АГ трудоспособного возраста. Лишь $6,7 \pm 0,7\%$ респондентов ответили, что готовы потратить на эффективную антигипертензивную терапию любую сумму (рисунок 63).

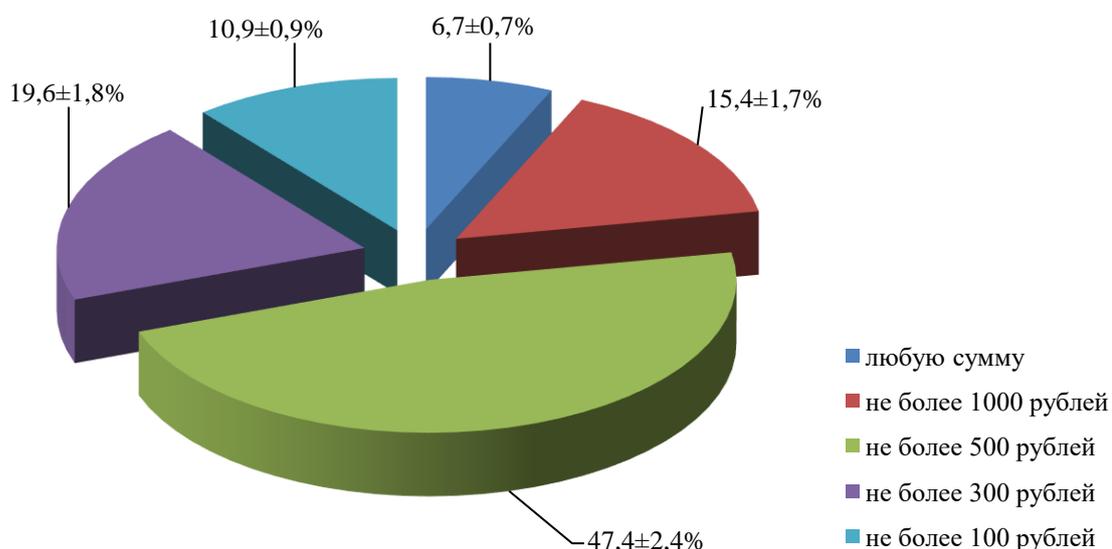


Рисунок 63. Готовность респондентов тратить финансовые средства на эффективную гипотензивную терапию (%).

Учитывая стоимость терапии пациентов с АГ II стадии (из расчета приобретения лекарственных средств на 1 месяц), $77,9 \pm 2.7\%$ пациентов трудоспособного возраста не могут следовать рекомендациям врача и принимать рекомендованные препараты. Данная группа пациентов будет искать более дешевые и, соответственно, менее эффективные аналоги и их лечение не будет соответствовать клиническим рекомендациям.

По данным публикации А.В. Фоминой, главным фактором неприобретения лекарственных средств является стоимость: «42% респондентов считают, что при невозможности оплатить лекарственный препарат они откажутся от терапии» [180]. Среди представителей финансово-обеспеченных групп населения практически отсутствуют эпизоды отказа от приобретения медикаментов в связи с материальными проблемами. При этом лица с низкими материальными доходами могут самостоятельно принимать меньшую дозу лекарственного средства или занижать курс лечения [66]. То есть, комплайнс корреляционно зависит от материальной составляющей [180].

Повышение доступности лекарственного обеспечения не зависимо от социально-экономического положения пациентов является одним из основных факторов повышения доступности и качества медицинской помощи для всего населения страны [177]. Правительство РФ многократно обсуждало проблему увеличения предоставления пациентам в амбулаторных условиях дополнительного лекарственного обеспечения [123]. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. № 66 утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации, в которой «недостаточная доступность лекарственного обеспечения при оказании медицинской в амбулаторных условиях для населения, не входящего в льготные категории, признана слабой стороной сферы обращения лекарственных средств в РФ» [123].

В России в настоящее время в рамках государственной социальной помощи граждане, включенные в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от

получения социальной услуги, обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания [123]. Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» [123] – также регламентирует обеспечение лекарственными препаратами отдельных категорий граждан. Пациенты с артериальной гипертензией I и II стадией не включены в перечень, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. При этом наличие препарата в списке дополнительного лекарственного обеспечения повышает приверженность пациентов к терапии [182].

По данным Р.Г. Оганова, в 2006–2009 годы суммарный экономический ущерб от БСК при прогрессировании АГ в отсутствие лечения соответствовал 3% ВВП России [95]. Экономический ущерб от БСК зависит от расходов системы здравоохранения, социального страхования, а также зависит от потерь трудового потенциала вследствие временной нетрудоспособности, инвалидизации и преждевременной смерти пациентов [192, 264]. Около 10% расходов на здравоохранение непосредственно связаны с повышением АД и его осложнений [223].

В 2009 г. восемьдесят процентов общего экономического ущерба от БСК составили косвенные потери в экономике, связанные с преждевременной смертностью мужского трудоспособного населения, а 20% – прямые затраты системы здравоохранения [95].

В Волгоградской области была подсчитана величина упущенной выгоды за 2009–2010 годы, вызванной БСК, которая за год составила около 1,5 млрд. рублей. По причине преждевременной смертности трудоспособного населения в 2010 г. Волгоградская область потеряла более ста тысяч лет потенциальной жизни и значительную сумму ВВП [132]. В 2016 году в России

экономический ущерб от БСК составил 2,7 трлн. рублей, что эквивалентно 3,2% ВВП за этот год [197].

В процессе исследования были произведены расчеты необходимых финансовых средств в СО для обеспечения антигипертензивными препаратами пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией I стадией в амбулаторных условиях.

Согласно приказа МЗ РФ от 21. 12. 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» [127] пациенты с АГ первой стадии подлежат наблюдению у участкового терапевта. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», разработанные в 2016 году Российским медицинским обществом по артериальной гипертензии и утвержденные МЗ РФ, указывают на применение пациентам с АГ I стадией двухкомпонентной терапии. Годовые затраты в регионе на лечение пациентов по схеме «ИАПФ+диуретик» составят 5,2 млн. руб, по схеме «БРА+диуретик» – 9,3 млн. руб., по схеме «ББ+диуретик» – 1,7 млн. руб. Таким образом, для обеспечения антигипертензивными препаратами пациентов трудоспособного возраста, страдающих АГ первой стадии, в амбулаторных условиях в СО требуется 16,2 млн. рублей в год.

В 2017 году находились на лечении в стационарах СО 20687 человек. Анализ 644 амбулаторных карт пациентов с АГ показал, что $10,3 \pm 0,6\%$ из них были госпитализированы на круглосуточные койки необоснованно. Полученные результаты находят подтверждение в исследованиях, которые указывают, что в структуре нарушений при проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи застрахованным 10% приходится на необоснованную госпитализацию [44]. Таким образом, в 2017 год 2068 пациентов с АГ были госпитализированы необоснованно.

В соответствии с тарифным соглашением по обязательному медицинскому страхованию в СО от 31 января 2017 г. [171] средняя стоимость случая оказания круглосуточной помощи пациентам с АГ составила $13,2 \pm 0,6$ тыс. руб. Таким образом, в 2017 году на лечение необоснованно

госпитализированных пациентов с артериальной гипертензией из средств ОМС было израсходовано $27,2 \pm 1,2$ млн. рублей.

Эти средства предлагается перераспределить на дополнительное лекарственное обеспечение пациентов с I стадией АГ (16,2 млн. рублей) и финансирование дополнительных коек дневного стационара (11,0 млн. рублей) (рисунок 64).

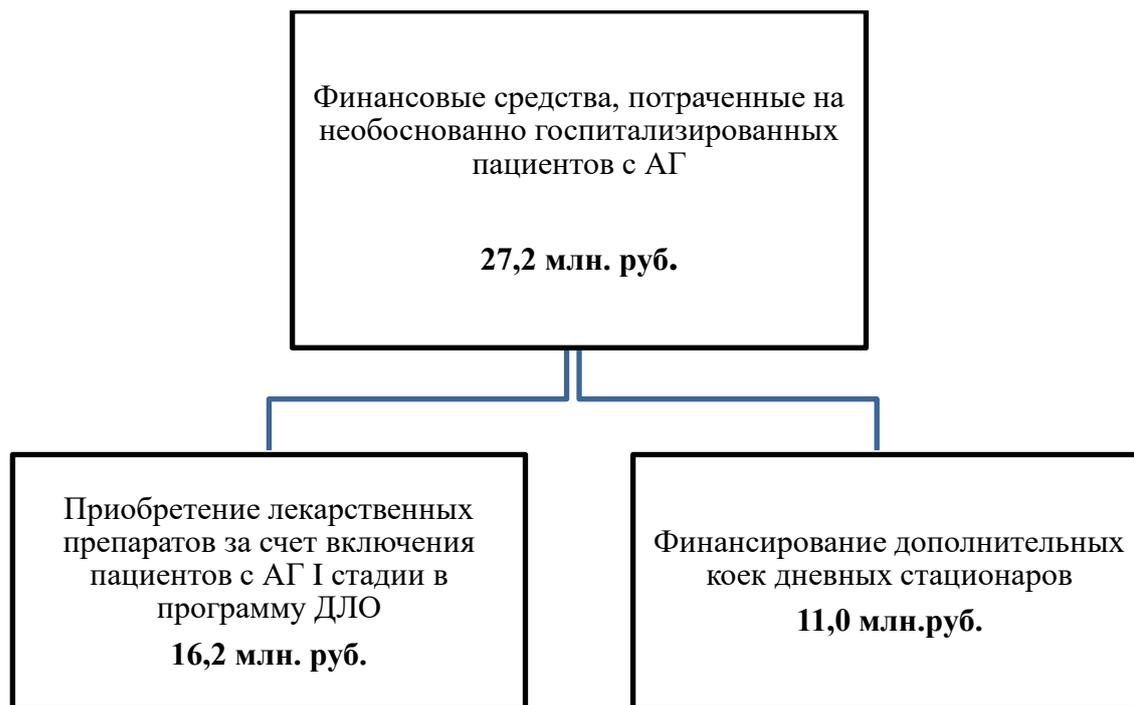


Рисунок 64. Пример распределения сэкономленных финансовых средств.

В «Стратегии лекарственного обеспечения населения России на период до 2025 г.» первостепенной задачей в области обращения лекарственных средств в России закреплена малая доступность лекарственного обеспечения при оказании ПМСП.

Необходимость эффективного лечения пациентов с АГ I стадии и актуальности перехода к научно обоснованному подходу в лечении таких пациентов обсуждается в литературе [4]. Тем не менее, «до настоящего времени АГ не относится к числу заболеваний, приобретение препаратов при амбулаторном лечении которых каким-либо образом компенсируется

государством» [123]. Некоторые регионы РФ (Сургут, Ивановская область) в целях профилактики сердечно-сосудистых осложнений принимают и финансируют региональные программы по обеспечению пациентов с АГ антигипертензивными препаратами [106].

Экономическая оценка эффективности определенной медицинской программы или метода лечения в целом представляет собой соотношение затрат на их проведение и социальной и медицинской эффективности.

Пятнадцать лет назад от АГ, ИБС и цереброваскулярных болезней экономический ущерб в России ежегодно составлял около 30 млрд. рублей (В.А. Медик, 2001; А.И. Осадчих, 2002) [81].

При проведении метаанализа снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, страдающих АГ и регулярно принимающих антигипертензивные препараты, были получены результаты, показывающие что отсутствие приверженности к лечению ассоциируется с повышением сердечно-сосудистой смертности примерно на 20% [3, 126, 156, 179, 234, 254, 255, 257, 259].

Еще в 1990 г. Collins и R. Peto в метаанализе 14 исследований, охвативших 37 000 человек, было показано, что снижение диастолического АД на 5–6 мм рт.ст. в течение 5 лет способствует уменьшению относительного риска развития инсульта на 42 % и ИБС на 25% [207]. В дальнейшем в исследованиях SHEP (1991 г.), SYSTEUR и SYSTCHINA (1996 г.) получены аналогичные результаты: снижение систолического АД на 10–12 мм рт.ст. на протяжении 3–5 лет приводит к уменьшению риска развития инсульта на 37 %. По данным Y. Makino (2000), среди пациентов, получающих антигипертензивную терапию, почти половина случаев инсультов связана с плохим контролем уровня АД, особенно у лиц старше 70 лет [154].

По данным А.Л. Хохлова и соавт. (2003 г.) низкая приверженности к лечению провоцирует увеличение риска потери контроля АД на 41%, с повышением риска сердечно-сосудистых катастроф на 15-22 % [185].

Метаанализ, проведенный S.H. Simpson продемонстрировал, что при несоблюдении приема гипотензивных препаратов частота госпитализаций в 1,4 и смертность от БСК [201].

C.M.M. Lawes, S.V. Hoorn (2008 г.) считают, что около 54% инсультов и 47% случаев ишемической болезни сердца во всем мире были связаны с высоким кровяным давлением [208].

По данным В.А. Парфенова, С.В. Вербицкой в группе регулярного приема антигипертензивных средств инфаркт миокарда развивается в 4% случаев, инсульт – в 22%, а в группе нерегулярного приема – у 40% и 58% соответственно.

J. Gorgui, M. Gorshkov, N. Khan (2014 г.) в своем исследовании доказали, что снижение систолического АД на 10 мм.рт.ст. при антигипертензивной терапии ассоциируется со снижением риска инсульта на 31%, независимо от типа антигипертензивного агента [226].

Исследования X. Xie, E. Atkins, J. Lu свидетельствуют о том, что интенсивная гипотензивная терапия позволяет снизить относительный риск основных сердечно-сосудистых осложнений на 14%, инфаркта миокарда на 13%, инсульта на 22% [210].

Другие исследователи (D. Etehad, C. Emdin, A. Connor, A. Kiran) также доказали, что снижение систолического АД на каждые 10 мм рт. ст. снижает риск основных сердечно-сосудистых заболеваний событий на 20%, ИБС на 17%, инсульта на 27%, сердечной недостаточности на 28%, что привело в изученных популяциях к снижению смертности от всех причин на 13% [206].

Многочисленные исследования доказывают, что основной причиной низкой приверженности пациентов лечению при АГ можно считать недостаточное количество финансовых средств на покупку лекарственных препаратов. Пациенты вынуждены находить более дешевые и менее эффективные аналоги лекарственных препаратов, принимать лекарственную терапию не в полном объеме, что в свою очередь ведет к развитию осложнений

АГ, увеличению расходов здравоохранения на госпитализацию и лечение осложнений.

Оптимизация расходов здравоохранения, а именно перераспределение финансовых средств, потраченных на необоснованные госпитализации, на обеспечение пациентов I стадией в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения, а также увеличение финансирования коек дневного стационара приведет к повышению приверженности лечению при АГ и предупреждению развития сердечно-сосудистых осложнений.

Таким образом, для $77,9 \pm 2,7\%$ пациентов трудоспособного возраста со II стадией артериальной гипертензией лекарственная помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ограничено доступна (объективный экономический подход к анализу доступности медицинской помощи). Комплементарность субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов к анализу доступности медикаментозной терапии указанной группе пациентов обеспечивает повышение достоверности полученных результатов. Выявленная в ходе анализа экспертной оценки низкая приверженность пациентов с артериальной гипертензией лекарственной терапии при получении медицинской помощи в амбулаторных условиях (29,1%) связана с недостатком финансовых средств.

На лечение необоснованно госпитализированных пациентов с артериальной гипертензией из средств ОМС было израсходовано $27,3 \pm 1,2$ млн. рублей. Данные средства могут быть использованы на приобретение лекарственных препаратов за счет включения пациентов с артериальной гипертензией I стадии в программу дополнительного лекарственного обеспечения (22,2 млн. руб.) и финансирование коек дневного пребывания (5 млн. рублей).

Научно обоснованная целесообразность льготного лекарственного обеспечения пациентов с артериальной гипертензией I стадии в Саратовской области и разработанные направления совершенствования первичной медико-

санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста с диагнозом артериальной гипертензии:

- контроль за необоснованной госпитализацией,
- развитие дневных стационаров,
- развитие дополнительного лекарственного обеспечения в отношении

пациентов с артериальной гипертензией I стадии

позволят повысить приверженность к лекарственной терапии, эффективность медицинской помощи, качество жизни пациентов и добиться снижения показателей смертности данной категории больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезни системы кровообращения являются одной из основных причин формирования показателей общественного здоровья в России. Артериальная гипертензия занимает ведущее место в структуре болезней системы кровообращения и в значительной степени влияет на продолжительность жизни населения России [37, 43, 137, 138, 139].

При многочисленных исследованиях, посвященных изучению факторов риска в формировании показателей общественного здоровья, проблематика социальных предикторов отдаленного прогноза и качества жизни больных артериальной гипертензией остается на периферии исследовательских интересов. Рекомендации по лечению и профилактике артериальной гипертензии в России в значительной степени медикализованы (И.Л. Кром, А.П. Ребров, М.В. Еругина).

Целью диссертационного исследования является научное обоснование приоритетных направлений совершенствования первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста, страдающим артериальной гипертензией на основе междисциплинарного анализа социальных предикторов качества жизни данной категории больных.

Для достижения цели исследования предполагалось провести экспликацию социальных рисков в этиологии и эпидемиологии артериальной гипертензии; изучить влияние артериальной гипертензией на формирование показателей здоровья населения; выявить и типологизировать медико-социальные предикторы отдаленного прогноза больных трудоспособного возраста с артериальной гипертензией; провести компаративный анализ показателей качества жизни пациентов с артериальной гипертензией; разработать рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста, страдающим артериальной гипертензией, и направления их реализации.

В работе показано, что в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии важную роль играют факторы риска, среди которых социальных

характеристики пациента являются наиболее значимыми. Широкий спектр и согласованность клинических, социальных и организационных факторов при артериальной гипертензии определяют тенденции течения заболевания, развития осложнений и прогноз, что доказано многими исследованиями, приведенными в работе. В диссертационном исследовании рассматриваются клинические, социальные и организационные предикторы артериальной гипертензии в процессе сердечно-сосудистого континуума.

Программа диссертационного исследования включала в себя 5 этапов.

На первом этапе были определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, изучены социальные-экономические детерминанты артериальной гипертензии, проанализированы организационно-методические аспекты доступности медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией.

На втором этапе проводилось ретроспективное аналитическое исследование общей и первичной заболеваемости артериальной гипертензией взрослого населения Саратовской области за период с 2004 по 2016 год, а также анализ обоснованности госпитализации пациентов с артериальной гипертензией на круглосуточные койки

На третьем этапе определены критерии включения и исключения из исследования, проведено анкетирование респондентов с использованием анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым.

Доступность медикаментозного лечения для трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией определялась на основе комплементарности субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов.

На четвертом этапе с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 проведено исследование качества жизни в группах пациентов с неосложненной артериальной гипертензией, с артериальной гипертензией, осложненной ишемической болезнью сердца и в группе клинически здоровых

лиц. Выделены социально-детерминированные и соматически детерминированные показатели качества жизни респондентов.

Дизайн исследования – простое, открытое, проспективное, рандомизированное, контролируемое исследование.

На пятом этапе полученные в ходе исследований данные были обработаны с использованием современных методов математической статистики.

Саратовская область является типичным регионом Российской Федерации, в котором прослеживаются все тенденции роста общей и первичной заболеваемости артериальной гипертензией. Болезни системы кровообращения занимают лидирующее положение среди причин смерти населения (48,5%), первичной инвалидности (27,0%) в современной России. Артериальная гипертензия занимает ведущие позиции в структуре болезней системы кровообращения и играет значительную роль в сокращении продолжительности жизни населения.

В исследовании приняли участие 555 респондентов женского пола и 476 респондентов мужского пола. $54,1 \pm 1,5\%$ женского пола и $45,9 \pm 1,7\%$ мужского пола страдали артериальной гипертензией, в контрольной группе – $53,4 \pm 1,3\%$ женского пола и $46,6 \pm 1,6\%$ мужского пола. Большинство респондентов находились в возрастной категории 50–59 лет ($55,0 \pm 2,1\%$ с АГ, $63,9 \pm 2,0\%$ с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, $55,2 \pm 1,8\%$ – клинически здоровые лица). Респонденты всех групп сопоставимы по возрасту⁵.

Доступность лекарственной медицинской помощи для пациентов с неосложненной артериальной гипертензией является облигатным прогностическим критерием артериальной гипертензии и риска развития сердечно-сосудистых осложнений. С использованием депривационного (субъективного) подхода установлено, что в амбулаторных условиях

⁵ Глава 2. Стр. 41

первичная медико-санитарная помощь недоступна для $51,7 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$ пациентов с артериальной гипертензией трудоспособного возраста⁶.

В амбулаторных условиях лекарственное обеспечение в соответствии с существующими стандартами менее доступно определенным социальным группам пациентов:

- женщинам ($50,6 \pm 1,8\%$, $p \leq 0,05$);
- возраст старше 50 лет ($56,4 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$);
- лица, имеющие среднее и более низкое образование ($64,9\% \pm 3,5\%$, $p \leq 0,05$);
- безработные ($88,9 \pm 3,5\%$, $p \leq 0,05$), домохозяйки ($83,1 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$);
- лица, не состоящие в браке ($83,6 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$);
- лица, имеющие детей до 18 лет ($56,6 \pm 2,5\%$, $p \leq 0,05$);
- лица, в семьях которых отсутствуют работающие ($87,5 \pm 2,5$, $p \leq 0,05$).

В ходе исследования установлено, что гендерные характеристики, возраст, образование, социальный статус, степень социальных деприваций, тяжесть артериальной гипертензии, наличие сердечно-сосудистых осложнений определяют отдаленный прогноз больных артериальной гипертензией.

В исследовании рассматривается концепция и перспективы исследований качества жизни, релевантного здоровью. Обсуждение интегративных исследований качества жизни, релевантного здоровью дополняется результатами компаративного исследования качества жизни респондентов (больных артериальной гипертензией и клинически здоровых), проведенного в 2010–2017 гг. в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях города Саратова. При оценке качества жизни респондентов был использован опросник ВОЗ КЖ-100.

При анализе качества жизни больных неосложненной артериальной гипертензией в физической, психологической и социальных сферах

⁶ Глава 4.1. Стр. 67-68.

Опросника установлено социально детерминированное снижение параметров качества жизни респондентов.

В субсферах F23 «Транспорт» ($p = 0,0005$), F14 «Практическая социальная поддержка» ($p=0,0005$), F12 «Способность к работе» ($p=0,01$), F11 «Зависимость от лекарств и лечения» ($p=0,0005$), F6 «Самооценка» ($p=0,05$), F3 «Сон и отдых» ($p=0,047$), F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ($p=0,01$), F1 «Боль и дискомфорт» ($p=0,035$) качество жизни пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией статистически более низкое, чем в группе клинически здоровых респондентов.

У больных артериальной гипертензией существенно снижены показатели качества жизни в «Физической» сфере ($p=0,06$) и сфере «Уровень независимости» ($p=0,02$) по сравнению с показателями качества жизни в контрольной группе.

В диссертационном исследовании представлены доказательства влияния социальных характеристик респондентов с артериальной гипертензией на доступность медицинской помощи и параметры качества жизни. При присоединении сердечно-сосудистых осложнений в процессе прогрессирования артериальной гипертензии снижаются суммарный показатель качества жизни, показатели качества жизни в большинстве сфер Опросника (кроме сфер «Окружающая среда», $p=0,235$, и «Духовная» сфера, $p=0,911$).

В исследовании представлены аргументы, доказывающие влияние деприваций, связанных с уровнем доходов, на качество жизни респондентов, страдающих артериальной гипертензией. Установлена корреляционная связь между 4 степенями деприваций и показателями качества жизни респондентов.

Сферы, в которых отмечена наибольшая корреляционная зависимость качества жизни от деприваций являются социально-детерминированными. Эта зависимость имеется в субсферах «Зависимость от лекарств и лечения» ($r_s=0,585$) и «Способность к работе» ($r_s=0,328$) сферы «Уровень независимости», субсфере «Жизненная активность, энергия и усталость»

«Физической» сферы ($r_s=0,516$); субсферах «Финансовые ресурсы» ($r_s 0,334$), «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ($r_s=0,301$) и «Медицинская и социальная помощь» ($r_s=0,301$) сферы «Окружающая среда»; субсфере «Образ тела и внешность» «Психологической» сферы.

Проведенные исследования показали, что качество жизни пациентов трудоспособного возраста с неосложненной артериальной гипертензией страдает в незначительной степени и является социально детерминированным. По мере прогрессирования заболевания, присоединения ишемической болезни сердца и сердечно-сосудистых осложнений качество жизни прогрессивно снижается в соматически детерминированных сферах качество жизни больных артериальной гипертензией.

При артериальной гипертензии, осложненной ишемической болезнью сердца, статистически значимое снижение показателей качества жизни отмечается в сферах «Уровень независимости», «Социальные взаимоотношения», «Физической» и «Психологической», и при неосложненной артериальной гипертензии в сферах «Уровень независимости» и «Физическая».

Таким образом, снижение показателей качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» связано с имеющимися депривациями, а снижение показателей качества жизни в сферах «Социальные взаимоотношения» «Окружающая среда» детерминировано соматическим заболеванием.

Депривации и ограничение доступности медикаментозного лечения обуславливают снижение качества жизни пациентов трудоспособного возраста с неосложненной артериальной гипертензией. В ходе исследования установлено, что $77,9\pm 2,7\%$ пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией не выполняют назначения врача, не принимая назначенные препараты. О финансовых трудностях как основной причине невыполнения назначений врача по приему антигипертензивных препаратов заявили $51,0\pm 2,4$ из 100 пациентов и $70,5\%\pm 3,5$ из 100 врачей.

Для обоснования направлений совершенствования первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией I стадии в амбулаторных условиях и преодоления выявленных деприваций подсчитана стоимость лекарственного обеспечения населения, которая составила в Саратовской области 16,2 млн. рублей в год.

При проведении анализа госпитализаций на функционирующие в течение суток койки было выявлено, что в 2017 году на лечение пациентов с артериальной гипертензией при необоснованной госпитализации из средств обязательного медицинского страхования было израсходовано $27,3 \pm 1,2$ млн. рублей. Данные средства предлагается использовать на приобретение лекарственных препаратов за счет включения пациентов с артериальной гипертензией I стадии в программу дополнительного лекарственного обеспечения (22,2 млн. руб.) и финансирование коек дневного пребывания (5 млн. рублей).

Таким образом, выявлены внутренние резервы, которые можно использовать для повышения приверженности к лечению трудоспособных пациентов артериальной гипертензией.

ВЫВОДЫ

1. В формировании сердечно-сосудистого континуума при АГ участвуют клинические и социальные предикторы. Медико-социальный статус, ассоциированный с доступностью медицинской помощи, определяет индивидуальный прогноз больных АГ.

АГ является мультикаузальной патологией. Бедность, социальный стресс, социально-экономический статус, ограничение доступности медицинской помощи, низкая комплаентность являются основными социальными предпосылками развития АГ в современной России.

2. За период с 2004 г. по 2016 г. в Саратовской области отмечается рост показателя общей заболеваемости артериальной гипертензией в 3,3 раза (с 4134,6 до 13813,8 на 100 тыс. населения), увеличение показателей первичной заболеваемости артериальной гипертензией взрослого населения в 2,9 раз (с 465,9 до 1338,0). Уровень первичной инвалидности по причине болезней системы кровообращения снизился с 24 случая в 2004 г. на 10 тыс. населения до 13 случаев в 2016 г. За 12 лет показатели смертности от болезней системы кровообращения населения СО были выше показателей по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу на 10,7% и 3,6% соответственно. Снижение уровней смертности (на 16,1%) и первичного выхода на инвалидность пациентов при болезнях системы кровообращения в Саратовской области отражает общероссийские тенденции.

3. Лекарственная медицинская помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ограничено доступна для 51,7% пациентов (субъективный (депривационный) подход к анализу доступности), относящихся к социальным группам риска неблагоприятного отдаленного прогноза качества жизни при артериальной гипертензии.

Оценка тяжести заболевания и социальных характеристик пациентов с артериальной гипертензией, повышение доступности лекарственной терапии в амбулаторных условиях позволят реализовать принципы организации первичной медико-санитарной помощи пациента трудоспособного возраста,

страдающих артериальной гипертензией, минимизировать риски развития сердечно-сосудистых осложнений, повысить качество жизни пациентов.

4. Снижение качества жизни пациентов трудоспособного возраста с неосложненной артериальной гипертензией определяется финансовыми депривациями, ограничением доступности лекарственной медицинской помощи и является социально детерминированным.

При анализе качества жизни больных артериальной гипертензией с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 наибольшая депривационная зависимость выявлена в субсферах «Зависимость от лекарств в лечении» и «Способность к работе» сферы «Уровень независимости» ($r_s=0,585$ и $0,328$ соответственно), «Жизненная активность, энергия и усталость» «Физической» сферы ($r_s=0,516$); «Образ тела и внешность» Психологической сферы ($r_s=0,352$); «Финансовые ресурсы» сферы «Окружающая среда» ($r_s=0,334$); «Возможности для приобретения новой информации и навыков» и «Медицинская и социальная помощь» сферы «Окружающая среда» ($r_s=0,301$).

При прогрессировании артериальной гипертензии и присоединении сердечно-сосудистых осложнений снижение показателей качества жизни пациентов клинически и социально детерминировано.

Доступность медицинской помощи позволит минимизировать влияние финансовых деприваций на клинический и социальный прогноз и качество жизни больных артериальной гипертензией, предупредить прогрессирование артериальной гипертензии и сердечно-сосудистые осложнения.

5. Для $77,9 \pm 2,7\%$ пациентов трудоспособного возраста со II стадией артериальной гипертензией лекарственная помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ограничено доступна (объективный экономический подход к анализу доступности медицинской помощи). Комплементарность субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов к анализу доступности медикаментозной терапии указанной группе пациентов обеспечивает повышение достоверности полученных результатов. Выявленная в ходе

анализа экспертной оценки низкая приверженность пациентов с артериальной гипертонией лекарственной терапии при получении медицинской помощи в амбулаторных условиях (29,1%) связана с недостатком финансовых средств.

На лечение необоснованно госпитализированных пациентов с артериальной гипертензией из средств ОМС было израсходовано $27,3 \pm 1,2$ млн. рублей. Данные средства могут быть использованы на приобретение лекарственных препаратов за счет включения пациентов с артериальной гипертензией I стадии в программу дополнительного лекарственного обеспечения (22,2 млн. руб.) и финансирование коек дневного пребывания (5 млн. рублей).

Научно обоснованная целесообразность льготного лекарственного обеспечения пациентов с артериальной гипертензией I стадии в Саратовской области и разработанные направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи пациентам трудоспособного возраста с диагнозом артериальной гипертензии:

- контроль за необоснованной госпитализацией,
- развитие дневных стационаров,
- развитие дополнительного лекарственного обеспечения в отношении пациентов с артериальной гипертензией I стадии

позволят повысить приверженность к лекарственной терапии, эффективность медицинской помощи, качество жизни пациентов и добиться снижения показателей смертности данной категории больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Верификация групп социального риска неблагоприятного отдаленного прогноза может быть включена в программы медико-социальной профилактики инвалидизации больных артериальной гипертензией.

2. Учитывая, что в современном контексте медицинская помощь направлена на повышение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, рекомендуется использовать динамику показателя качества жизни в качестве критерия оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи больным артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

3. При оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с артериальной гипертензией необходимо формировать приверженность к профилактике сердечно-сосудистых осложнений и фиксировать в медицинской документации регулярность (нерегулярность) приема лекарственных средств с целью формирования группы диспансерных больных с повышенным риском развития осложнений артериальной гипертензии.

4. Органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях рекомендуется проводить мониторинг доступности медицинской помощи населению с применением объективного и субъективного подходов.

5. Результаты объективного и субъективного подходов к оценке доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией могут быть использованы органами законодательной власти при внесении изменений в законодательство об обязательном медицинском страховании.

6. Результаты объективного и субъективного подходов к оценке доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией могут быть использованы при формировании органами исполнительной власти на региональном и федеральном уровнях программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

7. Результаты объективного и субъективного подходов к оценке доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией могут быть использованы в медицинских организациях для определения индивидуальной программы диспансерного наблюдения пациентов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
БСК – болезни системы кровообращения
ВВП – внутренний валовой продукт
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ДФО – Дальневосточный Федеральный округ
ДЛО – дополнительное лекарственное обеспечение
ИБС – ишемическая болезнь сердца
КЖ – качество жизни
КМУ – критерий Манна-Уитни
КФО – Крымский Федеральный округ
ООН – Организация Объединенных Наций
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПФО – Приволжский Федеральный округ
РАН – Российская Академия Наук
РФ – Российская Федерация
СЗФО – Северо-Западный Федеральный округ
СКД – средняя курсовая доза
СКФО – Северо-Кавказский Федеральный округ
СО – Саратовская область
ССД – средняя суточная доза
УФО – Уральский Федеральный округ
ФО – Федеральный округ
ФЗ – Федеральный закон
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЮФО – Южный Федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 2016: Социально-экономическое положение населения – продолжающийся кризис или новая реальность? Научный доклад / Под ред. Т. М. Малевой. Институт социального анализа и прогнозирования РАНХиГС, 2017. Режим доступа. URL: <http://www.ranepa.ru/images/News/2017-05/24-05-2017-nsap-issledovanie.pdf> (дата обращения 17.12.2017 г.).
2. Агеев С.В., Мануйлов В.М., Мосягин И.Г. Особенности социально-психологических черт личности больных гипертонической болезнью // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 10. – С. 70-72.
3. Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В. Диуретики в лечении артериальной гипертонии // Практикующий врач. – 2003. – № 2. – С. 2-9.
4. Аксенов В.А., Власов В.В. Нужно ли лечить артериальную гипертензию 1 степени? // Терапия. – 2016. – №1(5). – С. 58–66.
5. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Международная практика глобализации в системе здравоохранения // МИР (модернизация. инновации. развитие). – 2015. – № 21. – С. 98-102.
6. Алексеев В.А., Вартамян Ф.А., Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф. // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57-67.
7. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. Доклад Независимого института социальной политики. – М. – 2007.
8. Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 году и ее динамике с 2003 по 2008 год по трем проведенным мониторингам / Т.Н. Тимофеева, А.Д. Деев, С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов. – М.: 2009. – 12 с.
9. Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М. Воздействие лизиноприла и эналаприла на качество жизни и суточный профиль артериального давления больных стабильной артериальной гипертонией // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2006. – Т. 2. – № 2. – С. 32-36.

10. Андреева Г.Ф., Марцевич С.Ю., Горбунов В.М. Оценка действия комбинации бетагистина дигидрохлорида с антигипертензивными препаратами на качество жизни больных со стабильной артериальной гипертензией и головокружением // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – № 3. – С. 35-39.

11. Артамонова Г.В., Максимов С.А., Огарков М.Ю. Предикторы артериальной гипертензии и профессия // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 3 (95). – С. 62-67.

12. Артериальная гипертензия и ее вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Г.С. Жуковский, Д.Б. Шестов // Профилактическая медицина. – 2001. – № 4. – С. 11-15.

13. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ/ Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 4 (14). – С. 4-14.

14. Артериальная гипертензия среди мужчин и женщин Москвы в различные временные периоды / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев и др. // Артериальная гипертензия. – 2003. – Т. 19. – № 2. – С.102-108.

15. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация в России и других странах / Г.С. Жуковский, В.В. Константинов, Т.А. Варламова, А.В. Капустина // Рус. мед. журн. – 1997. – № 5. – С.551-558.

16. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины (учебное пособие для студентов вузов по специальности «Социальная работа») – Псков: 2005. – 380 с.

17. Баматгириев О.А. Основные предпосылки модернизации управления российским здравоохранением // Управление экономическими системами: электрон. научный журнал. – 2011. – № 32. – С. 38.

18. Беглова Е.И. Бедность как социально-экономическое явление: автореф. дисс. ... доктора экон. наук. – Санкт-Петербург, 2014. – 44 с.

19. Белл Д., Иноземцев В.Л. Эпоха разобщенности: Размышления о мире XXI века. М.: Центр исслед. постиндустриал. об-ва, 2007. – 303 с.

20. Белов В.Б. Социально-гигиеническое обоснование выявления детерминант общественного здоровья: автореф. ... дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2014. – 28 с.

21. Бобков В.Н., Масловский-Мстиславский П.С., Маликов Н.С. Качество жизни: вопросы теории и практики. М.: Всерос. Центр уровня жизни, 2000. – 32 с.

22. Бобков В.Н. Методологический подход всероссийского центра уровня жизни к изучению и оценке качества и уровня жизни населения. Вестник ВГУ. Серия: экономика и управление. – 2009. – № 2. – С. 26-36.

23. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.

24. Влияние ожирения на качество жизни у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией / О.В. Каратаева, Е.И. Панова, Н.С. Цыпленкова, Е.П. Морозова // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – № 2015. – 41-45.

25. Влияние телмисартана на психологический статус и качество жизни больных со стабильной артериальной гипертензией / Г.Ф. Андреева., В.М. Горбунов, Т.А. Айвазян и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2004. – Т. 67. – № 6. – С. 36-40.

26. ВОЗ: Здоровье и права человека. Информационный бюллетень №323. Декабрь 2015 г. – Режим доступа URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ru/> (дата обращения 28.09.2017).

27. Гаврилова Т.В. Принципы и методы исследования качества жизни населения // Технологии качества жизни. – 2004. – Т. 4 – № 2. – С. 1-11.

28. Головаха Е.И., Горбачик А.П., Панина Н.В. Україна та Європа: результати міжнародного соціологічного дослідження. – К.: Ін-т соціології НАН України, 2006.

29. Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 01.09.2017). [Электрон. дан.] Режим доступа URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/PriceLims.aspx>.

30. Гришина Е.Е. Депривационный подход к оценке бедности семей и детьми в России и странах ЕС // Научно-исследовательский финансовый институт, финансовый журнал. – 2017. – № 4(38). – С. 47-55.

31. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2012. – Т. 27. - № 2. – С. 22-29.

32. Гуревич М.А. Артериальная гипертония и хроническая недостаточность – единство патогенеза и принципов лечения // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 6 (56). – С. 91-95.

33. Давыдов С.В. Артериальная гипертония: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни: автореф. дисс. ... канд мед наук. – Казань, 2004. – 20 с.

34. Давыдова Н.М. Депривационный подход в оценках бедности // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С.88-96.

35. Демографический ежегодник России. 2017. Статистический сборник. – М., Росстат, 2017. – 265 с.

36. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.М. Орлова и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 292-295.

37. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации // Министерство здравоохранения Российской Федерации. – М., 2013. – 63 с.

38. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – С. 454-484.

39. Диагностика и лечение в кардиологии: учеб. пособие [под ред. М.Х. Кроуфода, пер. с англ. под общ. ред. Р.Г. Оганова]. М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 800 с.

40. Динамика распространенности психосоциальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в 1988-1994 гг. / Р.Г. Оганов, В.Ю. Александрова, Е.А. Сулова., О.С. Копина // Мед. наука Армении. – 1997. – № 3-4. – С. 165-168.

41. Доклад рабочей группы Президиума государственного совета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи». – 2005. [Электрон. дан.]. Режим доступа URL : <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=1728> (дата обращения 28.09.2017).

42. Евдокимов В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23-32.

43. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 22 (6). – С. 7-85.

44. Еругина М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса: дисс. ... д-ра мед. наук. – Рязань, 2009. – 255с.

45. Еругина М.В. Стандартизация в здравоохранении – основа защиты прав пациентов и медицинских работников. – Саратов, 2008. – 191 с.

46. Жаромский В.С. Оценка согласованности ответов в обследованиях населения по проблемам бедности // Народонаселение. – 2017. – № 2 (76). – С. 70-80.

47. Женщины и артериальная гипертензия: распространенность, связь с психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы воз «topica-психосоциальная») / В.В. Гафаров, Д.О. Панов, Е.А. Громова и др. // Кардиология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 4 (15). – С. 42-47.

48. Замалетдинова Л.Р. Качество жизни: понятие, структура, значение теории в решении экологической проблемы // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского: Серия Социальные науки. – Н.Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2008. – №2. – С. 25-29.

49. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. – М.: Смысл, 2009. – 320 с.

50. Засухина В.Н. Справедливость – воздаяние по заслугам или милосердие? (Анализ проблемы в контексте биоэтики) // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2012. – № 2-1. – С. 92-96.

51. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н.М. Римашевской. – М.: Агентство «Социальный проект», 2007. – 260 с.

52. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. Росстат. – М., 2017. – 170 с.

53. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов, Н.Г. Бенделиани др. // Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 29. – С. 58-72.

54. Ин Ли, Исаева А.С., Яблучанский Н.И. Качество жизни и клиника артериальной гипертензии // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия медицина. – 2002. – № 4 (546). – С. 17-19.

55. Исанбаева С.Д. Проявление социальной справедливости в социальном институте // Вестник башкирского университета. – 2008. – № 3. – С. 639-643.

56. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко и др. – СПб. – 1998. – 53 с.

57. Как повысить приверженность больных артериальной гипертензией к лечению? / Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева, Д.В. Подкопаев, И.А. Комиссаренко // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 17. – № 3. – С. 240-245.

58. Калюшин В.В., Тепляков А.Т., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 2001. – №4. – С.58.

59. Карчагин Е.В. Справедливость как принцип биоэтики // Биоэтика. – 2015. – № 2 (16). – С. 11-15.

60. Качество жизни лиц с артериальной гипертензией в России - есть ли связь со статусом лечения? (по данным популяционного исследования ЭССЕ-РФ) / Ю.А. Баланова, А.В. Концевая, С.А. Шальнова, А.Д. Деев и др. // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Е. 21. – № 9. – С. 7-13.

61. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией / Н.В. Орлова., И.И. Чукаева, Н.Д. Карселадзе, И.А. Аляутдинова // Научно-практическая конференция с международным участием. Сер. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика; Специальный выпуск» Российское кардиологическое общество. Москва, 2015. – С. 7а-7б.

62. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А.В. Бурсиков, С.Е. Ушакова, И.Е. Мишина и др. // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82. – № 7. – С. 20-22.

63. Кириченко А.А., Панчук Л.Н. Влияние ингаляционной формы изосорбида динитрата на качество жизни пациентов со стабильной стенокардией // Кардиоваск. терапия и профилактика. 2005. – №4 (3). – С. 72-76.

64. Кислицына О.А. Социально-экономическое неравенство как фактор ухудшения здоровья населения // Сборник статей VIII Уральского демографического форума «Демографический потенциал стран ЕАЭС». Екатеринбург: Изд. «Институт экономики Уральского отделения РАН», 2017. – С. 107-112.

65. Кислицына О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян// Народонаселение. – 2007. – № 2. – С. 24-37.

66. Козак В.С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения // Главный врач. – 2004 – № 5.

67. Колчина Н.О. Исследование смежных категорий качества: образ жизни, ощущаемое качество // Вестник торгово-технического института. – 2011. – № 5(5). – С. 14-17.

68. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.: по сост. на 30 декабря 2008 г. // Собрание законодательства РФ. – 2009. – №4.

69. Контролируемое применение симвастатина и «обычная» терапия гиперлипидемии у больных с ишемической болезнью сердца в амбулаторных условиях: сравнительное исследование двух стратегий (СИГНАЛ-КОНТРОЛЬ)/ Ф.Т. Агеев, Э.Ю. Нуралиев, Г.В. Чернина и др.// Кардиология. – 2006. – № 6. – С. 10-15.

70. Кривошей В.А. Качество жизни: сущность, содержание, критерии, измерение: Монография. – Белгород: Кооперативное образование, 2005. – 194 с.

71. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2007. – 420 с.

72. Кучеренко В.З. Планирование мероприятий по повышению эффективности использования финансовых ресурсов ЛПУ // Бухучет в здравоохранении. – 2012. – № 4. – С. 25–31.

73. Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. – Т. 12. - № 2. – С. 54-64.

74. Ланг Т.А. Как описывать статистику в медицине: Руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т.А. Ланг, М. Сесик; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – С.57-63.

75. Лебедева-Несевря Н.А. Теория, методология и практика анализа социально-детерминированных рисков здоровью населения: дис. ... д-ра соц. наук. – Пермь, 2014. – 369 с.

76. Лескова И.В. Уровень и качество жизни как категории образа жизни // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. – 2016. – № 6 (13) – С. 13-16.

77. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения (проблемные лекции). – М.: Медицина, 1992.

78. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Третье издание. Москва. – 2011. – 541 с.

79. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и качество жизни населения России // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 6. – С. 100–110.

80. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11-18.

81. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. М.: Медицина, 2001. – Часть 1. – 200 с.

82. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.). – М. 2007. – 305 с.

83. Месникова И.Л., Хурса Р.В., Романенко З.В. Качество жизни больных артериальной гипертензией в амбулаторных условиях // Медицинский журнал. – 2007. – № 1 (19). – С. 67-70.
84. Модель реформирования первичной медицинской помощи / А.А. Калининская, И.М. Сон, С.Л. Гусева, А.Ф. Стукалов // Здравоохранения Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6-10.
85. Назарова И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. – 2014. - № 9 (365). – С. 139-145
86. Налоговый кодекс Российской Федерации: от 31.07.1998 № 146-ФЗ: (принят ГД РФ 16.07.1998): (ред. от 23.04.2018): (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.05.2018) // КонсультантПлюс. Версия Проф. [Электрон. дан.]. (дата обращения 05.05.2018 г.).
87. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации, 2008 г. [Электронный ресурс] / В.В. Власов (редактор), К.Д. Данишевский, Е.А. Корнышева, А.В. Саверский. – Режим доступа URL: <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf> (дата обращения 28.09.2017).
88. Немонетарное измерение бедности и социальной уязвимости населения России /И.И. Корчагина, Л.М. Прокофьева, Р.И. Попова и др. // Народонаселение. – 2015. – № 1(67) – С. 82-94.
89. Неськина М.В. Бедность как глобальная проблема в России // Контентус – 2014. – № 12(29). – С. 87-95.
90. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – №10. – С. 109-130.
91. Николаева Л.С., Устинова Т.Е., Яцкая Е.Н. Основные тенденции исследования бедности и типология бедных семей в современном российском обществе // Вестник Донского государственного аграрного университета. – 2017. – № 4-2 (26). – С. 57-64.

92. Новик А.А., Ионова Т.И., Клайд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб. : Элби, 1999.

93. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд., под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

94. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Под ред. Лисицына Ю.П. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. – 512 с.

95. Оганов Р.Г., Концевая А.В., Калинина А.М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 10 (4). – С. 4-19.

96. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения // Кардиология. – 2008. – № 5. – С. 85-89.

97. Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В., Сабина О.А. Качество жизни больных артериальной гипертензией: влияние сопутствующей патологии и возраста // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Т. 1. – № 1(73). – С. 42-45.

98. Организация Объединенных наций по вопросам образования, науки и культуры. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. – 2006 [Электрон. дан.]. Режим доступа URL : <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180r.pdf>. (дата обращения 18.06.2017 г.).

99. Орлова М.М. Субъектно-социальный подход к исследованию здоровья. - Саратов: изд-во Саратов. ун-та, 2014. – 220 с.

100. Осадчих А.И. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы / А.И. Осадчих и др.; отв. ред. Д.И. Лаврова. М.: Медицина, 2002. – 368 с.

101. Осипов Д.А., Кром И.Л., Ребров А.П. Социальные факторы этиологии болезней системы кровообращения // Человек в пространстве

болезни: гуманитарные методы исследования в медицине: сб. материалов международной. науч.-практич. конф. – Саратов: СГМУ. – 2009. – С. 204–208.

102. Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения и ее гендерные особенности в РФ в 2003–2006 гг. / Л.П. Гришина, М.А. Дымочка, О.Ю. Василенко, Л.П. Люберицкая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 4-6.

103. Особенности психосоциального статуса у больных с артериальной гипертонией в мужской популяции на примере города Кызыла/ Д.С. Каскаева, М.М. Петрова, Н.С. Ооржак и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – Т. 4. – № 127. – С. 114-118.

104. Отношение к своему здоровью в зависимости от профессиональной принадлежности в открытой популяции / А.М. Акимов, В.Ю. Смазнов, В.В. Гафаров, В.А. Кузнецов // Артериальная гипертензия. – 2015. – №21 (S1). – С. 5.

105. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Исследование качества жизни в российских городах». М.: Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, 2014 г. – 162 с.

106. Оценка медикаментозной терапии при лечении артериальной гипертензии в стационаре / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина, Н.Ю. Алексеева и др./ Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (1). – С. 14-18.

107. Паниотто В.И., Максименко В.С. Количественные методы в социологических исследованиях. – Киев, 2003. – С. 170.

108. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Механизмы формирования социальных неравенств в здоровье (на примере Санкт-Петербурга)// Материалы интернет-конференции «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности», 2007. – Режим доступа к журн. URL:<http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308468.html> (дата обращения 30.03.2017 г.).

109. Пархоменко А.А. Клинико-организационные аспекты повышения качества медицинской помощи больным с инфарктом головного мозга: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2016. – 195 с.

110. Пасовец Ю.М. Риски бедности населения в современных российских условиях. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 2 (38). – С. 143-160.

111. Пасовец Ю.М. Социальные ресурсы и ограничения развития региона в контексте общероссийских изменений. – Курск: Курский гос. ун-т., 2010. – 151 с.

112. Паутов Л.С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер. 12, вып. 2.4.1. – С. 151-157.

113. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, «Издатель». – 2001. – 96 с.

114. Петросян К.М. Артериальная гипертензия как причина инвалидизации взрослого населения // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 228-233.

115. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Актуальные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – № 1. – С. 3-8.

116. Пишняк А.И., Попова Д.О. Уровень и качество жизни московских домохозяйств: объективные и субъективные оценки // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13. – № 2. – С. 257-272.

117. Поплавская И.А. «Бедные люди» в богатой России: социологический взгляд // Вестник Тувинского государственного университета. Социальные и гуманитарные науки. – 2014. – № 1. – С. 61-67.

118. Поплавская И.А. Здоровье нации в контексте социального неравенства // Сборник статей VIII Уральского демографического форума

«Демографический потенциал стран ЕАЭС». Екатеринбург: Изд. «Институт экономики Уральского отделения РАН», 2017. – С. 460 – 464.

119. Плавинский С.Л., Плавинская С.И., Климов А.Н. Социальные факторы и рост смертности в России в 90-х годах XX века. Роль образования и алкоголя // Проблемы здоровья населения. Сборник научно-практических статей. – М.: Открытый Институт Здоровья, 2005. – С. 98–110.

120. Подзолков В.И., Осадчий К.К. Сердечно-сосудистый континуум: могут ли ингибиторы АПФ разорвать порочный круг? // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 16 (11). – С. 35.

121. Поплавская И.А. «Бедные люди» в богатой России: социологический взгляд // Вестник Тувинского государственного университета. Социальные и гуманитарные науки. – 2014. – № 1. – С. 61-67.

122. Поплавская И.А. Здоровье нации в контексте социального неравенства // Сборник статей VIII Уральского демографического форума «Демографический потенциал стран ЕАЭС». Екатеринбург: Изд. «Институт экономики Уральского отделения РАН», 2017. – С. 460 – 464.

123. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (ред. от 12.02.2002 г.) // «Собрание законодательства РФ», 08.09.1994, № 15, ст. 1791.

124. Построим мир, борясь с бедностью. – 2008 [Электрон. дан.]. Режим доступа URL: <http://baznica.info/article/postroim-mir-boryas-s-bednostyu> (дата обращения 23.12.2017 г.)

125. Приверженность лечению как решающий фактор успешной терапии больных артериальной гипертензией / М.М. Ливенцева, О.С. Павлова, Т.А. Нечесова, И.Ю. Коробко // Кардиология в Беларуси. – 2009. – № 2 (03). – С. 59-68.

126. Приказ Минздрава РФ «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в

Российской Федерации» № 4 от 24.01.2003 г. // «Бюллетень Минюста РФ», № 4, 2003 г.

127. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» (Зарегистрировано в Минюсте России 14 февраля 2013 г. № 27072). [Электрон. дан.] Режим доступа URL: <http://base.garant.ru/70321224/> (дата обращения 18.06.2017 г.).

128. Проблемы артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в условиях мегаполиса / Ш.М. Гайнулин, Л.Б. Лазебник, И.В. Назаренко, В.Н. Дроздов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 2 (5). – С. 79-88.

129. Проведение медико-социологического мониторинга. Учебно-методическое пособие. Решетников А.В., Ефименко С.А. Изд. Гр. «Геотар-медиа», 2007 г. – 160 с.

130. Радченко А.Д., Марцовенко И.М., Сиренко Ю.Н. Оценка качества жизни пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторно-поликлиническом этапе (результаты 6-месячного наблюдения) // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 2 (22). – С. 59-72.

131. Ракитский Б.В. Социальная политика, социальная защита, самозащита трудящихся в обществе. Часть 1. Социальная политика // Трудовая демократия. – Выпуск 9. – М., 1997. – С.

132. Рапаков Г.Г., Банщиков Г.Т. Эффективность реализации областной целевой программы лечения пациентов с артериальной гипертензией на региональном уровне (опыт Вологодской области) // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 5 (35). – С. 206-221.

133. Распространенность артериальной гипертензии в республике Саха (Якутия) / И.В. Корнильева, К.И. Иванов, Е.Ю. Алексеева и др. // Артериальная гипертензия. – 2003. – Т. 9. – № 5. – С. 182-184.

134. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной / И.Е. Чазова, Ю.В. Жернакова, Е.В. Ощепкова и др. // Кардиология. – 2014. – № 10. – С. 4-12.

135. Распространенность хронической сердечной недостаточности в европейской части российской федерации – данные ЭПОХА–ХСН / И.В. Фомин, Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев и др. // Журнал сердечная недостаточность. – 2006. – Т. 7. – № 3 (37). – С. 112-115.

136. Рассказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. – 2012. – №3. – С. 95-107.

137. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2008. – № 7(6). [Электрон. дан.] Режим доступа URL: <http://www.cardiosite.ru/vnok/article.aspx?id=6047> (дата обращения 21.12.2017).

138. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013 / Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского Общества Гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) // Российский кардиологический журнал. – 2014. - № 1(105). С. 7-94.

139. Рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца. ESC 2013 / Рабочая группа по лечению стабильной ишемической болезни сердца Европейского Общества Кардиологов (ESC) // Российский кардиологический журнал. – 2014. – № 7 (111). – С. 7-79.

140. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.

141. Решетников А.В. Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. Издательская группа «Геотар-Медиа», 2007. – 160 с.

142. Решетников А.В. Социология пациента / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.

143. Решетников А.В. Социология медицины: учебник. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 255 с.

144. Решетников В.А., Козлов В.В., Рюк В.В. Пути повышения эффективности первичной профилактики артериальной гипертензии для сохранения трудоспособности населения // В мире научных открытий. – 2016. – № 4 (76). – С. 63–81.

145. Римашевская Н.М. Бедность и маргинализация населения // Социологические исследования. – 2004. – № 4. – С. 33-43.

146. Рюк В.В. Совершенствование медико-организационных мероприятий по профилактике артериальной гипертензии у лиц трудоспособного возраста, с учетом их социальных и демографических характеристик: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2017. – 24 с.

147. Рудакова О.М. Качество жизни больных пожилого возраста с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и «предиабетом» // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 60. – № 5.1. – С.242-247.

148. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Персональные психологические ресурсы и социальные неравенства в здоровье: выраженность буферного эффекта в европейских странах // Демографическое обозрение. – 2017. – Т. 4. – № 3. – С. 59-87.

149. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образования и социального капитала//Социологический журнал. – 2016. – № 3. – С. 82-106.

150. Савицкая Е.Ю., Куделькина Н.А., Малютин С.К. Артериальная гипертензия, «рабочий стресс» и поражение органов-мишеней у железнодорожников, работающих в условиях повышенного профессионального риска // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30. – № 6. – С. 41-45.

151. Сазанова Г.Ю. Научное обоснование повышения эффективности организации медицинской помощи пациентам терапевтического профиля: дисс. ... док. мед. наук. – Саратов, 2017. – 288 с.

152. Сазанова Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 144-146.

153. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Зинькевич В.К. Уровень и структура удовлетворенности пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений Мурманска // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 2. – С. 3-7.

154. Свищенко Е.П., Ярынкина Е.А. Профилактика инсульта и сосудистой деменции у больных гипертонической болезнью: значение блокаторов рецепторов ангиотензина II // Артериальная гипертензия. – 2010. – № 2(10). [Электрон. дан.] Режим доступа к журн. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/13039>.

155. Сердечно-сосудистые и другие хронические не инфекционные заболевания: ситуация и возможности профилактики в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиология. – 2003. – № 1. – С. 16-21.

156. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Батыралиев Т.А. Ингибиторы АПФ и АТ1-блокаторы в клинической практике: Монография. – М., 2002. – 224 с.

157. Снижение бедности в России: влияние экономического роста и социальных реформ. – М., 2006. – С. 165. Режим доступа к журн. URL: http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/305499-1291044797591/poverty_1.pdf.

158. Современный подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. Под ред. О.П. Щепина. – М., 2006. – 264 с.

159. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г.В. Бурковский,

А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко, А.С. Ломаченков // Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. – СПб, 1995. – С. 27-28.

160. Соловьев А.К. Проблема преодоления бедности пенсионеров – ключевая задача государства и общества современной России // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 5 (35). – С. 143-155.

161. Соотношение предикторов прогноза качества жизни больных ишемической болезнью сердца / Осипов Д.А., Рождественская Т.В., Кром И.Л., Ребров А.П. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 7(2). – С. 426-429.

162. Социальные неравенства и социальная политика в современной России / [Отв. ред. Горшков М.К., Тихонова Н.Е.]; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2008. – 423 с.

163. Спанкулова Л.С. История экономики, рост численности населения в Казахстане и здравоохранение//Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2015. – №2 (47), – С.64-74.

164. Спанкулова Л.С., Конырбай А., Сыздыкбекова Г.Ж. Неравенство доходов и удовлетворенность качеством жизни связанного со здоровьем населения проживающих в зонах экологического риска // Статистика, учет и аудит. – 2016. – Т. 4. - № 67. – С. 37-43.

165. Спиридонов С.П. Индикаторы качества жизни и методология их формирования // Вопросы современной науки и практики. – 2010. – № 10-12 (31). – С. 208-223.

166. Сравнительная оценка воздействия малых доз эналаприла и телмисартана на качество жизни и гемодинамические показатели больных со стабильной артериальной гипертензией / Г.Ф. Андреева, В.М. Горбунов, О.Ю. Исайкина и др. // Российский Кардиологический Журнал. – 2002. – № 4. – С. 36-39.

167. Строк А.Б., Баширова С.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой // Качественная клиническая практика – 2008. – № 3. – С. 53-55.
168. Суворов А.В. Структура денежных доходов и расходов населения в современной России // Проблемы прогнозирования. – 2004. – № 5. – С. 63-75.
169. Сура М.В. Анализ затрат на фармакотерапию пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2014. – № 3. – С. 43-53.
170. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения России // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126-137.
171. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 31 января 2017 г. [Электрон. дан.]
Режим доступа URL:
file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Rar\$DIa0.892/OOMS_Tarif.sog_31.01.2017.pdf (дата обращения 12.01.2018 г.).
172. Терехова Т.А. Борьба с бедностью путем социальных и экономических преобразований // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. – 2017. – № 1 (31). – С. 22-28.
173. Тихонова Н.Е., Слободенюк Е.Д. Гетерогенность российской бедности через призму депривационного и абсолютного подходов // Общественные науки и современность. – 2014. – № 1. – С. 36-49.
174. Трущелев С. А. Медицинская диссертация: современные требования к содержанию и оформлению: руководство / Под ред. И.Н. Денисова. М.: ГЭОТАРМедиа, 2013. – 496 с.
175. Уровни артериального давления и распространенность артериальной гипертензии в сельских и отдаленных районах иркутской области / А.А. Дзизинский, Г.М. Синькова, В.В. Шпрах, А.В. Синьков // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т. 14. – № 4. – С. 381-384.

176. Уткина И.М. Влияние артериальной гипертензии на качество жизни больных в восстановительном периоде инсульта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н.Новгород, 2009. – 23 с.

177. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Консультант Плюс – надежная правовая поддержка: офиц. сайт компании Консультант Плюс. –Москва, сор. 1997-2013. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>

178. Федеральный закон РФ № 178-ФЗ от 17.07.1999 г. «О государственной социальной помощи» (ред. от 7.03.2018 г.) // «Собрание законодательства РФ», 19.07.1999, № 29, ст. 3699.

179. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертонией / Т.В. Фофанова, Я.А. Орлова, И.Ф. Патрушева и др. // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 5 (344). – С. 392-396.

180. Фомина А.В. Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования системы обеспечения доступности лекарственной помощи населению: автореф. дисс. ... док. фарм. наук. – М., 2007. – 48с.

181. Форум общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!». – 2015 [Электрон. дан.]. Режим доступа URL: <http://www.armit.ru/forum-onf/forum-onf.pdf> (дата обращения 01.12.17).

182. Фофанова Т.В. Приверженность к терапии и методы ее повышению у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2015. – 273 с.

183. Халиуллина Р.Ф., Рябчук П.Г. К задаче идентификации понятий «уровень жизни» и «качество жизни» // Новая наука: современное состояние и пути развития. – 2016. – № 2(12). – С. 180-183.

184. Хаптанова В.А. Роль социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения в формировании здоровья населения регионального центра Восточной Сибири: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2013. – 23 с.

185. Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии // Качественная клиническая практика. – 2003. – №4. – С. 59-66.

186. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // Вопр. управлен. здравоохран. – 2003. – № 6 (13). – С. 49-50.

187. Цимбалист А.В. Содержательная составляющая категории «качество жизни» с позиции теории благосостояния // Вестник ИЖГТУ им. М.Т. Калашникова. – 2009. – № 1. – С. 88-91.

188. Цыганкова Д.П., Барбараш О.Л., Кривошапова К.Е. Распространенность, осведомленность и приверженность лечению артериальной гипертензии: мифы и реальность // Системные гипертензии. – 2018. – № 1. – С. 63-67.

189. Чернявская Т. Повышение комплаентности и качества жизни пожилых пациентов с артериальной гипертензией // Врач. – 2010. – № 5. – С. 20-24.

190. Чистяков Ю.Р. Гартман И.А., Забродецкая О.А. Связь уровней образования и дохода: причины и последствия несоответствия// Современные исследования социальных проблем: электрон. науч. журн. – 2012. – № 1 (09). – Режим доступа к журн. URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/chistyakov.pdf>. (дата обращения 15.03.2017 г.).

191. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 2. – С. 3-7.

192. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: портрет больного // Артериальная гипертензия. – 2008. – № 2 (2). – С. 6-9.

193. Шапиро И.А., Калинина А.М. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических

учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 16-21.

194. Шилов А.М. Коррекция факторов риска у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с инсулинорезистентностью и артериальной гипертонией // Русский медицинский журнал. – 2011. – № 13. – Режим доступа к журн. URL: http://www.rmj.ru/articles_7729.htm (дата обращения: 18.09.2017).

195. Штарик С.Ю. Коморбидность артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения крупного промышленного центра восточной Сибири: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Красноярск, 2010. – 50 с.

196. Щербаков Д.В. Прогнозирование экономического ущерба от заболеваемости болезнями системы кровообращения (на примере Омской области) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6 (0). – С. 98.

197. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в российской федерации в 2016 году / А.В. Концевая, О.М. Драпкина, Ю.А. Баланова и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – № 2. – 156-166.

198. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. / Р.Г. Оганов, Т.Н. Тимофеева, И.Е. Колтунов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 9-13.

199. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) // European Heart Journal. – 2016. – №8. – P. 2–78.

200. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan / F. Saleem, M.A. Hassali, A.A. Shafie et al. // Health Expect. – 2014. – № 17. – P. 388–395.

201. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / S.H. Simpson, D.T. Eurich., S.R. Majumdar et al. // *BMJ*. – 2006. – № 7557. – P. 15.

202. Arcaya M.C., Arcaya A.L., Subramanian S.V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // *Glob health action*. – 2008. [Электрон. дан.] Режим доступа URL: <http://dx.doi.org> (дата обращения: 05.10.2017).

203. Arterial hypertension: Report of a WHO expert committee. – Geneva: World Health Organization, 1978.

204. Bardage C., Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life. an epidemiological study in Sweden // *J Clin Epidemiol*. – 2001. – № 54. – P.172–181.

205. Blood pressure control and risk of stroke in untreated and treated hypertensive patients screened from clinical practice: results of the for Life study / G. Mancia, E. Ambrosioni, E. Agabiti Rosei. et al. // *J Hypertens*. – 2005. – № 23. – P. 157-158.

206. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis / D. Ettehad, CA Emdin, A. Kiran Amit et al. // *Lancet*. – 2016. – № 387 (10022). – P. 957-967.

207. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context / R. Collins, R. Peto, S. MacMahon et al. // *The Lancet* – 1990. – № 335 (8693). – P. 827-838.

208. Carlene M.M.L.; Stephen V.H.; Anthony R. Global burden of blood-pressure-related disease // *Lancet* (London, England). – 2008. – № 371 (9623) – P. 1513-1518.

209. Closing gap in a generation. Geneva: World Health Organization, 2008. –
Режим доступа URL:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
(дата обращения 16.05.2017).

210. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis / X. Xie, E. Atkins, J. Ly et al. // *Lancet*. – 2016. – № 387 (10017) – P. 435-443.

211. Elliot A.J., Chapman B.P. Socioeconomic status, psychological resources, and inflammatory markers: results from the MIDUS study//*Health psychology*. – 2016. – № 35(11). – P. 1205-1213.

212. Meta-Analysis of Large-Scale Randomized Trials to Determine the Effectiveness of Inhibition of the Renin-Angiotensin Aldosterone System in Heart Failure / C.A. Emdin, T. Callender, J. Cao et al. // *Am. J. Cardiol.* – 2015. – № 1. – P. 155-161.

213. Emamvirdi R., Colakoglu F.F., Hosseinzadeh A.N. Health-related quality of life with regard to smoking, consumption of alcohol, and sports participation // *Iranian red crescent medical journal*. – 2016. – № 19(7). – P. e27919. – DOI: 10.5812/ircmj.27919

214. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M. Conroy, K. Pyorala, A.P. Fitzgerald et al. // *Eur Heart J*. – 2003. – № 24. – P. 987-1003.

215. Relationship between symptoms and health-related quality of life in patients treated for hypertension / S.R. Erickson, B.C. Williams, L.D. Gruppen et al. // *Pharmacotherapy*. – 2004. – № 24 (3). – P. 344-50.

216. Four-year mortality by some socioeconomic indicators: the Oslo Study / I. Holme, A. Helgeland, I. Hjermann et al. // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 1980. – № 34. – P. 48-52.

217. Gallup G.Jr., Cotugno H.E. Preferences and practices of Americans and their physicians in antihypertensive therapy// *Am J Med*. – 1998. – Vol. 2(7). – P. 525-530.

218. Health Outcomes Quality of life. Epidemiological Series Report, April 2007. [Электрон. дан.] Режим доступа URL: http://health.adelaide.edu.au/pros/docs/reports/28_Quality_of_Life_final.pdf. (дата обращения 12.12.2017 г.)

219. Health related quality of life among omani men and women with type 2 diabetes / M.S D'Souza, R. Venkatesaperumal, D. Jacob et al. // Journal of diabetes research. – 2016. – P. 8293579. – DOI: 10.1155/2016/8293579

220. Health-related quality of life in children with epilepsy in a mexican hospital / N.M. Dávila-Ávila, J.D.D. La Mora, M.C. Candia-Plata, G Álvarez-Hernández // Revista de neurologia. – 2014. - №59 (2). – P. 63-70.

221. Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: one year follow-up / A.S. Helvik, G. Selbæk, G.H. Bjørkløf et al. // BMC Geriatrics. – 2016. – № 16 (1). – P. 131.

222. Helmert U., Maschewsky-Schneider U., Mielck A. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland // Sozial- und Präventivmedizin. – 1993. – Vol. 38. – № 3. – P. 123-132.

223. High Blood Pressure 2016: Why Prevention and Control Are Urgent and Important. The World Hypertension League, International Society of Hypertension, World Stroke Organization, International Diabetes Foundation, International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, International Society of Nephrology // The Journal of Clinical Hypertension. – 2016. – № 8. – Vol 18. – P. 714 – 718.

224. Hill M., Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. – 2007. – Vol. 131. – P. 390-392.

225. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China / W. Li, L. Liu, J.G. Puente et al. // J Hypertens. – 2005. – № 23. – P. 1667–1676.

226. Hypertension as a risk factor for ischemic stroke in women / J. Gorgui., M. Gorshkov; N. Khan et al. // The Canadian journal of cardiology. – 2014. – № 30 (7) – P. 774-782.

227. Hypertension labelling, life events and psychological well-being / T. Moum, S. Naess, T. Sorensen et al. // Psychol Med. –1990. – № 20. – P.635-646 [PubMed:2236373]

228. Hypertension prevalence, awareness, treatment, control, and associated factors in adults in southern China / W.J. Ma, J.L. Tang, Y.H. Zhang, et al. // *Am J Hypertens.* – 2012. – № 25. – P.590–596.
229. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China / R. Wang, Y. Zhao, X. He et al. // *Public Health.* – 2009. – №123. – P. 534–539.
230. Inequalities in Health. The Black Report: The Health Divide / Ed. by P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead. – London: Penguin, 1990. – P. 227.
231. John Rawls Justice as Fairness // John Rawls, *Collected Papers*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts – London, England, 1999. – P.47–72.
232. Juraeva N.S. Students health, health behaviour and quality of life // *Модели, системы, сети в экономике, технике, природе и обществе.* – 2014. – № 3 (11). – С. 155-160.
233. Kottow M. From Justice to Protection: A Proposal for Public Health Bioethics. – N. Y. etc.: Springer, 2012. – 116 p.
234. Law M, Wald N, Morris J. Lowering blood pressure to prevent myocardial infarction and stroke: a new preventive strategy // *Health Technol Assess.* – 2003. – № 7. – P. 1-94.
235. Maksimov S.A., Artamonova G.V. Modeling of arterial hypertension's risk in occupational groups // *Russian Open Medical Journal.* – 2013. – № 2 (0104). – С. 1-5.
236. Neutel J.M., Smithy D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension // *J. Clin. Hypertens.* – 2003. – Vol. 5. – № 2. – P. 127-132.
237. Osoba D, King M. Meaningful differences. In: Fayers P, Hays RD, eds. *Assessing quality of life in clinical trials* // Oxford Press: New York, 2005. – P. 244-257.
238. Osterberg L., Blaschke T. // *New England Journal of Medicine.* – 2005. – Vol. 353. – P. 487-497.

239. Pereira A., Ferreira A., Martins J. People with dementia in the community: satisfaction with life and health-related quality of life // *European Researcher. Series A.* – 2015. – № 3(92). – P. 222-229.

240. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies / R. Khatib, J-D. Schwalm, S. Yusuf et al. // *PLoS ONE.* – 2014. – № 9 (1). – P. e84238.

241. Path dependency and the politics of socialized health care / D. Brady, S. Marquardt, G. Gauchat, M.M. Reynolds // *Journal of health politics, policy & law.* – 2016. – 41. – № 3. – P. 355-392.

242. Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels / N. Turiano, B.P. Chapman, S. Agrigoroaei et al. // *Health psychology.* – 2014. – № 33(8). – P. 883-890.

243. Pikhart H., Pikhartova J. Связь между психосоциальными факторами и последствиями для здоровья в виде хронических болезней: обзор фактических данных по раку и сердечно-сосудистым заболеваниям. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2016. (Обобщающий доклад Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)).

244. Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria/ M.O. Ogunlana, B. Adedokun, M.D. Dairo et al. // *BMC Cardiovasc Disord.* – 2009. – № 9. – P. 25.

245. Prognosis, disease progression, and treatment of atrial fibrillation patients during 1 year: follow-up of the Euro Heart Survey on atrial fibrillation / R. Nieuwlaat. M.H. Prins., J.Y. Le Heuzey et. al. // *Eur Heart J.* – 2008. – № 29. – P. 1181–1189.

246. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community / T.H. Ninh, T.H. Duy, H.L. Ninh et. al. // *BMC Public Health.* – 2014. – № 14. – P. 833.

247. Relationship between symptoms and health-related quality of life in patients treated for hypertension / S.R. Erickson, B.C. Williams, L.D. Gruppen et al. // *Pharmacotherapy*. – 2004. – № 24(3). – P. 344-50

248. Ryff C.D., Radler B.T., Friedman E.M. Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9-10 years: longitudinal evidence from MIDUS//*Health psychology open*. – 2015. - № 2(2). [Электрон. дан.] Режим доступа URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055102915601582> (дата обращения: 15.10.2017).

249. Smith G.D. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? / G.D. Smith, C. Hart. et al. // *J. Epidemiol. Commun. Health*. – 1998. – Vol. 52. – P. 153-160.

250. Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe / S. Schutte, J.F. Chastang, A. Parent-Thirion et al. // *Scandinavian Journal of Public Health*. – 2013. – Vol. 41 (1). – P. 51-57

251. Socioeconomic status and cardiovascular disease among men: the Korean national health service prospective cohort study / Y.M. Song, R.L. Ferrer, S.I. Cho et al. // *American Journal of Public Health*. – 2006. – Vol. 96. – P. 152-159.

252. Spankulova L., Abylay A. Methodology of Examination the Effect of Health on Economic Growth // *World Applied Sciences Journal*. – 2013. – № 28 (3). – P. 364-366

253. Szreter S.R.S. The official representation of social classes in Britain, the United States and France: the professional model and «Les Cadres» // *Comparative Studies in Society and History*. – 1993. – Vol. 35 (2). – P. 285-317.

254. Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension / G. Mancia, G. de Backer, A. Dominiczak et al. for the ESH-ESC// *J Hypertens*. – 2007. – № 25. – P. 1751-1762.

255. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // JAMA. – 2002. – № 288. – P. 2981-2997.

256. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes: part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease) / V.J. Dzau, M. Antman Elliott et al. // Circulation. – 2006, Dec. 19. – Vol. 114 (25). – P. 2850-2870.

257. The effect of discontinuation of antihypertensives on the risk of acute myocardial infarction and stroke / NS Breekveldt-Postma, FJ Penning-van Beest, SJ Siiskonen. et al. // Curr Med Res Opin. – 2008. – №24. – P. 121-127.

258. Thiazide diuretics as firstline treatment for hypertension: meta-analysis and economic evaluation / K. Tran, C. Ho, H.Z. Noorani et al. // Health Technology Assessment (HTA) Database, 2007. Режим доступа к журн. URL: http://cadth.ca/media/pdf/343_Thiazide-Diuretics-Hypertension_tr_e.pdf (дата обращения – 23.12.2017 г.).

259. Turnbull F. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimes on major cardiovascular events: results of prospectively designed overviews of randomized trials // Lancet. – 2003. – № 362. – P. 1527-1535.

260. Umeh Kanayo. Social cognitions and past behavior as predictors of behavioral intentions related to cardiovascular health // Journal of applied social psychology. – 2003. – Vol. 33. – № 7. – P. 1417-1436.

261. Unequally distributed psychological assets: are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? / J.K.Boehm , Y.Chen, D.R. et al. // PLoS ONE. – 2015. – № 10(2). – DOI: 10.1371/journal.pone.0118066

262. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women / M.A. Robbins., M.F. Elias, S.H. Croog, T. Colton // Psychosom Med. – 1994. – № 56 (3). – P. 251-259.

263. Wealth and cardiovascular health: a cross-sectional study of wealth-related inequalities in the awareness, treatment and control of hypertension in high-, middle- and low-income countries / Palafox B, McKee M, Balabanova D et al. // *Int J Equity Health*. – 2016. – №15 (1). – P. 199.

264. Work disability before and after a major cardiovascular event: A ten-year study using nationwide medical and insurance registers / M. Virtanen, J. Ervasti, E. Mittendorfer-Rutz et al. // *Scientific Reports*. – 2017. – № 7 (1). – P. 1142.

265. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). – 2017. – Режим доступа URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> (дата обращения 16.05.2017).

266. World Health Organization/ Raised blood pressure. Situation and trends. – Режим доступа URL: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/ (дата обращения 16.05.2017).

267. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? *Wid. Hth. Forum*. – 1996. – V.1. – P. 29.

268. Zilioli S., Imami L., Slatcher R.B. Life satisfaction moderates the impact of socioeconomic status on diurnal cortisol slope//*Psychoneuroendocrinology*. – 2015. – № 60. – P. 91-95.

269. Zilioli S., Imami L., Slatcher R.B. Socioeconomic status, perceived control, diurnal cortisol, and physical symptoms: a moderated mediation model // *Psychoneuroendocrinology*. – 2017. – № 75. – P. 36-43.

**Анкета для составления медико-социального портрета пациента с
артериальной гипертензией**

ЛПУ: _____

I. Социальная часть (заполняется пациентом)

1. Пол: М Ж
2. Возраст:

<input type="checkbox"/> До 19 лет;	<input type="checkbox"/> 40-49,
<input type="checkbox"/> 20-29,	<input type="checkbox"/> 50-59
<input type="checkbox"/> 30-39,	
3. Образование:

<input type="checkbox"/> Начальное	<input type="checkbox"/> Незаконченное высшее
<input type="checkbox"/> Незаконченное среднее	<input type="checkbox"/> Высшее
<input type="checkbox"/> Среднее специальное	
4. Место проживания:

<input type="checkbox"/> Город	<input type="checkbox"/> Сельская местность
--------------------------------	---
5. Социальное положение:
 - Учащийся
 - Рабочий
 - Инженерно-технический работник, служащий
 - Государственный служащий
 - Безработный
 - Домохозяйка
 - Индивидуальный предприниматель
 - Другое _____
6. Семейное положение:

<input type="checkbox"/> Холост (не замужем)	<input type="checkbox"/> Женат (замужем)
--	--
7. Инвалидность:
 - Есть, группа _____
 - Нет
8. Имеете ли детей до 18 лет:
 - Да, сколько _____
 - Нет

9. Сколько в Вашей семье работающих? _____

10. Как Вы оцениваете свое материальное положение:

- Денег не хватает на повседневные затраты
- На повседневные затраты уходит вся зарплата
- На повседневные затраты хватает, но покупка одежды затруднительна
- В основном хватает, но для покупки дорогостоящих предметов нужно брать в долг
- Почти на все хватает, но затруднено приобретение квартиры, дачи
- Практически ни в чем себе не отказываем.

11. Количество госпитализаций в стационар по поводу повышения артериального давления за последний год____, в том числе в круглосуточный стационар_____

II. Медицинская часть (заполняется медработником)

12. Круглосуточная койка/ОДСП/амбулаторное лечение

13. Для стационарных пациентов:

- плановая/экстренная госпитализация
- кем направлен: участковый врач, СМП, самообращение, другое

14. Стадия АГ: _____

15. Степень АГ: _____

16. Риск АГ: _____

17. Осложнения:

- Недостаточность кровообращения _____
- Гипертонический криз
- Энцефалопатия
- Ретинопатия
- Нефропатия
- Другое _____

18. Сопутствующие заболевания

- ИБС. _____
- ОНМК в анамнезе
- Заболевая ЖКТ _____
- Заболевания легких _____

- Заболевания суставов, позвоночника _____
- Другое _____

19.Фоновые заболевания:

- Ожирение _____
- Другое _____

20.Основные жалобы (при поступлении или осмотре)

- Головная боль
- Головокружение
- Мелькание «мушек» перед глазами
- Жалоб нет
- Другое _____

21.Длительность АГ: _____

22.Лечение на амбулаторном этапе:

- Есть
- Нет

23.АД при поступлении (осмотре): _____

24.Получает ли лекарственные препараты для лечения артериальной гипертензии по ДЛЮ:

- Да
- Нет

Анкета для опроса пациентов

Просим Вас высказать свое мнение, ответив на вопросы нашей анкеты.

Анонимность Ваших ответов гарантируется!

1. Всегда ли Вы выполняете предписания врача, касающиеся лечения артериальной гипертензии?

- Да, всегда =>переходите к вопросу 3
- Когда как =>переходите к вопросу 2
- Нет =>переходите к вопросу 2

2. Почему Вы не выполняете предписания врача, касающиеся гипотензивной терапии?

- Не доверяю врачу
- Не доверяю официальной медицине
- Не согласен с методами и лекарствами, выбранными для лечения
- Не люблю пить лекарства
- Не верю в возможность выздоровления
- Не хватает средств на лекарства
- Не до конца понятно, что необходимо делать
- Из-за собственной лени
- Другое (*напишите*) _____
- Затрудняюсь ответить

3. Приходилось ли Вам отказываться от приема гипотензивных препаратов из-за отсутствия денег? (можно указать несколько ответов)

- Да, приходилось
- Нет, я мог(ла) оплачивать необходимые медицинские услуги
- Нет, мне не приходилось пользоваться платными медицинскими услугами

4. Какую сумму Вы готовы тратить на покупку гипотензивных препаратов?

- до 500 руб.
- 500-1000 руб.
- 1000-2000 руб.
- 2000-3000 руб.
- Свыше 3000 руб.
- Не считаю нужным тратить

5. Принимаете ли Вы гипотензивные лекарственные препараты в настоящее время?

- Нет =>переходите к вопросу 7
- Эпизодически =>переходите к вопросу 6
- Регулярно =>переходите к вопросу 6

6. Укажите, сколько гипотензивных лекарственных препаратов Вы принимаете? (укажите точное число) _____

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе.

7. Пол

- Мужской
 Женский

8. Возраст

- До 19 лет включительно
 От 20 до 29 лет
 От 30 до 39 лет
 От 40 до 49 лет
 От 50 до 59 лет

9. Образование

- Начальное
 Незаконченное среднее
 Среднее
 Среднее специальное
 Незаконченное высшее
 Высшее

10. Социальный статус (*отметьте только один вариант ответа, укажите ваш основной статус*)

- Учащийся
 Рабочий
 ИТР, служащий
 Государственный служащий
 Безработный
 Домохозяйка
 Другое _____

11. Ваше семейное положение

- Женат (замужем)
 Холост (не замужем)

12. Имеете ли Вы детей в возрасте до 18 лет?

- Да (сколько) _____
 Нет

13. Сколько в Вашей семье работающих? (*укажите точное число*) _____

14. Каков среднемесячный доход на одного члена Вашей семьи?

- До 3 000 руб.
 3000-5999 руб.
 6000-9999 руб.
 10 000-14 999 руб.
 15 000-19 999 руб.
 Свыше 20 000 руб.

15. Сколько лет Вы знаете о наличии у Вас артериальной гипертензии? _____

16. Какую сумму Вы готовы потратить на эффективное гипотензивное лекарственное средство для лечения Вашего заболевания:⁷

- Практически за любую сумму
- Не дороже 1000 руб. за 1 упаковку
- Не дороже 500 руб. за 1 упаковку
- Не дороже 300 руб. за 1 упаковку
- Не дороже 100 руб. за 1 упаковку
- Свой ответ _____

17. Как Вы считаете, почему пациенты иногда не выполняют предписания врача?

(не более трех ответов)

Не доверяют врачу

Не доверяют существующей медицине

Не согласны с методами и лекарствами, выбранными для лечения

Не любят пить лекарства

Не верят в возможность выздоровления

Не хватает средств на лекарства

Не до конца понимают, что необходимо делать

Из-за собственной лени

Другое *(напишите)* _____

Благодарим Вас за предоставленные сведения!

⁷Давыдов С.В. Артериальная гипертония (АГ): медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению (ПкЛ), качество жизни (КЖ). Автореферат дисс. ... канд мед наук. Казань. 2004 г.

Анкета для опроса медицинских работников***Уважаемый коллега!***

Мы просим Вас принять в нем участие и ответить на вопросы нашей анкеты. Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем вам полную анонимность, все результаты будут использованы в обобщенном виде.

Заранее благодарим за участие в нашем исследовании!

1. Ваш пол?

- Мужской
- Женский

2. Ваш возраст?

- До 30 лет
- От 31 до 40 лет
- От 41 до 50 лет
- От 51 до 60 лет

3. Кем Вы работаете?

- Заведующим отделением
- Врачом-кардиологом
- Врачом-терапевтом

4. Сколько лет Вы работаете в сфере здравоохранения?

- До 1 года
- От 1 года до 5 лет
- От 6 до 10 лет
- От 11 до 15 лет
- От 16 до 20 лет
- От 21 до 25 лет
- Более 25 лет

5. Имеете ли Вы квалификационную категорию?

- Первую
- Вторую
- Высшую
- Не имею

6. Как Вы считаете, почему пациенты иногда не выполняют предписания врача по приему гипотензивных препаратов? (не более трех ответов)

- Не доверяют врачу
- Не доверяют существующей медицине
- Не согласны с методами и лекарствами, выбранными для лечения
- Не любят пить лекарства
- Не верят в возможность выздоровления
- Не хватает средств на лекарства
- Не до конца понимают, что необходимо делать
- Из-за собственной лени
- Другое (*напишите*)

Спасибо Вам за участие!

Опросник ВОЗ КЖ-100⁸

Дата обследования: «__» _____ 200__ г.

Инструкция

Дальнейшие вопросы касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в **ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**.

Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?

1	2	3	4	5
совсем не беспокоюсь	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем **ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

Приложения 1 и 2

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, **КАК МНОГО** определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) Вы испытали за последние 2 недели. Если Вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если Вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.2 Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F1.3 Насколько вам трудно справляться с болью или дискомфортом?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F1.4 В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F2.2 Насколько легко вы утомляемы?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

⁸«Диагностика здоровья» Психологический практикум под ред. Г.С. Никифорова. СПб «Речь» 2007 – с. 454 – 484.

предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко
F2.4 Насколько сильно вас беспокоит усталость?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F3.2 Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много
F3.4 Как сильно вас беспокоят проблемы сна?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F4.1 Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?				
1	2	3	4	5
совсем не испытываю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много
F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?				
1	2	3	4	5
совсем не могу	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо
F6.1 Насколько высоко Вы цените себя?				
1	2	3	4	5
совсем низко	относительно низко	средне	относительно высоко	предельно высоко
F6.2 Насколько вы уверены в себе?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно
F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много
F8.2 Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?				
1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.3 Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.4 Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F10.2 Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F10.4 Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.2 Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.3 Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.4 Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F16.1 Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.2 Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F17.1 Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

1	2	3	4	5
совсем не нравится	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F19.1 Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F22.2 В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F23.2 Много ли у вас проблем с транспортом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F23.4 Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем не ограничивают	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер,

соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать их, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F2.1 Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F10.1 В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F11.1 Насколько вы зависите от лекарств?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, полностью

F14.1 Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой почувствуете необходимость?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F23.1 Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Совсем нет В основном нет В какой-то мере да, в какой-то - нет В основном да Да, вполне

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G2 Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G3 В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G4 Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F2.3 Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F3.3 Насколько вы удовлетворены своим сном?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F10.3 Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F23.3 Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.2 Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

1	2	3	4	5
очень несчастлив	в основном несчастлив	ни да, ни нет	в основном счастлив	вполне счастлив

G1 Как вы оцениваете свое качество жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

F15.1 Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F3.1 Как хорошо вы спите?

1	2	3	4	5
очень плохо	в основном плохо	ни плохо, ни хорошо	в основном хорошо	очень хорошо

F5.1 Как вы оцениваете свою память?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	очень высоко

F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.1 Как часто вы испытываете боль?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F4.2 Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F12.1 Можете ли вы работать?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном не могу	когда как	в основном могу	да, вполне

F12.2 Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F12.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F12.3 Как вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном низкая	средняя	в основном высокая	очень высокая

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, **НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ** (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе их п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F9.1 Как хорошо вы способны передвигаться?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F9.3 Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.4 Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Следующие вопросы связаны с **ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ** и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F24.1 Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.2 В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

1	2	3	4	5
совсем не чувствую	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.3 Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.4 Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие вопросы спрашивают о том, **НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ** для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся **НЕ ТОЛЬКО** к последним двум неделям.

ImpG.1 Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpG.2 Насколько важно для вас ваше здоровье?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpI.1 Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp2.1 Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp3.1 Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.1 Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.2 Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.3 Насколько важно для вас ощущать надежду?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.1 Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.2 Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.3 Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp6.1 Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp7.1 Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp8.1 Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp9.1 Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp10.1 Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т.п.)				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp11.1 Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp12.1 Насколько важна для вас ваша способность работать?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp 13.1 Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp 14.1 Насколько важна для вас поддержка окружающих?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp 15.1 Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp 16.1 Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp 17.1 Насколько важны для вас домашние условия?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно
Imp1 8.1 Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?				
1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.1 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.2 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.1 Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.2 Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp21.1 Насколько важен для вас отдых или досуг?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp22.1 Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp23.1 Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp24.1 Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ИНФОРМАЦИЯ О ВАС

PO1 * Пожалуйста, укажите ваш пол (обведите нужный номер справа)

- мужской – 1
- женский – 2

V0ZR1 * Когда Вы родились? ____ / _____ / _____

V0ZR2 * Вам на сегодня _____ полных лет

0BR2 * Уровень Вашего образования (обведите нужное):

начальное
 неоконченное среднее (менее 10 кл.)1
 среднее специальное (закончил техникум, колледж)3
 незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза).....4

высшее

SEMP1 * Ваше семейное положение в настоящее время (обведите нужное):

Женат (замужем)

состою в незарегистрированном браке3

разъехался(лась) с супругом(ой)4

холост (не замужем)

PROF Ваша профессия (основной род занятий) в настоящее время: _____

DEN Учитывая все источники дохода, каков в среднем Ваш ежемесячный доход?

_____ руб.

CHILD Есть ли у Вас дети?

нет1

да, один ребенок2

двое детей3

трое детей или более4

Имеете ли детей до 18 лет:

Да

Нет

Сколько в Вашей семье работающих? _____

Как Вы оцениваете свое материальное положение:

Денег не хватает на повседневные затраты

- На повседневные затраты уходит вся зарплата
- На повседневные затраты хватает, но покупка одежды затруднительна
- В основном хватает, но для покупки дорогостоящих предметов нужно брать в долг
- Почти на все хватает, но затруднено приобретение квартиры, дачи
- Практически ни в чем себе не отказываем.

G1.2 Ваше здоровье?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном хорошее	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	очень хорошее

ZD0R1 Больны ли Вы в настоящий момент? (обведите нужное)

нет—1

да—2

ZD0R2 Если ДА, то чем именно? (пожалуйста, напишите):

IN V1 Есть ли у Вас инвалидность? (обведите нужное)

нет—1

да—2

INV2 Если ДА, то какой группы? (напишите) _____

Внимание, вопрос для всех

BOL3 Пожалуйста, укажите, какое лечение Вы получали в последние две недели:

- стационарное (в режиме круглосуточного стационара, с отпуском по выходным дням либо без отпусков)

.....1

- лечение в режиме дневного стационара, то есть проводил в стационаре только дневное время (не менее 4 дней в неделю)2
- лечение с режимом частичной госпитализации, т.е. посещал стационар не более 3 дней в неделю)3
- я проводил в стационаре только вечер и ночь (не менее 4 раз в неделю).....4
- я получал амбулаторное лечение (включая любое из следующего: посещение или телефонная консультация с врачом, прием прописанных врачом медикаментов, выполнение рекомендованных врачом процедур, таких как массаж, инъекции, физиотерапия и т.п.).....5
- я чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения.....6
- я здоров и не получал никакого лечения.....7
- я получал только альтернативное лечение (у специалистов по нетрадиционной медицине или у лиц, не имеющих обычного медицинского образования, таких как экстрасенсы, знахари и т. п.)8

БЛАГОДАРИМ ЗА ПОМОЩЬ!

Приложение 5

**Сравнительная характеристика стандартов оказания
медицинской помощи больным артериальной гипертонией в амбулаторно-
поликлинических условиях, утвержденных приказами МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. №
254 и МЗ РФ от 9.11.2012 г. № 708н.**

	Приказ МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. № 254	Приказ МЗ РФ от 9.11.2012 г. № 708н.
Возрастная категория	Взрослые	Взрослые
Пол	-	Любой
Фаза	Первичная диагностика	Любая
Стадия	Все стадии	Любая
Осложнения	Любые осложнения	Вне зависимости от осложнений
Код по МКБ-10	I10	I10; I11; I12; I13; I13.0; I13.1; I13.2; I15; I15.0; I15.1; I15.2; I15.9
Форма оказания	-	плановая
Условия оказания	амбулаторно- поликлиническая помощь	амбулаторно, в дневном стационаре
Средние сроки лечения	-	10
Диагностика заболевания		
Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1/1 ⁹	-
Визуальное исследование при патологии сердца и перикарда	1/1	-
Пальпация при патологии сердца и перикарда	1/1	-
Перкуссия при патологии сердца и перикарда	1/1	-
Аускультация при патологии сердца и перикарда	1/1	-

⁹Частота предоставления/среднее количество

Измерение частоты сердцебиения	1/1	-
Исследование пульса	1/1	-
Офтальмоскопия	1/1	1/1 ¹⁰
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	-	0,5/1
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,5/1	0,3/1
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	-	0,3/1
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	-	0,5/1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	-	0,3/1
Исследование уровня мочевой кислоты в крови	0,01/1	0,01/1
Исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови	-	0,01/1
Исследование тиреотропина сыворотки крови	-	0,01/1
Исследование на микроальбуминурию	Определение белка в моче (1/1)	1/1
Исследование уровня катехоламинов в моче	-	0,01/1
Исследование уровня 17-гидроксикортикостероидов (17-ОКС) в моче	-	0,01/1
Проведение реакции Вассермана (RW)	-	0,1/1
Исследование обмена глюкозы	1/1	0,6/1

¹⁰ Усредненный показатель частоты предоставления/ Усредненный показатель кратности применения

Исследование функции нефронов (клиренс)	0,001	1/1
Определение антигена к вирусу гепатита В (HBeAg Hepatitis B virus) в крови	-	0,1/1
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	-	0,1/1
Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	-	0,1/1
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	-	1/1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	0,5/1	1/1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	-	1/1
Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	ТГ (0,5/1), ХЛ (0,5/1), ЛПНП (0,01/1), ЛПВП (0,5/1)	0,6/1
Анализ мочи общий	1/1	1/1
Исследование уровня креатинина в крови	1/1	-
Исследование уровня мочевины в крови	0,5/1	
Исследование уровня С-реактивного белка в крови	0,5/1	

Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	0,01/1	
Эхокардиография	0,01/1	1/1
Дуплексное сканирование артерий	0,001/1	0,8/1 (почек)
Дуплексное сканирование аорты	0,001/1	0,5/1
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока	-	0,8/1
Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,1/1 (почек)	1/1
Проведение электрокардиографических исследований	1/1	1/1
Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)	0,001/1	0,3/1
Магнитно-резонансная томография головного мозга	-	0,01/1
Магнитно-резонансная томография брюшной полости	-	0,01/1
Рентгенография легких	0,01/1	1/1
Компьютерная томография надпочечников	-	0,5/1
Пульсоксиметрия	-	0,2/1
Суточное мониторирование артериального давления	0,0001/1	1/1
Рентгенография сердца в трех проекциях	0,001/1	-
Гипервентиляционная, ортостатическая пробы	0,001/1	-

Электрокардиография с физическими упражнениями	0,001/1	-
Измерение частоты дыхания	1/1	-
Измерение артериального давления на периферических артериях	1/6	-
Мероприятия, проводимые средним медицинским персоналом		
Взятие крови из периферической вены	1/1	1/2
Взятие крови из пальца	1/1	1/1
Измерение массы тела	1/1	1/3
Измерение роста	1/1	1/1
Измерение окружности талии	-	1/1
Лечение, контроль за состоянием		
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	-	0,3/1
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	-	0,2/1
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	-	0,7/1
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	-	0,1/1
Сбор анамнеза и жалоб при патологии сердца и перикарда	1/1	-
Аускультация при патологии сердца и перикарда	1/1	-
Измерение частоты дыхания	1/1	-
Измерение частоты сердцебиения	1/1	-
Исследование пульса	1/1	-
Измерение артериального давления на периферических артериях	1/1	-

Исследование уровня мочевой кислоты в крови	-	0,01/1
Исследование на микроальбуминурию	Определение белка в моче (0,05/1)	1/1
Исследование функции нефронов (клиренс)	Определение креатинина в крови (0,05/1)	0,5/1
Общий (клинический) анализ крови развернутый	-	1/1
Анализ крови биохимический общетерапевтический	-	1/1
Исследование уровня глюкозы в крови	0,01/1	-
Исследование уровня калия в крови	0,001/1	-
Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,001/1	-
Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,001/1	-
Исследование уровня гамма-глутаминтрансферзы в крови	0,001/1	-
Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический	0,01/1	0,6/1
Анализ мочи общий	-	1/1
Эхокардиография	0,01/1	0,5/1
Школа для больных с артериальной гипертензией	0,9/10	0,5/1
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока	-	0,05/1
Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	0,1/1 (почек)	0,1/1

Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	-	1/2
Проведение электрокардиографических исследований	-	1/2
Рентгенография легких	-	0,01/1
Суточное мониторирование артериального давления	0,01/1	0,5/1
Офтальмоскопия	0,5/1	-
Регистрация электрокардиограммы	1/1	-
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1/1	-
Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1/2	-
Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда	1/2	-
Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердца и перикарда	1/2	-
Консультация провизора по подбору лекарственных средств безрецептурного отпуска и аналоговой замене	0,1/1	-
Перечень лекарственных препаратов		
Другие минеральные вещества (Калия и магния аспарагинат)	-	0,3

Растворы электролитов (Натрия хлорид)	-	0,3
Метилдопа	-	0,05
Агонисты имидазолиновых рецепторов	0,01 (Моксонидин)	0,3 (Клонидин, Моксонидин)
Альфа-адреноблокаторы	0,001 (Доксазозин, Теразозин)	0,05 (Урапидил, Доксазозин)
Тиазиды	0,5	0,4 (Гидрохлоротиазид)
Сульфонамиды	0,5 (Индапамид)	0,4 (Индапамид) 0,5 (Торасемид, Фуросемид)
Антагонисты альдостерона	-	0,5 (Спиронолактон, Эплеренон)
Селективные бета-адреноблокаторы	0,4 (Атенолол, Бетаксоллол, Бисопролол, Карведилол)	0,4 (Бисопролол, Метопролол, Небиволол)
Альфа- и бета-адреноблокаторы	-	0,1 (Карведилол)
Селективные бета-адреноблокаторы в комбинации с тиазидами	-	0,2 (Бисопролол+Гидрохлоротиазид)
Производные дигидропиридина	0,6 (Амлодипин)	0,95 (Амлодипин, Лацидипин, Лерканидипин, Нифедипин, Фелодипин)
Производные фенилалкиламина	0,4 (Верапамил)	0,1 (Верапамил)
Производные бензотиазепина		0,05 (Дилтиазем)
Ингибиторы АПФ	0,4 (Каптоприл, Периндоприл, Эналаприл)	1 (Каптоприл, Лизиноприл, Периндоприл, Рамиприл, Эналаприл, Эналаприлат)

Ингибиторы АПФ в комбинации с диуретиками	-	0,4 (Индапамид+Периндоприл)
Ингибиторы АПФ в комбинации с блокаторами кальциевых каналов	-	0,3 (Амлодипин+Периндоприл)
Антагонисты ангиотензина II	-	1 (Валсартан, Кандесартан, Лозартан, Телмисартан)
Антагонисты ангиотензина II в комбинации с диуретиками	-	1,0 (Валсартан+ Гидрохлоротиа-зид, Гидрохлоротиа-зид+Лозартан, Гидрохлоротиа-зид+Телмисар-тан)
Антагонисты ангиотензина II в комбинации с блокаторами кальциевых каналов	-	0,3
Антагонисты ангиотензина II в комбинации с другими средствами	-	0,3 (Амлодипин+ Валсартан+ Гидрохлоро-тиазид)
Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы	-	1 (Аторвастатин, Розувастатин, Доксазозин)
Глюкокортикоиды	-	0,2 (Метилпреднизолон)
Салициловая кислота и ее производные	-	0,5 (Ацетилсалициловая кислота)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России
В.М. Попков

« 11 » 05 20 18 г.

АКТ 463

**О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ШУЛЬПИНОЙ НАДЕЖДЫ ЮРЬЕВНЫ
НА ТЕМУ:
«СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ»
В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

1. **Наименование кафедры, дисциплины:** кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».

2. **Курс, факультет:**

- студенты 3 и 4 курса, обучающиеся по специальностям высшего профессионального образования УГС «Здравоохранение».
- факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, слушатели курсов профессиональной переподготовки специалистов и цикла общего усовершенствования по специальности «общественное здоровье и здравоохранение», тематического усовершенствования «контроль качества медицинской помощи»,
- ординаторы, обучающиеся по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

3. **Место и время использования:** лекции и практические занятия по темам: «Организация медицинской помощи городскому и сельскому населению», «Экспертиза качества медицинской помощи», «Заболеваемость и инвалидность как медико-социальная проблема», «Современные проблемы экономики», «Здоровье как экономическая категория», «Планирование деятельности медицинских организаций», «Экономический анализ эффективности деятельности медицинских организаций», «Современные подходы к оплате труда работников здравоохранения».

4. **Краткая аннотация:** Внедрены результаты работы по изучению состояния здоровья населения Саратовской области, организации первичной медицинско-санитарной помощи трудоспособного возраста. Представлено научное обоснование рационального использования ресурсов здравоохранения региона при оказании медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста см артериальной гипертензией

5. **Форма внедрения:**

- В материалах 8 лекций (1 лекция – 12 слайдов, 1 лекция – 8 слайдов, 6 лекции – по 4 слайда)
- При проведении научно-практического тренинга «Защита прав участников процесса оказания медицинской помощи со слушателями факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
- При проведении научно-практического тренинга «Стратегия принятия управленческих решений»

Автор: Шульпина Н.Ю., асс. _____

Заведующая кафедрой: Еругина М.В., д.м.н., доцент _____

Начальник управления обеспечения _____

качества образовательной деятельности: Клоктунова Н.А., к.соц.н. _____

Дата: « 11 » 05 2018 г.

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России

В.М. Попков

**УТВЕРЖДАЮ**

Главный врач
Саратовская городская
поликлиника № 2»
Л.А. Гурьева

**АКТ О ВНЕДРЕНИИ****РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

- Наименование предложения:** внедрение системы мониторинга состояния здоровья в зависимости от депривационных групп и групп социального риска
- Краткая аннотация:** на первом этапе установлены социальные группы риска больных артериальной гипертензией по неблагоприятному отдаленному клиническому прогнозу, на втором этапе на основе комплементарности субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов выявлены лица с ограничениями в доступности медицинской помощи, на третьем этапе – составлены индивидуальные планы диспансерного наблюдения трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от группы социального риска.
- Эффект от внедрения:** Предложенные комплементарные (субъективный и объективный) подходы к оценке доступности медицинской помощи взрослому прикрепленному населению трудоспособного возраста с артериальной гипертензией позволили верифицировать население по депривационному признаку и выявить группы социального риска по прогрессированию и неблагоприятному исходу артериальной гипертензии, что определило особенности диспансерного наблюдения пациентов данной группы.
- Место и время использования предложения:**
2018 год – в процессе деятельности ГУЗ «Саратовская городская поликлиника № 2»
- Форма внедрения:** Приказ главного врача «О мониторинге состояния здоровья трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией» № 93 от 15.01.2018 г.

Автор: ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Н.Ю. Шутьпина

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами истории медицины и правоведения) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Д.м.н., доцент

М.В. Еругина

Дата: «16» 05 2018 г.

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России

В.М. Попков

УТВЕРЖДАЮ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ
ГУЗ «Саратовская городская клиническая
больница № 10», к.м.н.
Л.В. Максимова

АКТ О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- Наименование предложения:** формирование индивидуальных программ диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией.
- Краткая аннотация:** на первом этапе установлены социальные группы риска больных артериальной гипертензией по неблагоприятному отдаленному клиническому прогнозу, на втором этапе на основе комплементарности субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов выявлены лица с ограничениями в доступности медицинской помощи, на третьем этапе – составлены индивидуальные планы диспансерного наблюдения трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от группы социального риска.
- Эффект от внедрения:** Оценка доступности медицинской помощи взрослому прикрепленному населению трудоспособного возраста с артериальной гипертензией с помощью субъективного и объективного подходов позволили выявить группы социального риска по прогрессированию и неблагоприятному исходу артериальной гипертензии, что определило особенности диспансерного наблюдения пациентов данной группы.
- Место и время использования предложения:**
2018 год – в процессе деятельности ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 10»
- Форма внедрения:** Приказ главного врача «О формировании индивидуальных программ диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией» № 107 от 12.01.2018 г.

Автор: ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Н.Ю. Шульпина

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами истории медицины и правоведения) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Д.м.н., доцент

М.В. Еругина

Дата: « 14 » 05 2018 г.

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России

В.М. Попков



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ГУЗ «Саратовский областной клинический
госпиталь для ветеранов войн»
Е.П.Ковалев

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- 1. Наименование предложения:** формирование индивидуальных программ диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией.
- 2. Краткая аннотация:** на первом этапе установлены социальные группы риска больных артериальной гипертензией по неблагоприятному отдаленному клиническому прогнозу, на втором этапе на основе комплементарности субъективного (депривационного) и объективного (экономического) подходов выявлены лица с ограничениями в доступности медицинской помощи, на третьем этапе – составлены индивидуальные планы диспансерного наблюдения трудоспособных пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от группы социального риска.
- 3. Эффект от внедрения:** Предложенные комплементарные (субъективный и объективный) подходы к оценке доступности медицинской помощи взрослому прикрепленному населению трудоспособного возраста с артериальной гипертензией позволили верифицировать население по депривационному признаку и выявить группы социального риска по прогрессированию и неблагоприятному исходу артериальной гипертензии, что определило особенности диспансерного наблюдения пациентов данной группы.
- 4. Место и время использования предложения:**
2018 год – в процессе деятельности ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн»
- 5. Форма внедрения:** Приказ главного врача «О формировании индивидуальных программ диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией» № 12 от 11.01.2018 г.

Автор: ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Н.Ю. Шульпина

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами истории медицины и правоведения) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Д.м.н., доцент

М.В. Еругина

Дата: «16» 05 2018 г.