

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»  
Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

На правах рукописи

**Пак Виталий Игоревич**

**СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ  
ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ  
(на примере болезней системы кровообращения)**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор О.Е. Коновалов

**Москва – 2023 г.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
ГЛАВА 1. АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СЕМЬИ (обзор литературы).....	14
1.1. Хронические неинфекционные заболевания как приоритет целевой профилактической направленности здоровьесбережения населения .....	15
1.2. Распространенность и неблагоприятные исходы болезней системы кровообращения.....	19
1.3. Семейные факторы риска болезней системы кровообращения .....	25
1.4. Профилактика и лечение болезней системы кровообращения на семейном уровне.....	28
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
ГЛАВА 3. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ ЦЕЛЕВОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА.....	43
ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ СЕМЕЙ.....	59
4.1. Демографическая характеристика респондентов и их семей.....	59
4.2. Оценка состояния здоровья пациентов с болезнями системы кровообращения .....	61
4.3. Частота факторов риска среди пациентов с болезнями системы кровообращения.....	66
4.4. Медицинская активность пациентов с болезнями системы кровообращения и их семей.....	72
ГЛАВА 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ	

КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ .....	79
5.1. Применение на практике врачами общей практики здоровьесберегающих технологий .....	79
5.2. Лечебно-профилактическая направленность здоровьесбережения хронических больных и членов их семей.....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	94
ВЫВОДЫ .....	99
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	102
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	104
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	129

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АД – артериальное давление

АГ – артериальная гипертензия

БСК – болезни системы кровообращения

ВАО – Восточный административный округ

ВОП/СВ – врач общей практики (семейный врач)

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЮВАО – Юго-Восточный административный округ

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В настоящее время на мировом уровне приоритетными признаны хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), включая болезни системы кровообращения (БСК), которые наносят большой ущерб обществу, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности, большими затратами на профилактику, лечение и реабилитацию больных, а также с инвалидностью и преждевременной смертностью [Бойцов С.А., 2016; Макарьян А.С. и соавт., 2017; Драпкина О.М. и соавт., 2021].

Через семью и с ее помощью должны решаться многие медико-социальные проблемы, включая снижение показателей заболеваемости, инвалидности, смертности, увеличение средней продолжительности жизни, а также реализацию программ по здоровьесбережению [Кича Д.И., 2019; Абрамов А.Ю. и соавт., 2020]. При этом одним из приоритетных направлений профилактики ХНИЗ является широкое внедрение, прежде всего, на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи семейно-ориентированных медицинских, образовательных, социальных и психологических технологий здоровьесбережения.

Необходимо наладить постоянную индивидуальную и групповую работу с семьями (родственниками) больных по выработке у них правильных представлений о болезни, системе ухода и наблюдения, взаимодействия с больным, участия в обеспечении терапевтического процесса, коррекции конфликтных отношений и преодолении кризисных ситуаций в семьях [Коновалов О.Е. и соавт., 2022]. При этом необходимо адаптировать индивидуальные технологии работы с хроническими больными и перепрофилировать их на семью в целом [Александрова О.Ю. и соавт., 2021].

Важно дать необходимые знания больному и членам его семьи по реализации здоровьесберегающего поведения, помочь с выработкой соответствующих компетенций, освоением умений и навыков [Дымова И.А., Кароян А.А., 2019; Дубровина А.С., 2020]. Одной из приоритетных задач

является создание и поддержание в семье психотерапевтической среды. При этом рекомендации должны быть дифференцированными в зависимости от уровня образования членов семьи, их образа жизни, в том числе медицинской ответственности [Валеева А.С., 2017; Горбань А.Я., 2020].

В каждом конкретном случае врачам, прежде всего, врачам общей практики/семейным врачам (ВОП/СВ), важно учитывать наличие конфликтных взаимоотношений в семье больного, провоцирующих обострение хронического заболевания, а также неблагоприятное влияние, которое может оказать больной, особенно в период обострения заболевания, на других членов семьи.

В современных условиях наряду с изменением состава семей (в том числе, сокращением числа семей сложного состава и ростом числа нуклеарных семей), отмечается рост числа одиноких мужчин и женщин, увеличение возраста вступления в брак, высокая частота разводов. Эти тенденции необходимо учитывать при реализации лечебно-профилактической помощи хроническим больным, включая использование здоровьесберегающих технологий.

С учетом сказанного, разработка научно-обоснованных медико-социальных и организационных мероприятий, направленных на здоровьесбережение пациентов с ХНИЗ и их семей, имеет большую научно-практическую значимость.

**Степень разработанности проблемы.** Исследованию проблемы совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения на амбулаторном этапе посвящены работы Е.Ю. Андреевко и соавт. (2020), С.А. Бойцова и соавт. (2021). По мнению Е.В. Засыпкиной, Т.В. Исаевой (2017), при этом большое внимание в медицинской практике должно уделяться семейно-ориентированному подходу. Профилактике хронических неинфекционных заболеваний на уровне семьи посвящены труды Д.И. Кичи с соавт. (2018-2021). Влияние стресса в семье на

распространенность болезней системы кровообращения у мужчин-городских жителей анализируется в статье Е.В. Акимовой и соавт. (2018).

Исследование С.А. Бойцова, О.М. Драпкиной (2021) посвящено вопросам содержания и совершенствования стратегии высокого риска в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Были работы, выполненные по анализу качества первичной медико-санитарной помощи при БСК в Татарстане (Е.А. Ацель, 2017), а также по оказанию кардиологической помощи населению Казахстана с учетом региональных особенностей заболеваемости (Ж.М. Бейсенбаева, 2018).

**Цель исследования:** разработка научно-обоснованных предложений медико-социального и организационного характера по совершенствованию и реализации семейно-ориентированных технологий здоровьесбережения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (на примере болезней системы кровообращения).

В соответствии с поставленной целью сформулированы следующие **задачи:**

1) Оценить уровень и структуру заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения среди других хронических неинфекционных заболеваний в г. Москве в сравнении с Центральным федеральным округом и Российской Федерацией в целом за 2015-2021 гг.

2) Изучить участие семей пациентов с болезнями системы кровообращения в профилактике и лечении хронического заболевания.

3) Проанализировать применение врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми в работе с пациентами с болезнями системы кровообращения и их семьями различных здоровьесберегающих технологий.

4) Разработать комплекс мероприятий, направленных на здоровьесбережение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и членов их семей (на примере болезней системы кровообращения).

**Научная новизна** данного исследования состоит в том, что:

- получена новая информация о динамике и тенденциях заболеваемости и смертности населения мегаполиса от БСК, свидетельствующая о том, что до пандемии COVID-19 была характерна стагнация этих показателей, в первый год пандемии отмечалось снижение заболеваемости за счет вынужденного ограничения обращаемости и рост смертности, уровень которых не вернулся к исходному и в последующий год;

- проанализировано использование врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-терапевтами участковыми различными здоровьесберегающих технологий при работе с пациентами с БСК и их семьями, в результате чего установлено, что в медицинских организациях по-прежнему используются в основном защитно-профилактические и оздоровительные технологии, а также технологии обучения сохранению и укреплению здоровья;

- дана медико-социальная характеристика семей пациентов с БСК в современных условиях на фоне изменения их структуры, включая сокращение числа семей сложного состава и рост числа нуклеарных семей;

- изучено участие пациентов и их семей в плане профилактики и лечения на фоне широкого внедрения информационных технологий и цифровизации, включая инновационные формы информационно-консультативного обеспечения пациентов, а также долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением;

- научно обоснованы медико-организационные подходы к внедрению и реализации во врачебной практике семейно-ориентированных технологий, направленных на здоровьесбережение пациентов с БСК на основе стратегии предотвращения рисков основных неинфекционных заболеваний;

- определены приоритетные направления здоровьесбережения хронических больных и их семей в современных условиях, к которым отнесены внедрение во врачебную практику инновационных подходов к реализации различных здоровьесберегающих технологий на семейном уровне



и мобилизация лечебно-профилактических возможностей хронически больных и их семей;

- показано, что формирование инфраструктуры единого профилактического пространства муниципалитетов должно проводиться на основе семейно-ориентированного подхода в отношении объектов профилактической направленности.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования.**

В ходе выполнения исследования выявлены современные особенности динамики заболеваемости и смертности от БСК среди других ХНИЗ на примере г. Москвы. Дана оценка участия семей с больными БСК в плане профилактики и лечения заболеваний. Определены проблемные зоны при проведении работы по здоровьесбережению пациентов с БСК и членов их семей. Предложен научно-обоснованный комплекс мероприятий здоровьесберегающего характера, направленных на работу с больными ХНИЗ и членами их семей, на основе стратегии предотвращения рисков основных неинфекционных заболеваний.

Диссертант принимал участие в выполнении Национальным НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко плановой НИР «Научное обоснование путей развития организационных технологий здоровьесбережения населения» (№ гос. регистрации НИОКТР АААА-А19-119012290164-0).

Содержащиеся в диссертации материалы и рекомендации:

- внедрены в практику работы ГБУЗ «Городская поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы» (справка о внедрении от 13.01.2022 г.) и ГБУЗ «Городская поликлиника № 210 ДЗМ» (справка о внедрении от 20.09.2022 г.) при совершенствовании оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их семьям на основе применения здоровьесберегающих технологий;

- нашли практическое применение в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа Республики Ингушетия при

совершенствовании оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их семьям (письмо Минздрава Республики Ингушетия от 31.08.2023 г. № 22/3633);

- использовались при разработке плана информационно – коммуникационных мероприятий, направленных на достижение целевых показателей стратегии формирования единого профилактического пространства Восточного и Юго-Восточного административных округов г. Москвы, а также для подготовки методических рекомендаций Департамента здравоохранения г. Москвы для специалистов по вопросам ведения гражданами здорового образа жизни (письмо Национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко от 14.04.2022 г.).

Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа для выбора тактики применения здоровьесберегающих технологий у пациентов с болезнями системы кровообращения» (номер свидетельства 2023665563 от 18.07.2023 года»).

Издано учебное пособие «Городское здоровьесберегающее пространство и его оценка» (Нижний Новгород, 2023).

Материалы исследования нашли применение в учебном процессе на кафедрах Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Тверского государственного медицинского университета.

**Методология и методы исследования.** Методологической основой проведения данного исследования послужили труды созданной под руководством профессором О.В. Грининой и Д.И. Кичи научной школы по социально-гигиеническому изучению здоровья семьи.

В соответствии с поставленными задачами были использованы следующие методы исследования: библиографический, социологический, социально-гигиенический (в т.ч. анализ медицинской документации), аналитический, математико-статистический, изучение и обобщение имеющегося опыта.

Математико-статистическая обработка полученных данных производилась с помощью методов вариационной статистики и корреляционного анализа. Анализ трендов проводили с использованием метода наименьших квадратов. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t). Для выполнения расчетов применялся пакет стандартных статистических программ STATISTICA 6.0.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Распространенность и структура социально-значимых хронических неинфекционных заболеваний в качестве основы для определения целевой профилактической направленности здоровьесбережения населения.

2. Медицинская активность пациентов с болезнями системы кровообращения и их семей, как фактор реализации здоровьесберегающих технологий с позиции предотвращения рисков хронических неинфекционных заболеваний.

3. Медико-организационные направления развития и внедрения во врачебную практику технологий, направленных на здоровьесбережение пациентов с болезнями системы кровообращения и их семей.

**Степень достоверности и апробация результатов.** Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки.

Материалы диссертации были представлены, доложены и обсуждены на:

- IV научной конференции «Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2019» (Москва, РУДН, 2019);
- 6-м междисциплинарном научном форуме с международным участием «Новые материалы и перспективные технологии» (Москва, 2020);
- XXIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2020);

- XXVI Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2021);
- XXV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2021);
- Всероссийской научно-практической заочной интернет-конференции «Проблемы гигиенической безопасности и профилактики нарушений трудоспособности у работающих» (г. Нижний Новгород, 2021);
- XII Международной научной конференции #SCIENCE4HEALTH2021. 21-22 мая 2021 года.
- Конференции «Труд и социальные отношения» (Москва, 2022);
- XXVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2022);
- Всероссийской on-line конференции «Медицинская наука и практика: история и современность» (Тверь, 2022);
- XXIV International Multidisciplinary Conference «INNOVATIONS AND TENDENCIES OF STATE-OF-ART SCIENCE» (Rotterdam, Nederland, 2022).
- Конференции «Инновационные медицинские технологии» в рамках XIV региональной специализированной выставки «Молодой изобретатель и рационализатор - 2023» (Тверь, 2023).
- XV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора «Современные проблемы эпидемиологии, микробиологии и гигиены» (Нижний Новгород, 2023).
- Межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (Москва, 2023).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности.**

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 5, 8, 9, 10 паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

**Личное участие диссертанта.** Все использованные в работе данные получены при непосредственном и определяющем участии автора: критический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме, сбор, обработка и анализ первичного материала, в том числе проведение анкетирования пациентов и врачей, подготовка публикаций, анализ и обобщение полученных результатов для написания и оформления рукописи. В результате были сформулированы выводы и предложения по совершенствованию здоровьесбережения у пациентов с БСК и членов их семей.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 2 статьи в журналах, входящих в МБЦ Scopus, и 2 статьи в журналах по перечню ВАК/РУДН, коллективная монография.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация включает введение, 5 глав, выводы, предложения и список литературы. Работа изложена на 142 страницах машинописного текста, иллюстрирована 29 таблицами и 24 рисунками. Библиографический список состоит из 205 источников, из них 68 иностранных авторов.

## **ГЛАВА 1. АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СЕМЬИ (обзор литературы)**

Профилактика заболеваний является одной из самых важных составных частей профессиональной деятельности врача и базисным элементом системы здравоохранения.

Здоровьесберегающие технологии связаны, прежде всего, с **первичной профилактикой заболеваний** – системой мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, минимизация негативных воздействий окружающей среды и т. д.).

Использование таких технологий является значимым и на уровне **вторичной профилактики заболеваний**. При этом эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления. Этот вид профилактики направлен на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Некоторые специалисты предлагают термин **третичная профилактика** как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и

медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

Выделяют следующие здоровьесберегающие технологии:

- **медицинские** (профилактические, корригирующие и реабилитирующие в области соматического статуса пациента; контроль соблюдения санитарно-гигиенических правил и норм);

- **образовательные**, содействующие здоровью (воспитательные, обучающие, информирующие);

- **социальные** (технологии организации здорового и безопасного образа жизни; превентивные и корригирующие технологии в отношении поведенческих девиаций);

- **психологические** (коррекция и профилактика интеллектуальных и личностных нарушений развития).

### **1.1. Хронические неинфекционные заболевания как приоритет целевой профилактической направленности здоровьесбережения населения**

Опыт медицинской науки и промышленного производства явился началом огромного массива средств для выявления, лечения и профилактики заболеваний. По размеру он превышает экономический потенциал для собственного внедрения в практику. Высокая продолжительность лечения большинства хронических патологий – одно из значимых препятствий на пути оценки его эффективности. Вопрос распределения ресурсов стал проблемой, которая усугубилась в последние годы [44; 192; 195].

Постоянно возрастающее число ХНИЗ, включая БСК (АГ, хроническая ишемическая болезнь сердца (стенокардия), острое нарушение мозгового кровообращения, нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность), злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, сахарный диабет, является угрозой здоровья людей во всем мире, снижающей продолжительность и качество жизни [170; 188; 191; 192]. При

этом, с учетом наиболее серьезных медико-социальных последствий БСК, они требуют особого внимания.

Среди ХНИЗ особое место занимают социально значимые болезни. Они обусловлены в основном социально-экономическими условиями жизни людей. Их считают самыми актуальными проблемами, несущими угрозу здоровью. Социальные аспекты данной патологии диктует необходимость в целях повышения эффективности профилактики задействовать в том числе органы власти, общественные, культурные, образовательные организации и т.д. Социально значимые заболевания предполагают ущерб для всего общества, так как требуют расходов на лечебные, превентивные и реабилитационные мероприятия, характеризуются преждевременной смертностью, ростом преступности. Среди них ряд заболеваний предполагают пожизненное использование лекарственной терапии. Организация специализированной медицинской помощи больным социально значимыми заболеваниями часто является жизненно важной [16; 51; 91; 195].

Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года № 715 был утвержден перечень социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [107]. В перечень *социально значимых заболеваний* вошли болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Многообразие аспектов здоровья и факторов, влияющие на образ жизни и здоровье человека, ученые всего мира начали исследовать лишь в конце XX столетия. Возникает целый ряд отличающихся по содержанию и направленности определений понятия «здоровье». «Сейчас ЗОЖ определяют как «комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающих гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности и продление творческого долголетия людей» [41; 47; 60; 127; 158; 163; 168; 186; 197].

*Здоровьесберегающее поведение* — это действия, акты, деяния и поступки, которые позволяют людям жить в гармонии с окружающим миром, собой, без нарушения общечеловеческих правил и норм поведения, а его



органам и системам – физиологически развиваться и действовать. По данным современных научных исследований основным источником функционирования и развития здоровьесберегающего поведения является желание его сохранять и укреплять. В части работ есть мысли о необходимости развивать у человека так называемые персональные ресурсы для преодоления действия на здоровье негативных факторов. Как правило, такими ресурсами признают жизненные навыки («life skills») в области здоровья [150; 157; 176; 182; 183; 197; 205].

Многочисленные исследования свидетельствуют о связи между низким показателем ЗОЖ и плохим качеством жизни как в общем, так и в аспекте, связанном со здоровьем [141; 149; 151; 183; 194; 195; 200].

В настоящее время отобраны принципы (правила), теории, конструктивные особенности, способы определения эффективных мероприятий и слабые места в управлении здоровым образом жизни для использования цифрового вмешательства. Результаты исследований подтвердили возможность в данном случае преодоления существующих недостатков и разработку персонализированных рекомендаций по образу жизни в рамках цифровых вмешательств в области здравоохранения [147].

Другими авторами показано, что здоровый образ жизни связан со снижением смертности от всех причин. Следует отметить, что при большей приверженности ЗОЖ имела место более низкая смертностью от всех причин независимо от бремени лекарств и возраста [156; 165; 196].

Национальная программа укрепления здоровья в Японии двадцать первого века (HJ21) соотносит жизненную цель с профилактикой заболеваний, способствуя принятию ЗОЖ. Проведенный общенациональный перекрестный опрос сертифицированных специалистов в области управления здравоохранением показал, что лица, ведущие здоровый образ жизни, получают более высокое чувство жизненной цели. Авторы считают, что изучение причинно-следственной связи между здоровым образом жизни и целью в жизни может быть более эффективным подходом к укреплению

здоровья [158].

АГ поражает примерно треть взрослого населения мира и является основной причиной преждевременной смерти, несмотря на значительные достижения в фармакологических методах лечения [166; 199; 204]. Многочисленные работы, посвященные данному заболеванию, свидетельствуют о значительном влиянии нездорового образа жизни на возникновение неблагоприятных исходов при данной патологии. Так, в США и Великобритании здоровый образ жизни был связан с более низкой смертностью и риском ССЗ в различных социальных подгруппах, играя важную роль в снижении бремени заболеваний. Однако считается, что пропаганда ЗОЖ сама по себе не может существенно снизить социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья, и необходимы другие меры, направленные на борьбу с социальными детерминантами [167; 198; 203].

Растут данные об использовании вмешательств в образ жизни для профилактики и адьювантного лечения АГ. Проведенные эпидемиологические исследования подтверждают профилактические и антигипертензивные эффекты основных вмешательств в образ жизни (регулярные физические упражнения, управление массой тела и здоровое питание), а также другие менее традиционные рекомендации, такие как управление стрессом и содействие адекватному режиму сна в сочетании с циркадным увлечением [116; 160]. При этом обсуждаются физиологические механизмы, лежащие в основе благотворного воздействия этих вмешательств на АГ - окислительно-восстановительный и воспалительный статус, симпатическая активация, секреция миокинов [199].

Обращается внимание на важность распространения здорового поведения среди лиц в возрасте 30 лет, уже имеющих АГ и сахарный диабет, используя информацию Национального обследования здоровья, проведенного в 2019 г. [152; 197].

По Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается также путем разработки и реализации программ формирования ЗОЖ, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ (глава 2, статья 12).

Таким образом, в современных условиях ХНИЗ являются приоритетом целевой профилактической направленности здоровьесбережения населения и остаются ведущей причиной инвалидности и смерти как в мире, так и в России. Формирование ХНИЗ связано с поведенческими факторами риска, в числе которых ведущую роль играют употребление табака, никотин содержащей продукции, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточная физическая активность [85; 114; 120; 123; 177; 178; 179].

## **1.2. Распространенность и неблагоприятные исходы болезней системы кровообращения**

По данным официальной статистики в Российской Федерации ежегодно регистрируется более 4 млн. новых случаев заболеваемости БСК<sup>1</sup>, что составляет почти 4% от всех случаев заболеваемости. За последнее десятилетие число таких больных существенно увеличилось – с 3761 тыс. человек в 2009 г. до 4303 тыс. человек в 2020 г. (рост на 14.4%). Соответственно повысилась первичная заболеваемость с 26,3 до 29,4 на 100 тыс. населения. Вместе с этим, происходит снижение случаев установления инвалидности, обусловленной БСК. Так, если в 2009 г. их насчитывалось 350 тыс. человек, то в 2020 г. - 167 тыс. человек (сокращение в 2 раза), а распространенность на 10 тыс. населения снизилась с 33,2 до 14,4. Следует отметить, что в структуре инвалидности от всех причин на БСК, несмотря на положительную динамику, приходится очень большая доля - 41,3% в 2009 г. и

---

<sup>1</sup> Федеральная служба государственной статистики. Население. Здравоохранение. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

29,9% в 2020 г. [117]

По распространенности среди БСК и по первичной заболеваемости лидирующее место занимают болезни, характеризующиеся повышенным АД, составляя в 2020 г. 47,1%, на втором месте находится ишемическая болезнь (ИБС) сердца (21,5%) и на третьем месте -цереброваскулярная болезнь (18,4%) (форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»). На фоне роста заболеваемости АГ отмечается рост таких грозных осложнений, как внутримозговое кровоизлияние и инфаркт миокарда.

Выявлены региональные особенности заболеваемости, а также обеспеченности населения специализированной медицинской помощью [61; 98].

С 2003 года в России плавно снижается смертность. За последние 15 лет она претерпела спад с 16,4 до 12,9 на 1000 населения, но по-прежнему превышает уровень показателя в государствах Евросоюза. В основном повлияло на динамику показателя его уменьшение для ССЗ — почти на 40%, что стало причиной снижения его долевого участия в формировании общей смертности — с 56,9% в 2006 г. до 47,8% в 2016 г. [25; 54]. При условии уменьшения смертности Россия до сих пор находится в числе государств с максимальной смертностью от ССЗ. В нашей стране у нее есть особенности: мозаичность уровней смертности в сравнительном аспекте по регионам, различия у лиц разного пола, корреляция с географическим положением и социально-экономическим развитием субъекта федерации, частая встречаемость поздних обращений за медицинской помощью в случае угрозы жизни. Отмечено большое значение факторов риска, качества и доступности оказания медицинской помощи людям. Последние признаны ключевыми частями механизма изменения смертности от ССЗ [23].

В 2020 г. от БСК в России умерло 700,7 тыс. человек, т есть 477,5 на 100

тыс. населения<sup>2</sup>. Смертность от БСК в структуре смертности от всех причин постоянно занимает первое место. Ее уровень подвержен колебаниям по годам, но в итоге к 2020 г. он снизился по сравнению с 2012 г. (586,0 на 100 тыс. населения) на 18,5%.

Первое место в структуре смертности от БСК в 2020 г. занимала ишемическая болезнь сердца (54,6%). На втором месте находились цереброваскулярные болезни, доля которых составляла 30,1%. Среди умерших от цереброваскулярных болезней преобладали пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения 14,5%. Инфаркт миокарда как причина смерти устанавливался у 6,5% пациентов.

При выработке мер политики и расстановке приоритетов важное значение имеет мониторинг прогресса и тенденций в области ХНИЗ [39]. В связи с этим в России эпидемиологами был проведен анализ распространенности БСК и факторов риска, на которые приходится практически половина летальных исходов среди населения РФ [21].

Эпидемиологи современности свидетельствуют, что в данной области науки исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) сыграло большую роль. Его инициатором выступило Министерство здравоохранения в качестве продолжения программы профилактики на уровне страны, озвученной на 1 Всемирном министерском совещании по ЗОЖ, с целью объективизации информации об основных эпидемиологических показателях в регионах. В ЭССЕ-РФ в 2012-2014 гг. принимали участие 13 субъектов федерации, которыми был использован единый протокол исследования. Согласно ему биохимические показатели определяли централизованно. По результатам анализа медицинское сообщество определило приоритеты и стратегии (в том числе популяционную и стратегию высокого риска). Для их реализации ранее была создана нормативно-правовая база [21; 82; 92; 101].

---

<sup>2</sup> Федеральная служба государственной статистики. Население. Демография. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

Заболевания, ассоциированные с АГ, являются глобальной проблемой общественного здравоохранения. Наличие современных методов диагностики и лечения является недостаточным, так как охват населения лечением далек от удовлетворительного, как и частота достижения целевых показателей АД [131]. Ущерб для экономики, который обусловлен вкладом обозначенных патологических состояний в заболеваемость и смертность от ХНИЗ в РФ, в 2016 г. превысил 869936,0 млн руб. Непрямые потери в экономике при этом заняли основное место в общей структуре [15].

В Австрии, Германии, Финляндии и Франции, где гипертензивные состояния находятся под более эффективным контролем, зарегистрирована минимальная смертность от инсульта. При меньших успехах подобного контроля в Беларуси, Венгрии и странах Прибалтики результаты были противоположными. Актуальность проблемы в нашей стране определяется в том числе тем, что менее 25% больных АГ, контролирует уровень АД [14; 142; 144; 145; 162]. Метаанализ показал, что уменьшение АД на каждые 10 мм рт. ст. снижает риск ОНМК на 27%, ишемической болезни сердца - на 17%, хронической сердечной недостаточности (ХСН) - на 28% и летального исхода от всех причин - на 17% [148].

Исследование долевого участия в смертности уровней АД и статуса АГ, в сравнительном аспекте с остальными факторами, значимо для обнаружения способов ее снижения в нашей стране. Именно отечественные исследования с участием групп российских пациентов в этой связи наиболее актуальны. По традиции масштабные работы в области эпидемиологии проводят сибирские ученые. В составе проекта ВОЗ MONICA (Monitoring trends and determinants in Cardiovascular disease) в Новосибирске проведено когортное исследование с анализом частоты АГ в зависимости от уровня АД. Выполнена оценка десятилетнего суммарного риска смерти от ССЗ. По результатам риск летального исхода становился выше с ростом АД и был гендерно зависим с преимуществом у лиц мужского пола [32; 115; 189].

Перспективное в течение 12 лет наблюдение жителей г. Тюмень

показало, что относительный риск летального исхода от ССЗ становится выше при систолическом АД более 141 мм рт. ст. и диастолическом АД более 86 мм рт. ст., а у женщин - 152 мм рт. и 95 мм рт. ст. соответственно. Повышенное систолическое АД отличается большим вкладом в атрибутивный риск смерти от ССЗ [6].

Результаты наблюдения московской когорты в течение 26 лет показали, что люди с повышенным систолическим АД живут меньше: мужчины на 12,2 лет, женщины на 12,3 лет; при повышенном диастолическом АД - 8,5 лет и 6,4 лет, соответственно [50; 81]. Факт получения гипотензивных препаратов на популяционном уровне оказался менее значим для уменьшения риска летального исхода по сравнению с достижением целевых значений АД.

В проспективном когортном исследовании в г. Томске, проведенном в течение 27 лет, при изучении влияния курения, АГ и их совместного действия на смертность установили статистически значимую зависимость как у мужчин, так и у женщин и особенно при сочетанном воздействии указанных факторов с частотой такого неблагоприятного исхода [40]. Аналогичные данные были получены у жителей г. Рязани, при этом АГ оказала максимальное влияние на риск смерти от любых причин в комбинации с ишемическим вариантом инсульта и инфарктом миокарда [124]. Выявлена также взаимосвязь смертности населения, обусловленной БСК, с потреблением спиртных напитков [88].

Большая часть выполняемых в России работ изучают пациентов одного субъекта федерации. Обозначенное выше исследование ЭССЕ-РФ уникально по статусу данных о значении АГ в условиях проспективного наблюдения сразу в одиннадцати регионах страны. Его цель - определение вклада АГ в выживаемость и смертность в сравнительном аспекте с остальными факторами формирования уровня смертности в масштабах страны. Применены статистические кривые Каплана-Мейера, однофакторные и многофакторные модели определения пропорциональных рисков Кокса. По результатам АГ достоверно приводит к уменьшению выживаемости

пациентов обоих полов. Основное внимание таким образом следует уделить повышению доли эффективно пролеченных пациентов и людей, контролируемых АД [13].

Не прекращается изучение влияния на смертность от БСК отдельных факторов [133; 190; 193]. Так, была установлена взаимосвязь показателей смертности при ССЗ с особенностями профессиональной деятельности пациентов, что определило вывод о необходимости «целенаправленных вмешательств» в их трудовые условия [135; 146]. На развитие неблагоприятных исходов при ССЗ оказывает влияние полифармация, которая является серьезной проблемой для здоровья особенно пожилых людей [187]. Повышенный уровень АД, особенно на фоне антигипертензивных препаратов, статистически значительно увеличивает риск летального исхода от всех причин и ССЗ, но только в женской когорте, что свидетельствует о необходимости более тщательного контроля АД у женщин в возрасте 55 лет и старше на фоне обязательного назначения антигипертензивных препаратов [58]. Не фатальный инфаркт миокарда также связан с повышенным риском смертности [185]. Оценка распространённости и прогностической значимости алиментарных факторов риска среди больных инфарктом миокарда предоставляет возможности для раннего выявления отклонений здоровья и разработки предупредительных превентивных действий [56].

Общеизвестно, что коморбидность заболеваний часто увеличивает риск смерти. В связи с этим интерес представляет исследование, в котором были проанализированы сведения базы данных РФС-ЕМИАС г. Москвы об умерших от БСК в 2019 г. Эффект увеличения риска летального исхода в несимметричных ассоциациях причин выявлен для ИБС - при «других болезнях сердца»; АГ - при ИБС; у мужчин - также для ожирения при АГ и для болезней артерий, артериол и капилляров. Для женщин выявлены ассоциации БСК с их осложнениями: болезней вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов с флегмоной и цереброваскулярных болезней с декубитальными язвами. Делается заключение, что выявление ассоциаций для



БСК поможет в поиске дополнительных мер по увеличению продолжительности жизни населения [55].

Сейчас применяют стратегию высокого риска, вместе с популяционной стратегией входящую в комплекс мер снижения смертности от ССЗ. Ее реализуют на индивидуальном уровне в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях при проведении первичной и вторичной профилактики ССЗ, в стационарах при плановых операциях, в том числе с использованием высокотехнологичной медицинской помощи. Для повышения ее эффективности на уровне первичного звена предполагается развивать систему кабинетов высокого риска, повышать доступность телемедицинских консультаций, дистанционного наблюдения физиологических параметров на основе формирования региональной информационной медицинской системы, а в будущем - единой системы с использованием вертикальной интеграции. В стационаре развитие стратегии подразумевает расширение внедрения высоких медицинских технологий [12; 19; 43; 102].

### **1.3. Семейные факторы риска болезней системы кровообращения**

В настоящее время все большее внимание стало уделяться роли семьи в профилактике ХНИЗ. Современная государственная политика Российской Федерации в качестве приоритетных задач ставит «охрану и защиту семейных ценностей и семьи в целом, сохранение и приумножение здоровья его членов, обеспечение их гармоничного развития». В связи с этим здоровьесберегающие технологии приобретают большее значение. Здоровый образ жизни - заложен в национальную доктрину РФ в ряду центральных целей развития образования до 2025 года [30; 76; 103; 118; 121; 126; 132].

Как свидетельствуют данные литературы, семья рассматривается как действующий субъект здоровьесберегающих практик. Последние определяются как «совокупность социальных действий, которые осуществляются индивидами, социальными группами, организациями, институтами базируются на принципах ЗОЖ и направлены на сохранение и

укрепление здоровья». Описаны основные проблемы их реализации в семье: пренебрежение в большинстве случаев практиками здоровьесбережения как в отношении себя, так и в отношении других членов семьи, приводящее к отсутствию достаточной мотивации к здоровому образу жизни [46; 136].

Важным условием здоровьесбережения являются потребление здоровой пищи и напитков, поддержание системы правильного питания, поощрение и поддержка физической активности со стороны других членов семьи [52; 83; 84].

Следует отметить, что роли семьи придавалось большое значение и ранее. Существует научная школа социально-гигиенических исследований здоровья населения, здравоохранения и условий жизни семей, сформированная в Российском университете дружбы народов профессорами О.В. Грининой и Д.И. Кича. Последователями развивались основные вопросы изучения состояния здоровья населения на семейном уровне, организации медицинской помощи с применением посемейного наблюдения, общеврачебной практики. Профессор О.В. Гринина обосновала и разработала программу медико-социальной характеристики семьи, ее основные разделы, методику пролонгированного непрерывного наблюдения семьи, характеристики здоровья семьи как группового пациента, регламент работы специалистов первичного звена с семьями на участке [71; 89].

В настоящее время изучаются особенности формирования имиджа семьи как семьи ЗОЖ, раскрываются факторы его формирования [17; 35]. В качестве государственных мер социальной семейной политики рядом авторов предлагается упрочение общесемейных ценностей молодой семьи, укрепление ее жизнеспособности, создание специальных условий, способствующих «реализации молодыми супругами воспроизводственной, социализационной и жизнеохранительной функций» [45; 95].

Среди актуальных факторов риска в современном обществе выделяют стресс в семье [7; 90; 174]. Рассмотрение семьи как системы обуславливает особенности ее реакций на происходящее в ней: вся отрицательная динамика

и промежуточные состояния превращаются в стресс для всей семьи как организма. Наиболее часто в роли таких стрессов выступают смена места жительства, обострение меж родительских взаимоотношений, проблемы с финансами, утрата родственника после расторжения брака или смерти, тяжелая и длительно протекающая болезнь. Всё перечисленное воспринимается как нарушение привычного распорядка, дезактуализирует наработанные модели поведения, ставит под угрозу эмоциональную стабильность семьи. Инкурабельные тяжелые болезни, которые формируют новый семейный уклад, входят в число таких событий. Родственники больного сталкиваются с проблемами особенностей заболевания, адаптации к новым условиям социального и медицинского характера, а также поиска новых путей взаимодействия друг с другом [86; 87; 119].

Данные исследований в области современной психологии свидетельствуют о том, что стресс сильно влияет на психическое и физическое здоровье человека [20; 77; 184]. Наличие хронического стресса в семье и на работе находится в ряду главных причин развития факторов риска ССЗ в психологической и социальной сфере. Существуют научные доказательства значительного влияния таких факторов на появление новых случаев ССЗ [7; 48].

Особенности восприятия своего здоровья, отношения к лечению и профилактике ССЗ у населения различных групп было изучено многими российскими авторами, но наиболее часто в мужских популяциях без учета параметров стресса в семье [5; 59]. Низкая эффективность программ профилактики, которые планировались в основном на основе биомедицинской модели здоровья и здравоохранения, диктует необходимость исследования указанных параметров [48].

Вместе с этим, анализ источников информации, посвященных оценке состояния здоровья отдельных групп населения, свидетельствует, что она основывается различных показателях, но без учета здоровья семьи и ее приоритетных функций.

#### **1.4. Профилактика и лечение болезней системы кровообращения на семейном уровне**

Проводимые исследования показывают, что происходит постоянное изменение типологии семей и увеличивается частота полиморбидности ССЗ ее членов, расцениваемые как серьезные вызовы системе здравоохранения [105; 143; 169; 175]. Все это определяет необходимость развития интегративной технологии процесса организации медицинской помощи с учетом происходящих трансформаций здоровья населения и системы здравоохранения [57; 70].

При этом за базовые принципы интеграционных процессов принимаются различные модели управления хроническими заболеваниями. В указанных научно-практических разработках интегративные технологии в организации медицинской помощи создаются на посемейных принципах с учетом полиморбидности состояний членов семьи [53; 70; 72; 73; 155].

Были представлены результаты исследования семьи в современном аспекте ее рассмотрения как пациента врачей ПМСП. В свете этого подхода семья характеризуется структурой, стадией развития и составом. Эти характеристики позволяют врачам различных специальностей и руководителям медицинских организаций совершенствовать методы и средства оказания лечебно-профилактической помощи. По мнению исследователей, знание потенциала семьи в совершенствовании здоровья ее членов открывает инновационное направление во взаимодействии медицинских работников с населением с целью повышения общественного здоровья [2].

Реализация семейного принципа интеграции ПМСП в отечественном здравоохранении стала возможной после введения новой специальности – врача общей практики (семейного врача) (ВОП/СВ). Однако оптимальное функционирование технологий, ориентированных на семью, обеспечивается не простым введением врача–специалиста, а внедрением в практику медицинской помощи интегрального пациента – семьи. Важным

представляется нахождение соответствия с основополагающими законодательными нормами и современным состоянием социально-экономической системы, обеспечивающей охрану здоровья населения [70].

Более чем двадцатипятилетний период развития системы ПМСП в Российской Федерации на принципах общей (семейной) медицины вызывает естественную потребность анализа и оценки достигнутых результатов.

В настоящее время опубликованы работы в виде научных статей, обзоров, фрагментов исследований, защищены диссертации, прошли конференции, написаны монографии. В них даны определенные оценки ситуации, очерчены важнейшие проблемы, препятствующие внедрению системы работы ВОП/СВ в область ПМСП России, предлагаются пути дальнейшего поступательного развития данной системы. Однако, по мнению многих специалистов, окончательно ситуация по данной проблеме полностью не ясна. Так, к началу XXI в. установился некий паритет, на фоне которого развитие системы ВОП/СВ незаметно перешло в стадию постепенной эволюции. Регионы, более продвинувшиеся на пути внедрения ВОП/СВ, не показали существенных преимуществ и эффекта от этого внедрения, а менее активные регионы «остались вне зоны обеспокоенности» [74].

Важным этапом в развитии ВОП/СВ стали Приказы Минздрава Российской Федерации № 350 [111], Приказ Минздравсоцразвития России №84 [110] и Приказ Минздравсоцразвития России № 487 [109]. В этих приказах развитие ВОП/СВ впервые было поставлено в зависимость от реформирования всей системы амбулаторно-поликлинической помощи. Более того, центральным звеном реформы был законодательно установлен принцип организации системы общей врачебной (семейной) практики.

Как показывают данные литературы, общая врачебная (семейная) медицина – это система знаний о здоровье семьи и лечебно-профилактической помощи населению, основанная на семейном принципе, приоритетной целью которой является обоснование законов становления и оценки здоровья семьи, как основной малой биосоциальной группы населения, и разработка

рекомендаций по организации системы медико-социальной помощи на основе общеврачебного/семейного принципа [73; 104].

Комплексный подход к здоровью семьи позволяет предусмотреть конкретный пакет медико-социальных действий профилактического, лечебного, реабилитационного характера для приоритетных групп семей на участке ВОП/СВ. Становится возможным создавать банк данных о заболеваемости всех членов семьи, делать оценки состояния здоровья семьи по определенным группам и разрабатывать управленческие решения. Формирование групп считается основой планирования объемов и видов лечебно-профилактической работы в семье, установления показателей качества медицинской помощи ВОП/СВ, адекватных клинических рекомендаций, достижения высшего уровня здоровья семьи, удовлетворенности ВОП/СВ результатами своей деятельности. Рекомендуется рассматривать «семью как пациента» ВОП/СВ в комплексе условий и факторов формирования здоровья и разработки оздоровительных профилактических мероприятий для ее членов, формирования приверженности семьи «как пациента» к выполнению рекомендаций ВОП/СВ. Полученные данные комплексной оценки здоровья семьи позволяют использовать понятие «семья–пациент» с целью прогноза на перспективу дальнейших реформ в области ПМСП [74].

Следует отметить, что даже в странах с относительно развитой семейной медициной вопросы ее организации остаются недостаточно разработанными. Об актуальности данной проблемы свидетельствует тот факт, что только за 2021 г. в базе MEDLINE находится более 42 тыс. публикаций на эту тему.

Заслуживает внимания первый в своем роде систематический обзор литературы (2003-2020 гг.), в котором рассматриваются характеристики и эффективность существующих вмешательств, основанных на истории здоровья семьи. В этих исследованиях оценивались различные формы поведения, включая сбор истории здоровья семьи/общение с членами семьи, общение истории здоровья семьи с поставщиками медицинских услуг,

принятие здорового питания, уровень физической активности, участие в медицинских скринингах и генетических тестах, а также активность в вопросах здравоохранения. Однако в большинстве исследований не сообщалось об объективных или долгосрочных результатах вмешательств, основанных на истории здоровья семьи [172].

В другом обзоре предоставлена подробная информации о том, как концептуальные и теоретические модели потенциала укрепления здоровья семьи используются на практике. Были выявлены три основные темы этих моделей: влияние экологических факторов, типы семей на основе культурных и социальных норм, роль ребенка как пассивного получателя уровня здоровья, а не как активного агента в продвижении семейного здоровья. Последняя позиция оценивалась как важный пробел во многих выявленных моделях [140; 181].

При оценке стратегии здоровья семьи, доступности первичной медико-санитарной помощи в муниципальной и местной системах установлено, что в первом случае была большая географическая доступность, во втором - в организационном плане [138; 139; 164; 180].

Изучались взаимосвязи (одномерный и многомерный линейный регрессионный анализ) между потенциально релевантными семейными и социальными факторами, связанными со здоровьем семьи, включая типологию семьи, семейный жизненный цикл и социальный статус, а также социальную поддержку и стрессовые жизненные события. При этом самоощущение здоровья семьи измерялось как зависимая переменная [173; 201]. Уделялось внимание вопросам медицинского страхования и удовлетворенности медицинскими услугами [159], партнерским взаимоотношениям в семье для выявления факторов риска, оценки семейных навыков и укрепления здоровья [161]. Считается, что дальнейшие исследования должны быть посвящены семьям как системе [201].

Культура здоровьесбережения, а также отношение жителей г. Москвы к здоровому образу жизни и мероприятиям по поддержанию здоровья

рассматриваются в работах Д. Л. Мушникова и соавт. (2021), А. М. Алленова и соавт. (2021).

Следует отметить практически отсутствие исследований, посвященных профилактике ХНИЗ (в частности БСК и их неблагоприятных исходов) с использованием семейных технологий [202]. Встречаются лишь единичные исследования по оценке эффективности использования дистанционного мониторинга АД при диспансерном наблюдении пациентов с АГ [113], а также об осведомленности врачей ПМСП о методах оценки риска инсульта [94].

Оценка инновационности технологий здоровьесбережения населения анализировалась в работе Т.П. Васильевой и соавт. [31]. Вопросам развитиям медико-социальной технологии здоровьесбережения пожилого населения в условиях самоизоляции посвящено исследование М.А. Якушина и соавт. [137]. Проблема востребованности организационных мероприятий по поддержанию здоровья и интегральной оценки эффективности первичных профилактических мероприятий нашла отражение в работах А. М. Алленова [9; 10] и В. А. Бастрыгиной с соавт. [18].

Кроме того, разработан порядок маршрутизации больных в региональные кабинеты амбулаторной помощи больным ХСН. При этом не требуется кардинальных решений, серьезного увеличения финансирования и других ресурсов системы здравоохранения. Анализ работы данных центров позволяет говорить о снижении смертности и частоты госпитализаций пациентов, которые в них наблюдаются [27; 29; 33; 99; 100; 125; 153; 154].

В исследовании Д.С. Пономарева (2022) предлагаются пути совершенствования деятельности школ здоровья для больных с сердечной недостаточностью. Изучению удовлетворенности пациентов с ХНИЗ доступностью и качеством первичной медико-санитарной помощи посвящена работа О. А. Волковой и соавт. [34].

\* \* \* \* \*

Таким образом, как свидетельствуют данные литературы, профилактика и лечение ХНИЗ, в частности наиболее распространенных среди них БСК, с



участием семьи остается весьма актуальной. Однако, использование семейного подхода для решения данной проблемы является недостаточно изученным. В связи с этим целью представленной диссертационной работы явилось научное обоснование мер по совершенствованию лечебно-профилактической помощи больным с патологией ССЗ на основе использования семейно-ориентированных здоровьесберегающих технологий.

## **ГЛАВА 2. Программа, база, материал и методы исследования**

**Предмет исследования:** применение семейно-ориентированных технологий здоровьесбережения при работе с пациентами, страдающими БСК.

**Объектами исследования выступают:**

- пациенты с БСК (582 чел.);
- врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-терапевты участковые (246 чел.).

**Информационная база исследования:**

- отечественные и зарубежные источники литературы;
- данные, содержащиеся в базе Федеральной службы государственной статистики (Росстат);
- отчетная форма № 30;
- медицинские карты стационарного (форма № 003) больного;
- данные социологического опроса пациентов;
- данные социологического опроса врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых.

Исследование проводилось в 2020-2023 годах в городе Москве с населением 13,1 млн. человек.

Исходя из тематики исследования, были проанализированы данные о численности и обеспеченности населения участковыми терапевтами и врачами общей практики и кардиологами. В городе Москве в 2021 году работали 3068 врачей-терапевтов участковых и 2911 ВОП/СВ, и 1399 кардиологов (обеспеченность на 10 тыс. населения составляла 2,93 и 2,3 и 1,24 соответственно).

По городу Москве в 2021 году насчитывалось 2648 больничных коек кардиологического профиля, обеспеченность ими составила 2,09 на 10 тыс. населения. При этом среднегодовая занятость койки была равна 292 дням, средняя длительность пребывания на койке – 7,9 дня. В итоге оборот койки был равен 37,0. Уровень летальности от БСК составил 0,43.

Доля дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях – 36,1%, а в амбулаторных условиях – 43,7%.

Программа исследования включала в себя несколько последовательных этапов (рис. 2.1).

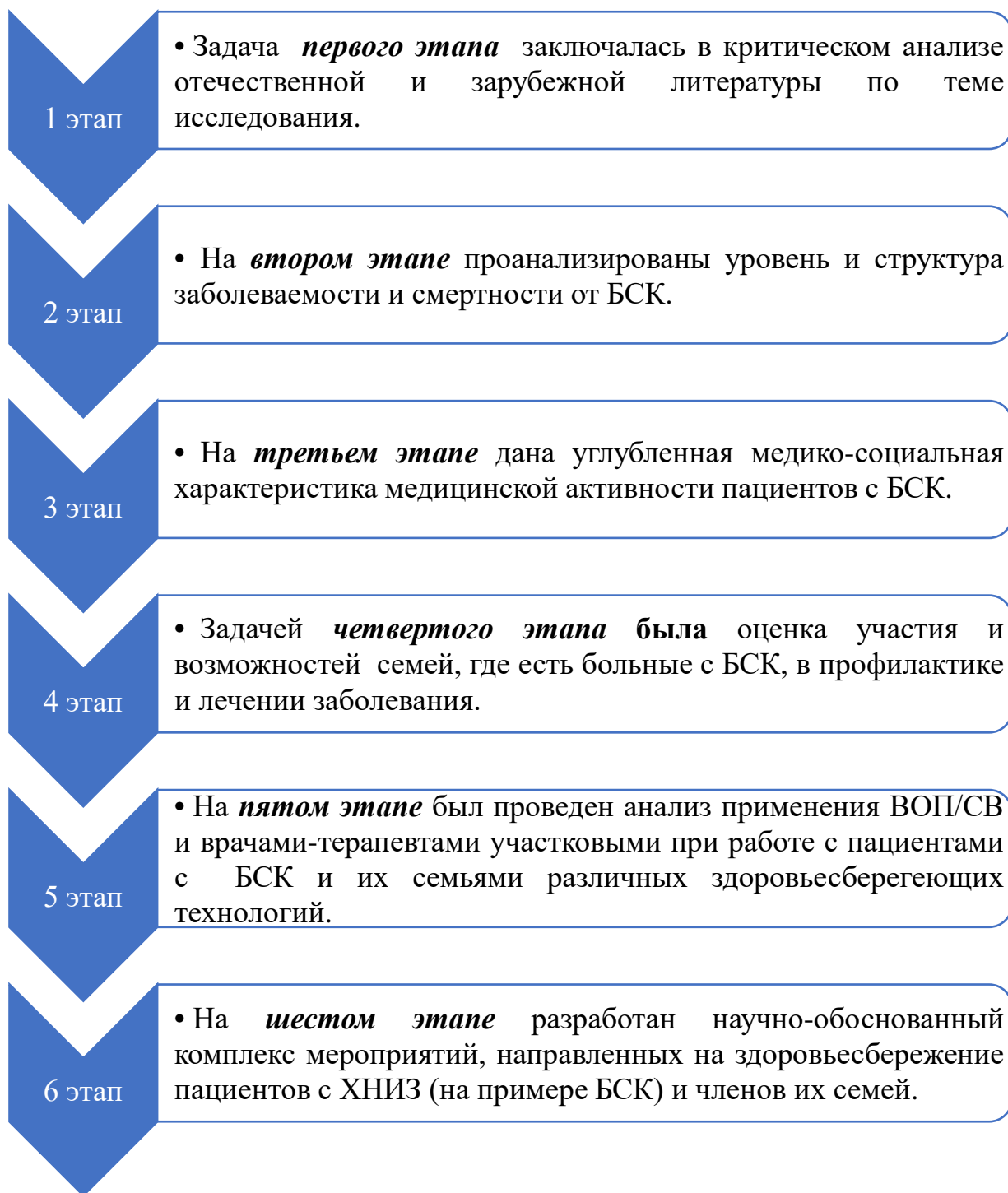


Рисунок 2.1.- Этапы исследования

Задача *первого этапа* заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 137 отечественных и 68 зарубежных источников.

В ходе выполнения исследования проводилась оценка степени разработанности изучаемой проблемы. С целью изучения медико-социальных проблем, связанных с трансформацией брачно-семейных отношений, потребностями в технологиях здоровьесбережения на каждом из этапов развития семьи, был проведен анализ информации в специальной литературе в реферативных базах научных публикаций eLIBRARY.RU (<https://elibrary.ru/defaultx.asp>) и MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>) по ключевым словам «семья», «здоровье» / «family», «health». Анализировались источники литературы за период с января 2012 года по август 2023 года. При этом в обзор включены только статьи, соответствующие цели исследования.

На *втором этапе* были проанализированы уровень и структура заболеваемости и смертности от БСК в г. Москве в сравнении с ЦФО и РФ в целом за 2015-2021 годы.

Учитывая несомненное влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на заболеваемость и смертность населения, проводился отдельный анализ показателей за период 2015-2019 гг. и 2020-2021 гг. с использованием данных Росстата, форм №12 и таблиц С51.

Применялся расчет многолетних тенденций динамики заболеваемости (трендов) и темпов среднего прироста (Тср.пр.). Многолетние тенденции динамики заболеваемости (тренды) строились по фактическим данным с применением выравнивания методом скользящей средней и описывались одной из математических функций с использованием метода наименьших квадратов.

Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента корреляции Спирмена. При оценке учитывали величину коэффициента по модулю (шкала Чеддока), знак коэффициента и достоверность его отличия от нуля.

На *третьем этапе* дана углубленная медико-социальная характеристика медицинской активности пациентов с БСК по материалам социологического опроса 582 пациентов.

Задача *четвертого этапа* заключалась в оценке участия и возможностей семей, где есть больные с БСК, в профилактике и лечении заболевания.

На *пятом этапе* был проведен анализ применения ВОП/СВ и врачами-терапевтами участковыми при работе с пациентами с БСК и их семьями различных здоровьесберегающих технологий по материалам анкетирования 246 врачей. При этом мы исходили из положения о том, что профилактика заболеваний является важнейшей составляющей профессиональной деятельности врача, особенно ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых.

На *шестом этапе* был разработан научно-обоснованный комплекс мероприятий, направленных на здоровьесбережение пациентов с ХНИЗ (на примере БСК) и членов их семей, на основе стратегии предотвращения рисков основных неинфекционных заболеваний.

Блок-схема программы исследования представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1. - Блок-схема программы исследования

Цель исследования	Разработка научно-обоснованных медико-социальных и организационных направлений совершенствования и реализации семейно-ориентированных технологий здоровьесбережения пациентов с ХНИЗ (на примере БСК).		
Объект исследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• пациенты с БСК;</li> <li>• врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-терапевты участковые.</li> </ul>		
Источники информации	Отчетные формы	Медицинская документация	Карты-анкеты
Методы сбора информации	Выкопировка данных		Опрос в виде стандартизованного интервью
Методы исследования	Библиографический, социологический, социально-гигиенический (в т.ч. анализ медицинской документации), аналитический, математико-статистический, изучение и обобщение имеющегося опыта.		

Изучались официальные статистические данные Восточного и Юго-Восточного административных округов (достаточно типичных по социально-демографическому составу населения округа столицы) о факторах риска ХНИЗ. Для этого, по данным диспансеризации жителей изучаемых административных округов за 2019 год, анализировалась распространенность среди жителей факторов риска, связанных с нерациональным питанием, избыточной массой тела, низкой физической активностью.

Социологическое исследование среди пациентов проводилось на базе Городской клинической больницы имени В.В. Виноградова ДЗМ – медицинском холдинге, включающем в себя многопрофильный стационар, в 37 отделениях которого 2022 году было пролечено почти 53,3 тыс. пациентов.

Первичный сосудистый центр включает в себя пять отделений: кардиологическое, в том числе для больных инфарктом миокарда (на 60 коек), реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных (на 15 коек), реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (на 12 коек), рентгенохирургических методов диагностики и лечения, неврологическое.

Применен выборочный метод наблюдения. С использованием специально разработанной анкеты было опрошено 582 пациента, госпитализированных в кардиологическое и неврологическое отделения стационара городской клинической больницы имени В.В. Виноградова ДЗМ по поводу БСК (приложение 1). Сведения о пациентах из медицинской документации заносились в карты выкопировки.

Среди респондентов лица в возрасте до 60 лет составили 51,5%, в возрасте 60 лет и старше - 48,5%. Гендерное распределение было практически равномерным: мужчины составляли 50,2%, женщины – 49,8%.

На момент проведения опроса 62,6% респондентов состояли в браке, примерно равное количество были вдовами / вдовцами (14,8%) или разведены (14,4%). Только небольшая часть (8,2%) никогда не состояли в браке (рис. 2.2).

Изучение социального положения респондентов показало, что наиболее

многочисленной группой были пенсионеры (38,8%), далее следовали служащие (18,2%) и рабочие (12,4%). Были зарегистрированы предприниматели, безработные и домашние хозяйки (рис. 2.3).

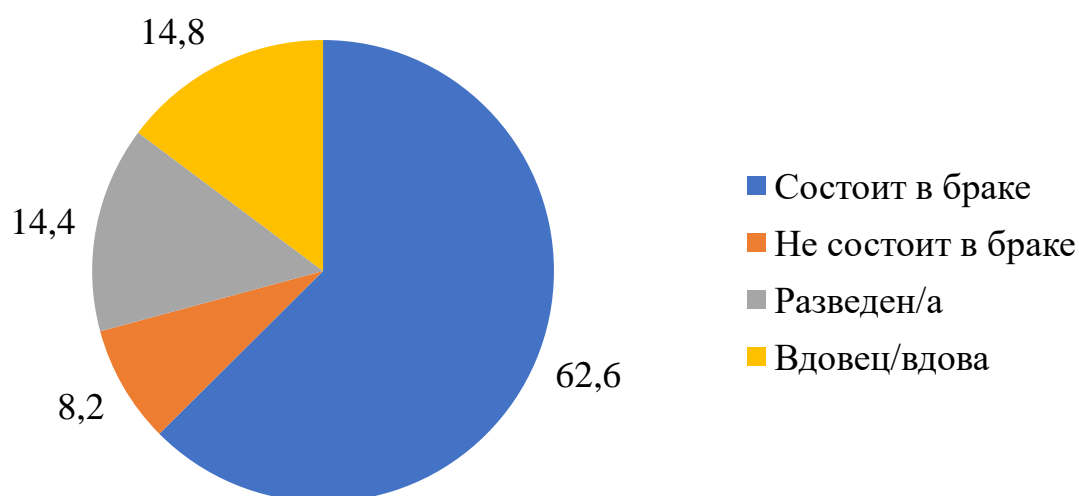


Рисунок 2.2.- Семейное положение пациентов с БСК (в %)

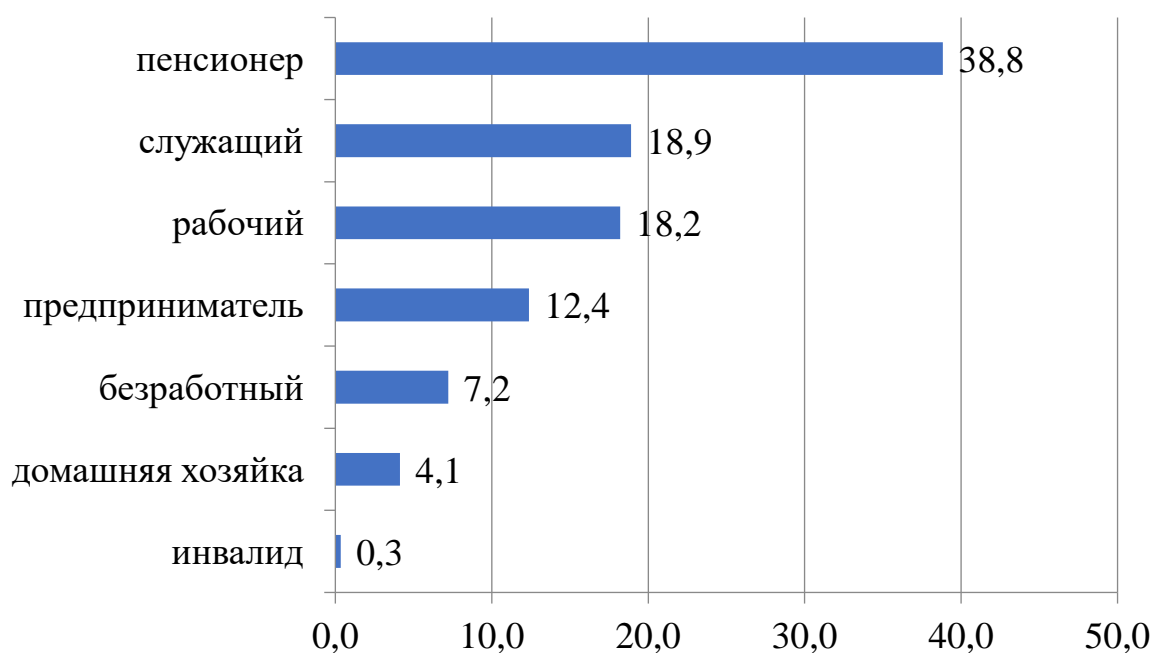


Рисунок 2.3.- Социальное положение пациентов с БСК (в %)

Учитывались образование, место работы, наличие контактов с профессиональными вредностями и нервно-психической нагрузкой. Изучался характер питания, отношений между родственниками, а также вредные привычки в семье.

Задавался вопрос о ведении дневника самонаблюдения и контроля за АД, уровнем сахара в крови и массой тела. Уточнялось соблюдение респондентами врачебных рекомендаций, а также посещение лечащего врача с профилактической целью.

Выяснялась потребность пациентов в различных видах помощи и знаний. Уточнялось мнение респондентов о влиянии хронического заболевания на психологический климат в семье. Изучалось отношение к созданию школ для хронически больных и членов его семьи. Задавался вопрос: «Обсуждаете ли Вы проблемы своего здоровья с членами семьи?».

Был проведен социологический опрос (приложение 2) среди 246 ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых поликлиник Департамента здравоохранения города Москвы (средний возраст  $40,4 \pm 13,3$  лет). На ВОП/СВ пришлось 50,8%, на врачей-терапевтов участковых – 49,2%. Мужчины составили 15,0%, женщины – 85,0%. Распределение респондентов по возрасту показало преобладание лиц трудоспособного возраста – 81,7%.

Общий стаж респондентов в среднем составлял  $22,6 \pm 12,3$  лет. Наибольшая доля (83,7%) приходилась на лиц, проработавших в системе здравоохранения больше 10 лет. Следует отметить, что значительная часть врачей имела общий стаж 25 и более лет – 45,6%. В основном аналогичные тенденции были отмечены при анализе продолжительности стажа по специальности. Однако, в среднем он был меньше и составлял  $15,5 \pm 10,7$  лет ( $p < 0,05$ ).

О наличии квалификационной категории сообщили 58,8% врачей: высшая категория была у 43,5%, 1 категория – у 15,3% опрошенных. Установлено, что 3,1% врачей имели ученую степень кандидата медицинских наук.

При социологическом опросе учитывался пол, возраст, стаж работы по специальности, наличие квалификационной категории. Задавался вопрос: «Проводится ли в медицинской организации, в которой Вы работаете, систематическое обучение врачей по вопросам здоровьесбережения?».



Уточнялась оценка врачами своих знаний по здоровьесберегающим технологиям. Задавался вопрос о том, какие здоровьесберегающие технологии используют ВОП/СВ и врачи-терапевты участковые в работе с пациентами.

Уточнялось, дают ли врачи рекомендации своим пациентам по различным вопросам ведения ЗОЖ. Выяснялось мнение о необходимости создания школ для членов семей хронически больных. Изучалось мнение врачей о том, в каких видах помощи, по их мнению, нуждаются семьи с хроническими больными.

В работе применялись аналитический и математико-статистический методы исследования. Выборки с нормальным распределением признака сравнивались с использованием t-критерия Стьюдента. Для выборок с непараметрическим распределением использовали непараметрические критерии. Рассчитывали среднее величины, ошибку средней величины для числовых вариационных рядов. Для анализа зависимостей использовали корреляционный анализ. Доверительный интервал определяли с уровнем достоверности 0,95. Вероятность отрицания «нулевой» гипотезы принималась на уровне 95%, то есть максимально допустимая ошибка для целей настоящего исследования составила 5%.

Обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.1. и программы Microsoft Office Excel 2010.

Анализ заболеваемости осуществлялся в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-10). Полученные при анкетировании данные обобщали в программе Microsoft Excel 2010 и анализировали, применяя статистические методы приложения Statistica 10 (StatSoft. Inc.), с соблюдением международных рекомендаций по ведению медицинских исследований.

Для формирования исследуемой совокупности был применен выборочный метод наблюдения. Репрезентативность выборки была определена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко

В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. - 270 с.).

Как видно из таблицы 2.2, объем выборки зависит от величины генеральной совокупности.

Таблица 2.2. - Зависимость объема выборки от объема генеральной совокупности при допустимой ошибке 5%

Объем генеральной совокупности	Объем выборки
500	222
1000	286
2000	333
3000	350
4000	360
5000	370
10 000	385
100000	398
бесконечная	400

Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента, увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

### **ГЛАВА 3. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ ЦЕЛЕВОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА**

В нашей стране доля смертности от ХНИЗ в структуре общей смертности населения составляет 67,6%. Основной причиной высокой, по мировым меркам, частоты развития неинфекционных заболеваний является большая распространенность предотвратимых факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (употребление табака, нерациональный характер питания, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя), воздействие факторов среды обитания, жизни и деятельности человека, негативно влияющих на здоровье.

При работе по формированию ЗОЖ населения и профилактике заболеваний необходимо знать приоритетную целевую профилактическую направленность здоровьесбережения населения на конкретной территории. Она определяется перечнем приоритетных заболеваний и основных факторов риска их развития и прогрессирования. При этом приоритетность заболевания определяется значимостью медико-социальных потерь в связи с высокой заболеваемостью, временной и стойкой потерями трудоспособности, преждевременной смертью. В свою очередь, принадлежность факторов риска развития этих потерь к «основным» факторам определяется глобальностью их действия.

ХНИЗ наносят значительный ущерб обществу, связанный с временной и стойкой потерей трудоспособности, большими затратами на профилактику, лечением и реабилитацией больных, а также с преждевременной смертностью.

В РФ ежегодно регистрируется около 115 млн. впервые выявленных заболеваний (первичная заболеваемость) ХНИЗ в целом, что составляет в среднем 78 тыс. случаев на 100 тыс. населения. Следует отметить, что за период 2015-2019 гг. отмечалась стагнация первичной заболеваемости как в

РФ, так и в Центральном федеральном округе (ЦФО) (табл. 3.1). В г. Москве ее уровень был стабильно ниже, чем в сравниваемых территориях, однако имел тенденцию к росту. В РФ и ЦФО отмечался рост первичной заболеваемости новообразованиями, болезнями эндокринной системы, БСК и органов дыхания.

Таблица 3.1. - Первичная заболеваемость основными наиболее социально значимыми ХНИЗ в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. населения)

Территории	2015	2016	2017	2018	2019	Темп роста / снижения, %
Болезни системы кровообращения						
РФ	3116,7	3172,1	3205,1	3258,0	3498,8	12,3
ЦФО	2588,6	2509,5	2564,0	2482,4	2625,5	1,4
г. Москва	1574,4	1482,1	1491,3	1494,6	1556,1	-1,2
Болезни органов дыхания						
РФ	33785,5	35192,4	35347,4	35969,8	35616,2	5,4
ЦФО	32185,2	33596,1	33285,4	33945,3	33561,8	4,3
г. Москва	29579,9	31465,6	30379,2	30830,2	31414,1	6,2
Новообразования						
РФ	1141,8	1138,3	1140,1	1160,5	1188,2	4,1
ЦФО	1021,3	1045,5	1008,5	1059,5	1114,6	9,1
г. Москва	942,6	1033,5	978,8	1099,0	1177,2	24,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ						
РФ	1333,8	1390,4	1396,1	1311,7	1442,1	8,1
ЦФО	1045,7	1057,5	1022,4	994,4	1068,4	2,2
г. Москва	892,1	807,8	815,2	824,1	875,4	-1,9

В г. Москве за анализируемый период имел место рост первичной заболеваемости болезнями органов дыхания (на 6,9%), новообразованиями (на 24,9%). Установлено, что впервые выявленная заболеваемость БСК в г. Москве в отличие от РФ в целом и ЦФО имела более низкие показатели и в результате значительных колебаний по годам осталась практически на уровне 2015 г.

Зависимости изменения уровня первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в г. Москва, РФ и ЦФО были исследованы с использованием корреляционного анализа. Коэффициент корреляции между

вариационными рядами, характеризующими первичную заболеваемость в г. Москва и РФ составил  $r=0,45$  (отличие от нуля достоверно,  $p<0,05$ ), между г. Москва и ЦФО –  $r=0,78$  (отличие от нуля достоверно,  $p<0,05$ ). Более значимая зависимость между изменением уровней между г. Москва и ЦФО свидетельствует о похожих закономерностях распространения факторов риска возникновения болезней системы кровообращения между этими территориями. Еще одним значимым моментом является положительный знак полученных коэффициентов корреляции, что свидетельствует об одинаковой направленности тенденций и возможности реализации комплекса мероприятий не только на территории г. Москва.

Первичная заболеваемость БСК в РФ, ЦФО и г. Москве показана на рисунке 3.1.

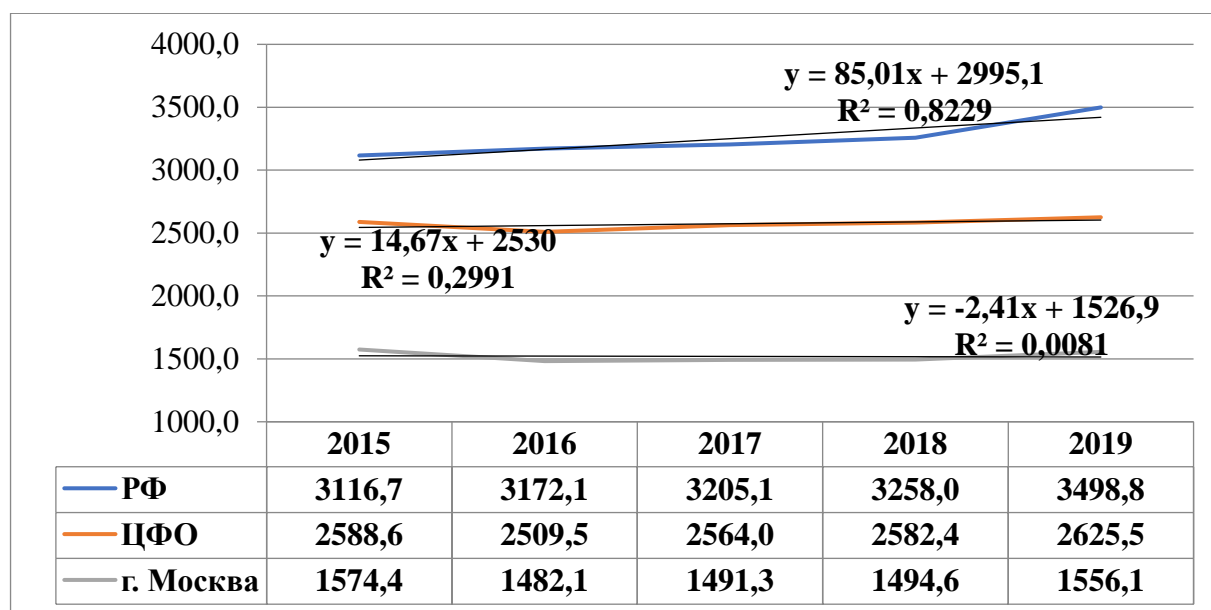


Рисунок 3.1.- Первичная заболеваемость БСК в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. населения)

Из данных, представленных на рисунке 3.1, следует, что первичная заболеваемость БСК в г. Москва характеризуется более низкими уровнями и отсутствием выраженного тренда за исследованный период, при этом ее уровень колеблется на уровне средней величины. Наиболее качественно тренд выявляется в отношении Российской Федерации.

Ранговое распределение первичной заболеваемости по классам болезней

в г. Москве, 2015 и 2019 гг. (на 100 тыс. населения) представлено на рисунке 3.2. Первые места в структуре данных заболеваний занимают респираторные заболевания, отравления и травмы, болезни кожи и подкожной клетчатки. ССЗ находятся на 7-м месте. Следует отметить, что ранговое распределение ХНИЗ сохраняется неизменным в 2015 и 2019 гг.



Рисунок 3.2.- Ранговое распределение первичной заболеваемости по классам болезней в г. Москве, 2015 и 2019 гг. (на 100 тыс. населения)

В структуре первичной заболеваемости БСК населения г. Москвы в 2015 г, первые места занимали такие нозологические формы как болезни, связанные с АГ, ишемическая болезнь сердца, эссенциальная АГ с преимущественным поражением сердца, цереброваскулярные болезни.

Далее следовали варикозное расширение вен нижних конечностей, флебит и тромбофлебит, эндартериит, тромбангиит облитерирующий. Другие нозологические формы БСК составляли незначительную долю. К 2019 г.

данная структура заболеваний в основном сохранилась, имели только небольшие (в пределах одного ранга) перемещения (табл. 3.2).

Таблица 3.2. – Структура первичной заболеваемости БСК в г. Москве  
(на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма по МКБ-10	2015	ранг	2019	ранг
Всего	1574,4		1556,1	
Острая ревматическая лихорадка	0,04	22	0,02	22
Хронические ревматические болезни сердца	1,4	19	0,8	19
Эссенциальная гипертензия	88,5	8	60,1	<b>9</b>
Другие болезни сердца	92,1	7	113,0	7
Острый и подострый эндокардит	0,42	20	0,35	20
Кардиомиопатия	3,0	16	2,5	<b>15</b>
Цереброваскулярные болезни	296,5	4	293,4	4
Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	360,2	3	417,6	<b>2</b>
Гипертензивная болезнь почки (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек)	2,0	17	0,9	17
Гипертензивная болезнь сердца и почек (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек)	1,7	18	0,8	18
Ишемические болезни сердца	373,5	2	330,9	<b>3</b>
Острый миокардит	0,33	21	0,3	21
Субарахноидальное кровоизлияние	3,28	15	1,1	<b>16</b>
Внутричерепное и другое внутричерепное кровоизлияние	4,44	14	5,0	<b>12</b>
Инфаркт мозга	56,0	9	66,2	<b>8</b>
Инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт	9,67	12	4,4	<b>13</b>
Закупорка и стеноз прецеребральных, церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга	4,84	13	3,1	<b>14</b>
Другие цереброваскулярные болезни	214,7	5	208,5	5
Эндартериит, тромбангиит облитерирующий	35,2	11	27,0	11
Флебит и тромбофлебит	43,8	10	45,8	10
Тромбоз портальной вены	0,03	23	0,02	23
Варикозное расширение вен нижних конечностей	185,6	6	146,2	6
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	452,3	1	479,4	1

В РФ ежегодно регистрируется около 240 млн. заболеваний, при этом общая заболеваемость составляет в среднем более 160 тыс. на 100 тыс.

населения. Следует отметить, что за период 2015-2019 гг. отмечалось накопление хронической заболеваемости как в РФ, так и в ЦФО и г. Москве (табл. 3.3). В г. Москве уровень общей заболеваемости стабильно был ниже, чем в сравниваемых территориях.

Таблица 3.3. - Общая заболеваемость ХНИЗ в РФ, ЦФО и г. Москве  
(на 100 тыс. населения)

Территории	2015	2016	2017	2018	2019	Темп роста / снижения, %
Болезни системы кровообращения						
РФ	23232,3	23638,4	24149,6	24883,4	25867,9	11,3
ЦФО	23303,3	23271,0	23839,8	24603,0	25535,2	9,6
г. Москва	24176,1	23236,4	23203,6	23906,2	24159,1	-0,1
Болезни органов дыхания						
РФ	38612,1	40090,7	40346,7	40958,7	40694,7	5,4
ЦФО	36409,7	37835,4	37609,2	38352,1	38142,3	4,8
г. Москва	33743,5	35427,7	35387,2	35229,3	36303,9	7,6
Новообразования						
РФ	4519,2	4727,3	4895,9	5007,5	5129,3	13,5
ЦФО	4334,2	4603,0	4766,2	4907,2	5155,2	18,9
г. Москва	3486,2	4189,7	4311,1	4532,2	4941,0	41,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ						
РФ	7426,0	7818,6	8085,0	8284,3	8743,1	17,7
ЦФО	6780,5	7040,8	7315,5	7505,5	7929,6	16,9
г. Москва	6176,4	6263,8	6202,5	6495,3	7025,7	13,8

В РФ, ЦФО и г. Москве общая заболеваемость болезнями, входящими в группу ХНИЗ, в большинстве случаев имела однонаправленные тенденции. Так ее рост был за счет новообразований, болезней эндокринной системы, органов дыхания.

Установлено, что общая заболеваемость БСК в г. Москве, в отличие от РФ в целом и ЦФО, имела в 2019 г. более низкие показатели. В результате значительных колебаний по годам она осталась практически на уровне 2015 г., а в сравниваемых территориях она повысилась на 11,3% и 9,6% соответственно (рис. 3.3).

Зависимости изменения уровня общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в г. Москва и РФ и ЦФО были также исследованы с использованием корреляционного анализа. Коэффициент корреляции между



вариационным рядом, характеризующим общую заболеваемость в г. Москва и РФ составил  $r=0,34$  (отличие от нуля достоверно,  $p<0,05$ ), между г. Москва и ЦФО –  $r=0,48$  (отличие от нуля достоверно,  $p<0,05$ ). И в данном случае более значимая зависимость между изменением уровней заболеваемости между г. Москва и ЦФО свидетельствует о похожих закономерностях распространения факторов риска возникновения болезней системы кровообращения между этими территориями. Однако, меньшее абсолютное значение коэффициента корреляции свидетельствует о большей вариации факторов риска, их выраженности и степени влияния между сравниваемыми территориями. Положительный знак полученных коэффициентов корреляции сохраняется, что свидетельствует об одинаковой направленности тенденций и возможности реализации комплекса мероприятий не только на территории г. Москва.

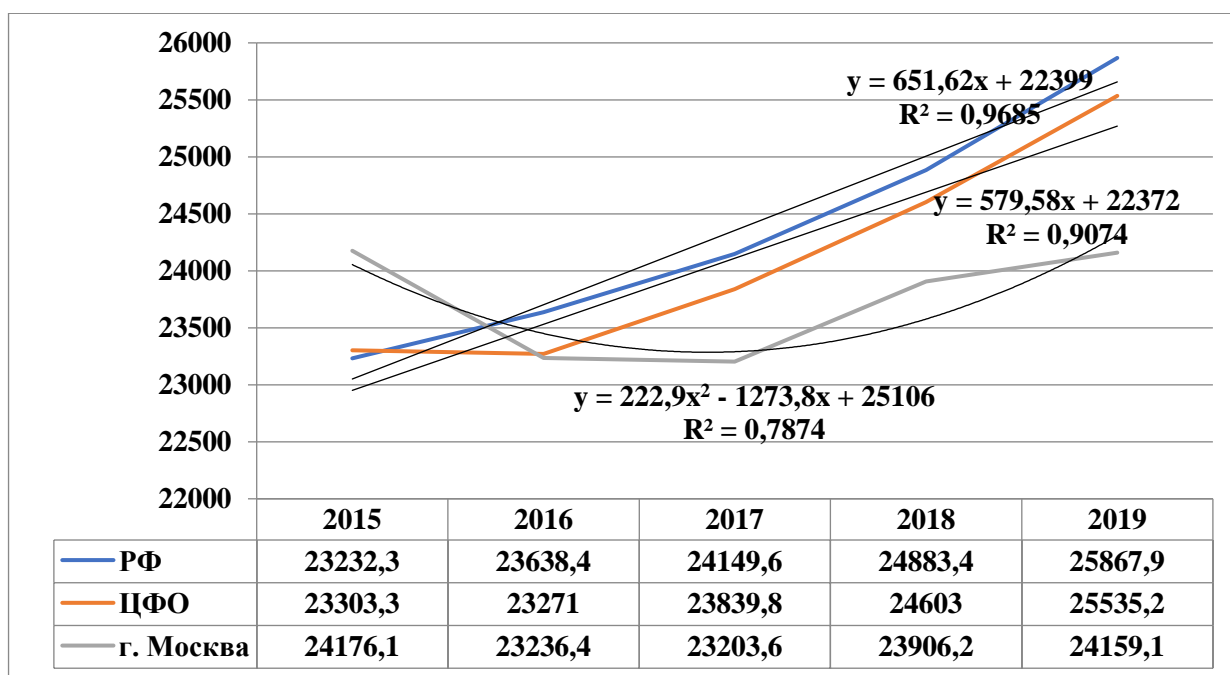


Рисунок 3.3. - Общая заболеваемость БСК в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. населения)

В отношении общей заболеваемости тренды выявлялись более отчетливо (рис. 3.3). Однако, следует отметить отличие тренда, характерно для г. Москва, который можно аппроксимировать полиномиальной функцией с положительным знаком перед первым коэффициентом. Для остальных территорий тренды можно было описать возрастающими линейными

функциями.

Учитывая особенности хронических заболеваний их накопление характеризуется неравномерностью, что повлияло на структуру общей заболеваемости в г. Москве (рис. 3.4).

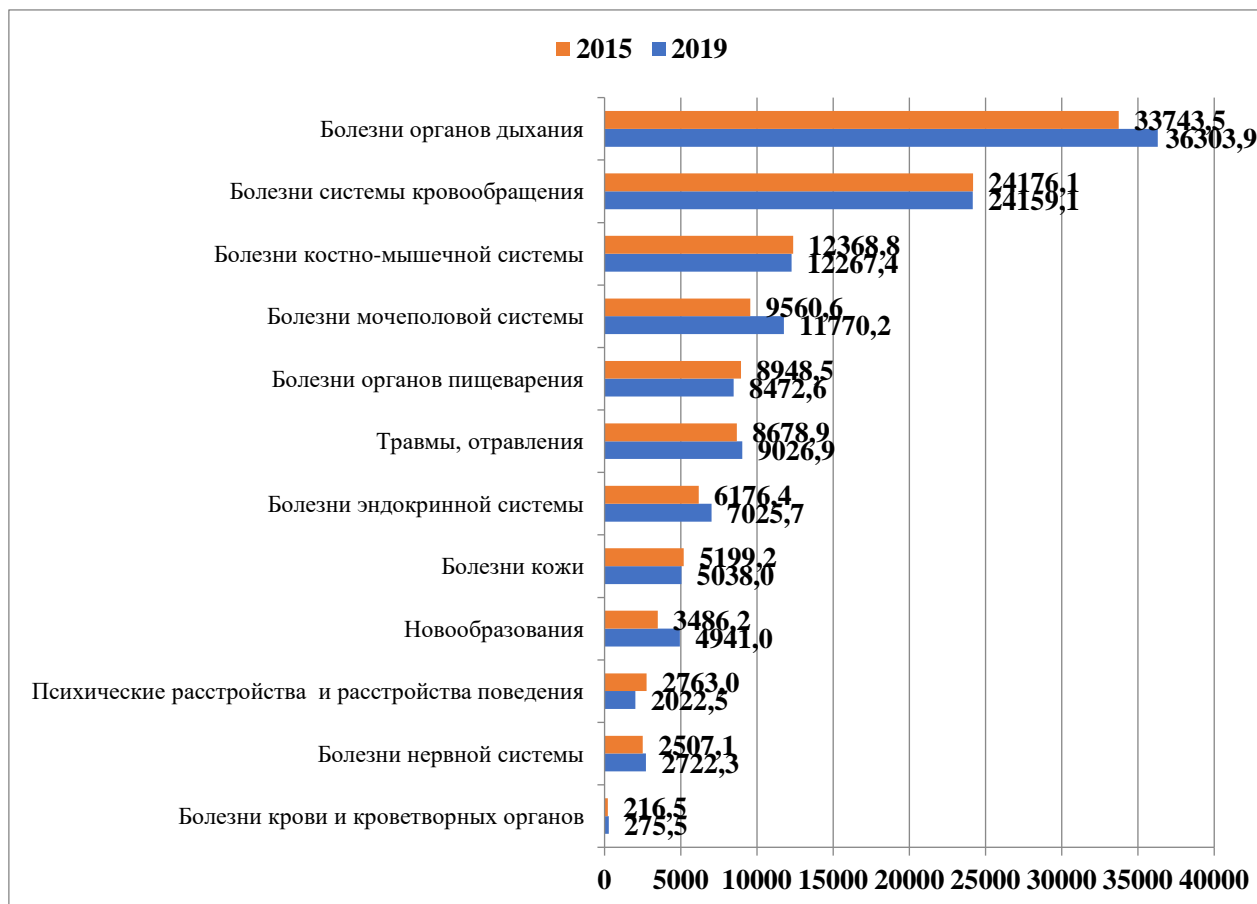


Рисунок 3.4. - Ранговое распределение причин общей заболеваемости НИЗ в г. Москве, 2015 и 2019 гг. (на 100 тыс. населения)

Лидировали также заболевания дыхательной системы, на втором месте расположились БСК, на третьем – болезни костно-мышечной системы. Следует отметить, что ранговое распределение общей заболеваемости по классам болезней сохраняется неизменным в 2015 и 2019 гг.

В структуре общей заболеваемости БСК населения г. Москвы в 2015 г. первые места занимали такие нозологические формы как болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца), ишемические болезни сердца, цереброваскулярные болезни. Далее следовали варикозное расширение вен нижних конечностей, эндартериит,

флебит и тромбоз флебит, тромбангиит облитерирующий. Другие нозологические формы БСК составляли незначительную долю.

К 2019 г. данная структура заболеваний в основном сохранилась, при этом имелись только небольшие (в пределах одного ранга) перемещения (табл. 3.4). Коэффициент структурных различий был низким.

Таблица 3.4. – Структура общей заболеваемости БСК в г. Москве (на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма по МКБ-10	2015	ранг	2019	ранг
Всего	24176,1			
Острая ревматическая лихорадка	0,04	23	0,02	23
Хронические ревматические болезни сердца	43,5	12	35,5	12
Эссенциальная гипертензия	545,2	7	463,3	<b>8</b>
Другие болезни сердца	410,0	8	633,1	<b>7</b>
Острый и подострый эндокардит	0,42	20	0,35	20
Кардиомиопатия	17,5	15	20,4	<b>14</b>
Цереброваскулярные болезни	5693,3	4	5664,9	4
Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	7665,4	2	7998,9	2
Гипертензивная болезнь почки (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек)	35,8	14	18,7	<b>15</b>
Гипертензивная болезнь сердца и почек (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек)	39,7	13	28,6	13
Ишемические болезни сердца	7350,8	3	6766,9	3
Острый миокардит	0,35	21	0,3	21
Субарахноидальное кровоизлияние	3,28	19	1,1	19
Внутричерепное и другое внутричерепное кровоизлияние	4,44	18	6,53	<b>17</b>
Инфаркт мозга	56,0	11	66,2	11
Инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт	9,67	16	4,4	16
Закупорка и стеноз прецеребральных, церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга	6,29	17	4,5	<b>18</b>
Другие цереброваскулярные болезни	5610,0	5	5578,6	5
Эндартериит, тромбангиит облитерирующий	383,6	9	393,5	9
Флебит и тромбоз флебит	116,8	10	117,1	10
Тромбоз портальной вены	0,07	22	0,02	22
Варикозное расширение вен нижних конечностей	1525,5	6	1582,	6
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	8286,2	1	8509,4	1

В 2020 году различные службы России работали в сложных условиях в связи с широким распространением коронавирусной инфекции (COVID-19)

среди населения. Были значительно ограничены возможности обращения пациентов за медицинской помощью, приостановлено проведение мероприятий диспансеризации определенных групп населения, увеличена нагрузка на систему оказания кардиологической помощи в целом. В связи с тем, что заболеваемость населения регистрируется по обращаемости, указанные изменения в условиях пандемии привели к снижению показателей заболеваемости БСК за счет снижения выявляемости данной патологии. Как видно на рисунке 3.5 общая заболеваемость БСК в РФ, ЦФО и г. Москве существенно снизилась (в среднем на 10%) в 2020 г. и в 2021 г. не вернулась к уровню 2019 г.

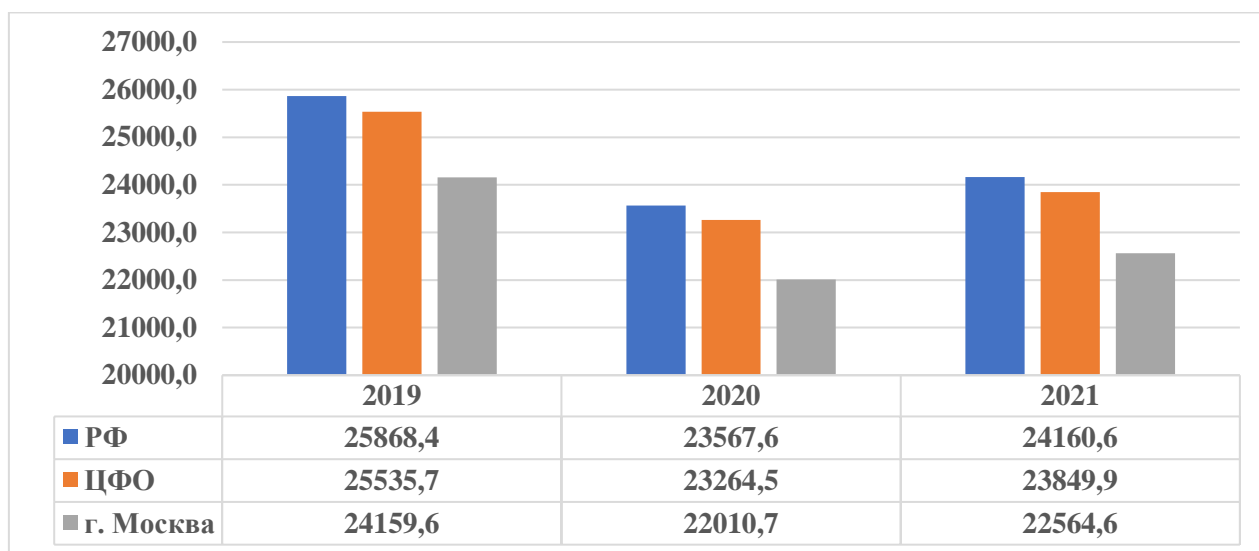


Рисунок 3.5.- Общая заболеваемость БСК в РФ, ЦФО и г. Москве в период пандемии COVID-19 (на 100 тыс. населения)

Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла существенные изменения в уровень и в структуру причин смертности населения. Это особенно актуально для мегаполисов, в которых плотность населения высока, а уровень экономического развития позволяет активно тестировать пациентов на COVID-19. Считается, что пандемия коронавирусной инфекции привела к увеличению темпов естественной убыли населения вследствие как прямых потерь от COVID-19, так и роста смертности от косвенных последствий.

Данные официальной статистики свидетельствуют, что в 2015-2019 гг. имела место стабильная тенденция снижения общей смертности населения в

РФ, ЦФО и г. Москве. Все годы уровень общей смертности в г. Москве был значительно ниже, чем в РФ и ЦФО, однако темпы снижения показателя менее интенсивными (рис. 3.6).

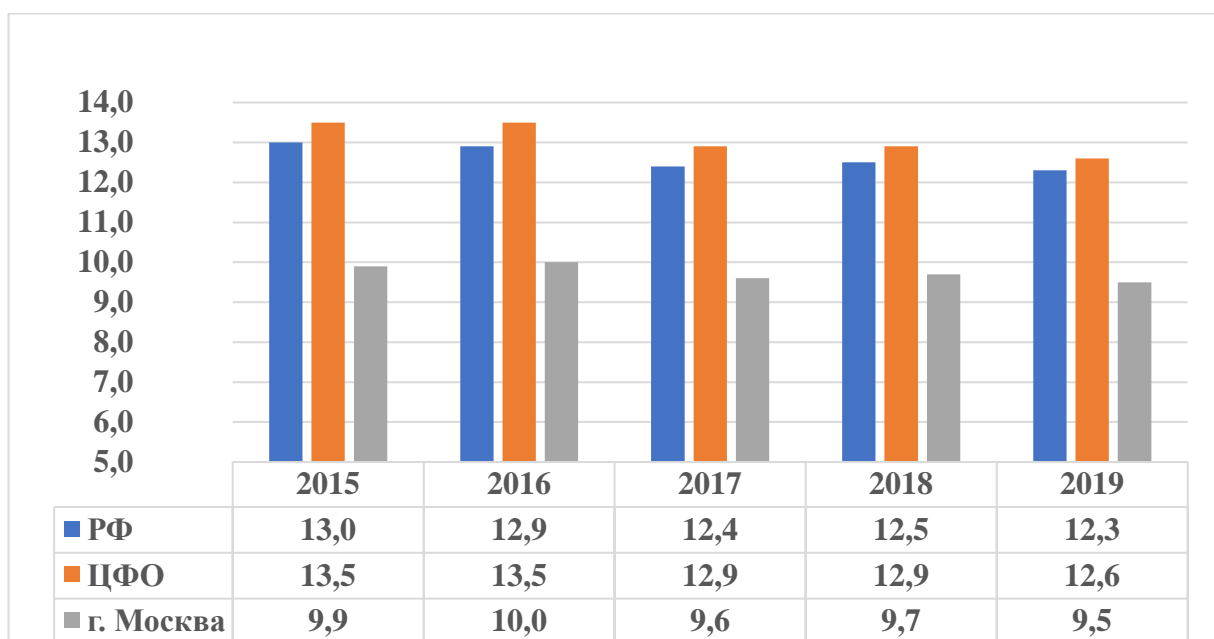


Рисунок 3.6.- Общая смертность населения РФ, ЦФО и г. Москвы  
(на 1000 населения)

Аналогичная тенденция отмечалась в отношении общей смертности от БСК в РФ и ЦФО. В г. Москве ее уровень был ниже российского и окружного, однако в отличие от последних практически не менялся (рис. 3.7), хотя нисходящий характер тренда определялся. Темп снижения показателя смертности был наиболее высоким в РФ. Все тренды достаточно хорошо описывались линейными нисходящими функциями, за исключением г. Москва.

В отличие от заболеваемости, структура общей смертности от ХНИЗ в г. Москве была иной. Так, на первых ранговых местах стали находиться БСК (2015 г. – 53,6%, 2019 г. – 55,5%), новообразования (2015 г. и 2019 г. – 22,2%), травмы и отравления и другие внешние причины (2015 г. – 5,6%, 2019 г. – 5,5%). Значимую долю как причина смерти составляли болезни органов пищеварения, органов дыхания и нервной системы. На остальные причины приходилось менее 1%. За период 2015-2019 гг. структура общей смертности от ХНИЗ в г. Москве не изменилась (рис. 3.8).

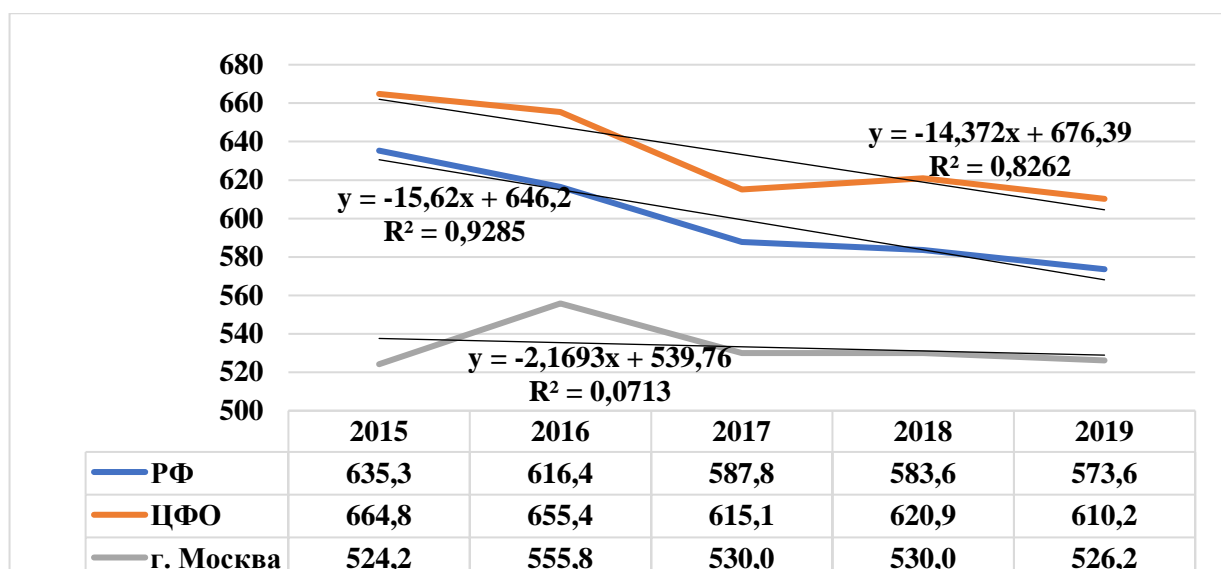


Рисунок 3.7.- Смертность от БСК населения РФ, ЦФО и г. Москвы  
(на 100 тыс. населения)



Рисунок 3.8.- Ранговое распределение причин общей смертности по классам болезней в г. Москве, 2015 и 2019 гг. (в %)

Следует обратить внимание на тот факт, что БСК как причина смерти населения г. Москвы находились не только на первом месте, но и составляли

более половины из всех причин. Структура общей смертности населения от БСК в г. Москве в 2015-2019 гг. также сохранялась стабильной.

В 2015 и 2019 гг. наибольшую долю составляли ишемические болезни сердца (55,3% и 50,3% соответственно) и цереброваскулярные болезни (34,3% и 36,2%). Третье место по значимости занимала гипертоническая болезнь, однако ее доля была небольшой – 1,7% и 1,9% соответственно (рис. 3.9).

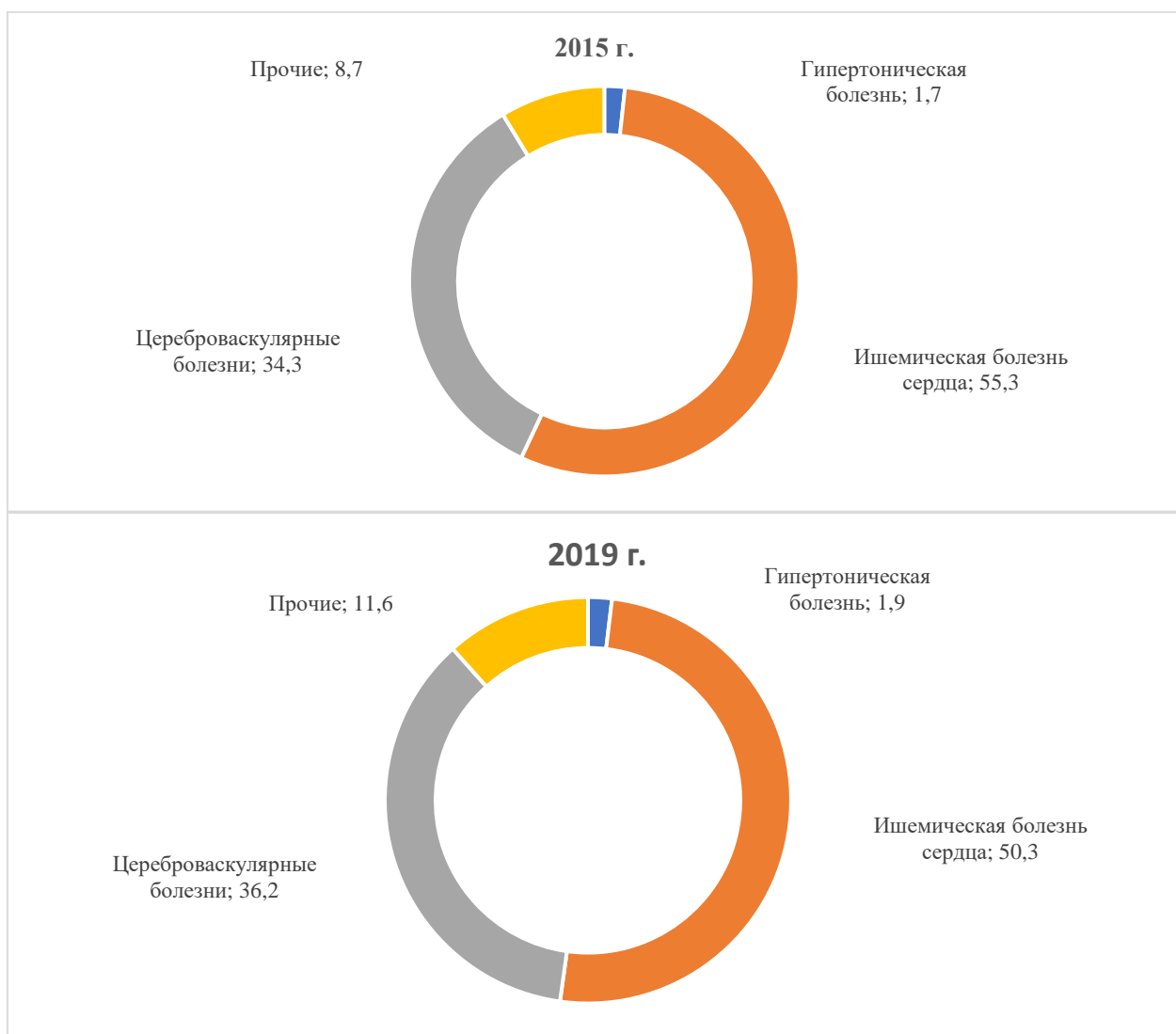


Рисунок 3.9.- Структура смертности населения от БСК в г. Москве, 2015 и 2019 гг. (в %)

В отличие от заболеваемости общая смертность от БСК в первый год пандемии (2020 г.) увеличилась в РФ (на 11,8%), ЦФО (на 11,9%) и г. Москве (на 21,1%). При этом в г. Москве она оставалась ниже российского и окружного уровня (рис. 3.10). В следующем 2021 г. во всех сравниваемых территориях произошло небольшое (около 5,7%) сокращение случаев смерти

от БСК. В итоге к 2021 г. показатели смертности от данной причины не вернулись к уровню 2019 г. В г. Москве они были выше на 14,4%.

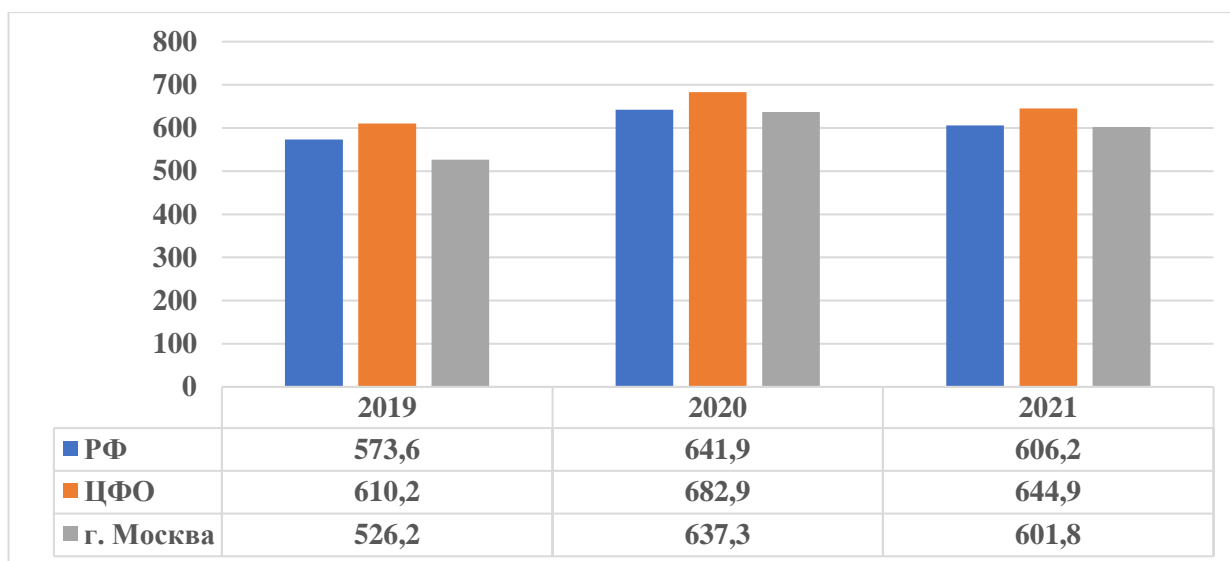


Рисунок 3.10.- Общая смертность от БСК в РФ, ЦФО и г. Москве в период пандемии COVID-19 (на 100 тыс. населения)

Начало пандемии привело к росту смертности в г. Москве от БСК (на 21,1%) за счет кардиологических причин (на 7,8%), цереброваскулярные болезни остались практически на одном уровне (снижение на 2,1%) (табл. 3.5).

Таблица 3.5. – Общая смертность от различных нозологических форм БСК в г. Москве (на 100 тыс. населения)

Нозологическая форма по МКБ-10	2019	2020	2021	2020/2019	2021/2020	2021/2019
Болезни системы кровообращения	526,2	637,3	601,8	21,1	-5,6	14,4
Кардиологические причины, из них:	170,94	184,32	146,45	7,8	-20,5	-14,3
- ишемические болезни сердца	129,53	143,87	119,18	11,1	-17,2	-8,0
- инфаркт миокарда	15,61	16,8	14,85	7,6	-11,6	-4,9
- другие формы ишемических болезней сердца	6,46	7,86	13,73	21,7	в 1,7 раза	в 2,1 раза
- хронические формы ишемических болезней сердца	107,46	119,21	90,6	10,9	-24,0	-15,7
Цереброваскулярные болезни, из них:	114,74	112,37	132,03	-2,1	17,5	15,1
- кровоизлияния и инфаркты мозга	46,09	45,29	42,21	-1,7	-6,8	-8,4

Рост смертности от БСК в условиях распространения новой



коронавирусной инфекции признали ожидаемым после того, как стало известно, что вирус отрицательно влияет на микроциркуляцию практически всех органов и тканей.

Среди кардиологических причин смерти в 2020 г. отмечался рост случаев ишемических болезней сердца (на 11,1%), инфаркта миокарда (на 7,6%), других форм ишемической болезни сердца (на 21,7%), хронической ишемической болезни сердца (на 10,9%).

В 2021 г. по сравнению с предыдущим годом произошло наоборот снижение смертности от кардиологических причин (на 20,5%) и рост смертности от цереброваскулярных болезней (на 17,5%). Среди кардиологических причин смерти в 2021 г. увеличились только случаи гибели пациентов от других форм ишемической болезни сердца (в 1,7 раза). Было зарегистрировано снижение смертности от других кардиологических причин: ишемической болезни сердца (на 17,2%), инфаркта миокарда (на 11,6%), хронической ишемической болезни сердца (на 24,0%).

В итоге по сравнению с 2019 г. в 2021 г. в г. Москве произошло снижение смертности от кардиологических причин (на 14,3%) и рост смертности от цереброваскулярных болезней (на 15,1%). Следует отметить существенный рост (в 2,1 раза) случаев смерти от других форм ишемической болезни сердца.

Подробная структура смертности от БСК в г. Москве в 2021 г. представлена в таблице 3.6.

Таблица 3.6. – Структура общей смертности от БСК в г. Москве, 2021 г. (в %)

Нозологическая форма по МКБ-10	2021
<b>Хронические ревматические болезни сердца</b>	<b>0,4</b>
<b>Гипертоническая болезнь</b>	<b>3,1</b>
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца	2,1
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек	0,1
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек	0,9
<b>Ишемические болезни сердца</b>	<b>47,5</b>
Острый инфаркт миокарда	4,6
Повторный инфаркт миокарда	0,7
Атеросклеротическая болезнь сердца	5,4
Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная	2,3
Прочие формы хронической ишемической болезни сердца	32,4

Другие формы острой ишемической болезни сердца	2,1
Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения	0,1
Алкогольная кардиомиопатия	0,6
Кардиомиопатия неуточненная	2,1
Прочие болезни сердца	3,2
<b>Цереброваскулярные болезни</b>	<b>39,6</b>
Субарахноидальное кровоизлияние	0,6
Внутричерепные и другие внутричерепные кровоизлияния	3,8
Инфаркт мозга	10,0
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	0,0
Церебральный атеросклероз	0,3
Другие уточненные поражения сосудов мозга	17,7
Цереброваскулярная болезнь неуточненная	0,3
Последствия цереброваскулярных болезней	6,7
Прочие цереброваскулярные болезни	0,1
Атеросклероз	1,2
Другие болезни артерий, артериол и капилляров	1,6
Флебит и тромбоз, тромбозы и эмболии	0,3

\* \* \* \* \*

Таким образом, в г. Москве до пандемии COVID-19 была характерна стагнация показателей первичной и общей заболеваемости, а также общей смертности от БСК. В первый год пандемии отмечалось снижение заболеваемости за счет вынужденного ограничения обращаемости и рост смертности, уровень которых не вернулся к исходному и в последующий год. БСК занимают первое место в структуре смертности от всех причин, составляя более половины среди них. О схожести факторов, формирующих показатели первичной и общей заболеваемости болезнями системы кровообращения, свидетельствуют достаточно высокие уровни коэффициента корреляции (особенно между трендами г. Москва и ЦФО), положительный знак коэффициента корреляции и схожий характер функций, которые описывают динамику указанных показателей.

## ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ СЕМЕЙ

### 4.1. Демографическая характеристика респондентов и их семей

В социологическом исследовании приняли участие 582 пациента с БСК, госпитализированные в Городскую клиническую больницу имени В.В. Виноградова ДЗМ (средний возраст –  $58,3 \pm 14,7$  лет). Наибольшую группу составляли респонденты в возрасте 50-59 и 60-69 лет – 21% и 22,3% соответственно (рис. 4.1). Однако доли лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста были примерно одинаковыми – 51,5% и 48,5%. По полу распределение больных являлось также равномерным: 50,2% мужчин и 49,8% женщин.

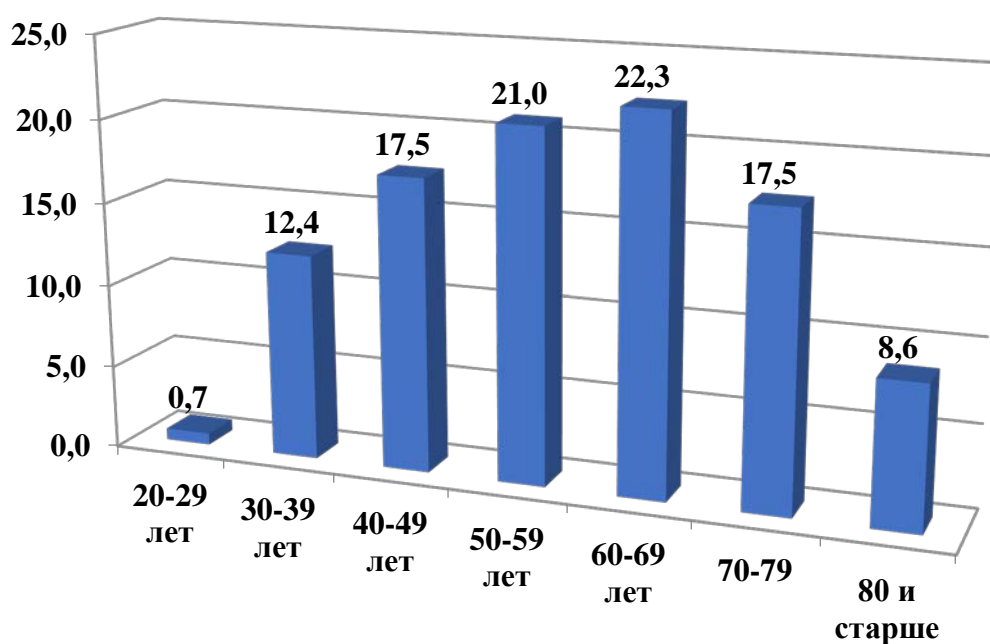


Рисунок 4.1.- Возрастная структура пациентов с БСК (%)

Важным фактором, влияющим на качество жизни человека, является уровень его образования, который социализирует личность, развивает ее креативность, высокий уровень коммуникативных способностей, социальных компетенций, напрямую отражается на занятости. Отличия в показателях

заболеваемости и смертности, факторах риска имеют причину в основных детерминантах здоровья – материальном и образовательном уровнях, и зависимость от особенностей социальной и физической среды, в которой проживают люди, государственной социально-экономической политики.

Уровень образования лиц, принявших участие в исследовании, был довольно высоким. Как среди респондентов, так и среди их супруг / супругов в подавляющем большинстве случаев были лица с высшим образованием - 60,1% и 75,0%, соответственно. При этом существенная доля приходилась на респондентов со средним специальным образованием – 25,2% и 17,8% (табл. 4.1). Следует отметить, что информацию об образовании своих супруг / супругов дали 98,9% опрошенных, состоящих в браке.

Таблица 4.1. – Уровень образования респондентов (%)

Уровень образования	Респондент	Супруг / Супруга
Среднее общее	11,5	7,2
Среднее специальное	25,2	17,8
Высшее	60,1	75,0*
Неоконченное высшее	3,1	0,0*
Всего	100,0	100,0

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

При проведении опроса выявлено, что почти все (99,3%) респонденты проживали со своими родственниками – чаще всего с детьми (в 26,6% случаев), супругом и детьми (в 25,5%) и супругом / супругой (в 20,8%) (табл. 4.2).

Таблица 4.2. – С кем проживает респондент (%)

С кем проживает	%
Один	0,7
Родители	7,3
Дети	26,6
Родители, дети	13,9
Супруг/а	20,8
Супруг/а, родители	1,5
Супруг/а, дети	25,5
Супруг/а, родители, дети	3,6
Всего	100,0

Оценивая влияние на здоровье безработицы, исследователи считают, что она может спровоцировать такие заболевания, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, психоэмоциональную неустойчивость и депрессию, хроническую бессонницу, инсульт и другие. На момент опроса имели работу 42,3% респондентов, чаще трудоспособного возраста (57%) и статистически значимо реже старше трудоспособного возраста (26,8%) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, для лиц, принявших участие в социологическом исследовании, было характерно равноценное распределение по возрастному и гендерному составу, преобладание пенсионеров, служащих и рабочих, состоящих в браке, имеющих высокий уровень образования, проживающих со своими родственниками.

#### 4.2. Оценка состояния здоровья пациентов с БСК

Несмотря на наличие у респондентов серьезных отклонений в состоянии здоровья, большинство (68%) из них положительно оценили свое здоровье, в том числе как хорошее – 22,3%, скорее хорошее, чем плохое – 45,7%. Следует отметить, что, по мнению только 7,6% опрошенных, их здоровье было плохим. Структура ответов на данный вопрос представлена на рис. 4.2.

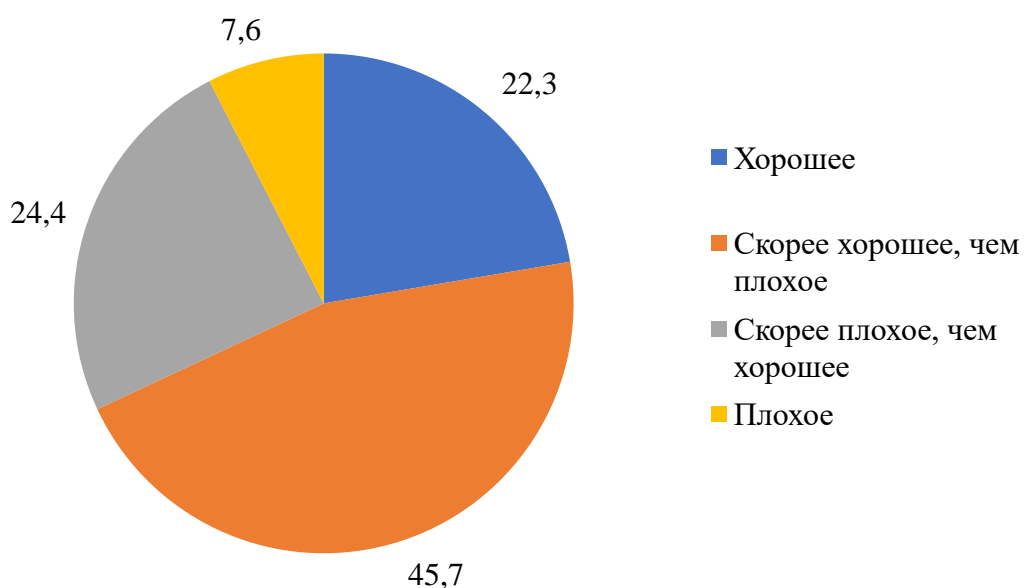
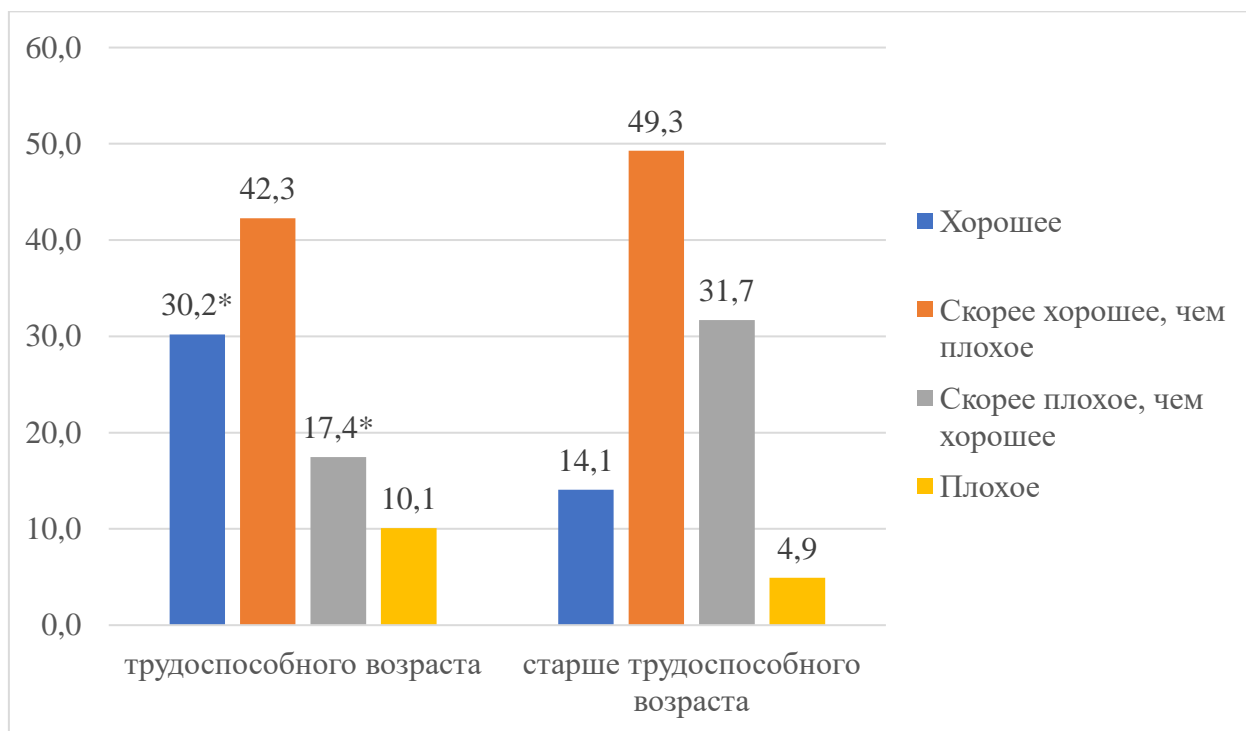


Рисунок 4.2.- Оценка своего здоровья пациентами с БСК (%)

Безусловно, оценка своего здоровья зависела от возраста респондентов. Так, лица трудоспособного возраста чаще (в 72,5% случаев) считали его хорошим (хорошим – 30,2%, скорее хорошим, чем плохим – 42,3%), чем старше трудоспособного возраста - в 63,4% (хорошим – 14,1%, скорее хорошим, чем плохим – 49,3%) (рис. 4.3).

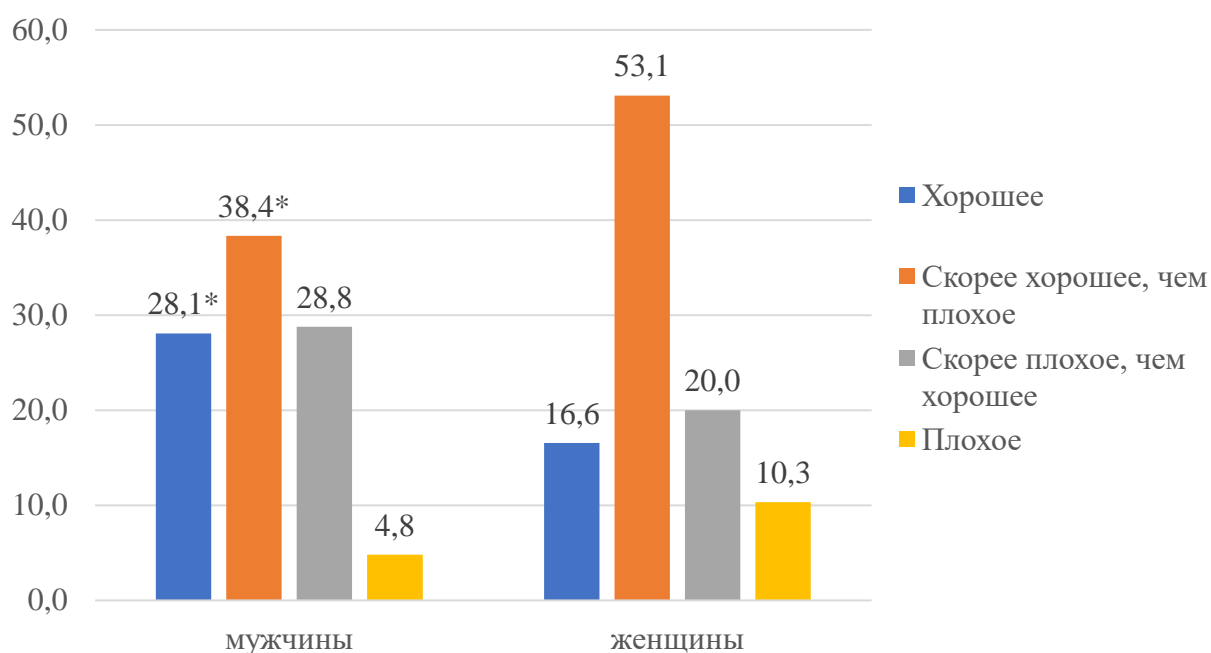


\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Рисунок 4.3.- Оценка своего здоровья пациентами с БСК трудоспособного и старше трудоспособного возраста (%)

Указанные различия были статистически значимыми как в целом ( $p < 0,05$ ), так и по позиции «хорошее» (30,2% против 14,1% соответственно,  $p < 0,05$ ). По негативным оценкам отмечалась аналогичная ситуация – по позиции «скорее плохо, чем хорошо» 17,4% против 37,1%,  $p < 0,05$ . Следует обратить внимание на парадоксальную информацию – респонденты старше трудоспособного возраста реже оценивали свое здоровье как «плохое» - 4,9% против 10,1%, однако данное различие не было статистически значимым,  $p > 0,05$ .

Следует отметить, что мужчины достоверно реже, чем женщины оценивали свое здоровье положительно – в 66,4% против 77,1%,  $p < 0,05$  (рис. 4.4).



\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Рисунок 4.4.- Оценка своего здоровья пациентами с БСК мужского и женского пола (%)

При этом имели место существенные различия в ответах на позиции «хорошо» (28,1% против 16,6% соответственно,  $p < 0,05$ ) и «скорее хорошо, чем плохо» (38,4% против 53,1%,  $p < 0,05$ ). Вместе с этим мужчины реже оценивали свое здоровье как «плохое» - в 4,8% случаев против 10,3%. Однако указанные различия не были статистически значимыми,  $p < 0,05$ .

Подавляющее большинство (94,9%) респондентов смогли сообщить о своих хронических болезнях системы кровообращения. Структура ответов на данный вопрос представлена в таблице 4.3. Среди них первое место занимала гипертоническая болезнь (58,3 на 100 ответивших), второе – ишемическая болезнь сердца (42,8), третье – ревматическая болезнь сердца (13). Реже всего называлась цереброваскулярная болезнь (5,4). У лиц старше трудоспособного возраста чаще наблюдались гипертоническая болезнь (61,5 против 54,9,  $p < 0,05$ ) и ишемическая болезнь сердца (46,2 против 39,1,  $p > 0,05$ ). Из представленной таблицы видно, что в последнем случае различия не были статистически значимыми.

Сравнительный анализ показал более значимые различия ( $p < 0,05$ ) в

частоте нозологических форм БСК у мужчин и женщин – преобладание у женщин такой патологии как гипертоническая болезнь, ишемическая и ревматическая болезни сердца, у мужчин – цереброваскулярной болезни (табл. 4.4).

Таблица 4.3. – Частота нозологических форм БСК у респондентов различных возрастных групп (на 100 ответивших)

Нозологические формы	Всего	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Гипертоническая болезнь	58,3	54,9	61,5*
Ишемическая болезнь сердца	42,8	39,1	46,2
Ревматическая болезнь сердца	13,0	15,0	11,2
Цереброваскулярная болезнь	5,4	5,3	5,6

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Таблица 4.4. – Частота нозологических форм БСК у респондентов разного пола (на 100 ответивших)

Нозологические формы	Всего	Мужчины	Женщины
Гипертоническая болезнь	58,3	44,8	80,8*
Ишемическая болезнь сердца	42,8	38,4	50,0**
Ревматическая болезнь сердца	13,0	9,9	18,3*
Цереброваскулярная болезнь	5,4	7,0	2,9*

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Более, чем у половины респондентов (у 57,2%) имело место какое-либо одно заболевание из БСК (табл. 4.5). Следует отметить, что цереброваскулярная болезнь изолированно не регистрировалась. Сравнительный анализ показал, что частота изолированных нозологических форм БСК была выше у лиц трудоспособного возраста – 71,4 против 44,1 на 100 ответивших  $p < 0,05$ . Это преобладание было за счет такой нозологической формы как гипертоническая болезнь, которая достоверно реже распространена у лиц данной возрастной группы – 55,8 против 77,8 соответственно,  $p < 0,05$ .

Установлено, что частота изолированных нозологических форм БСК была выше у женщин – 59,3 против 49,3 на 100 ответивших,  $p < 0,05$  (табл. 4.6).



Это преобладание было за счет таких нозологических форм как гипертоническая болезнь и ревматическая болезнь сердца, которые чаще были распространены у женщин. Однако указанные различия не были статистически значимыми,  $p > 0,05$ .

Таблица 4.5. – Частота изолированных нозологических форм БСК у респондентов различных возрастных групп (на 100 ответивших)

Нозологические формы	Всего	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Всего, в том числе:	57,2	71,4*	44,1
Гипертоническая болезнь	64,6	55,8*	77,8
Ишемическая сердца	22,2	29,5*	11,1
Ревматическая болезнь сердца	13,3	14,7	11,1

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Таблица 4.6. – Частота изолированных нозологических форм БСК у мужчин и женщин (на 100 ответивших)

Нозологические формы	Всего	Мужчины	Женщины
Всего, в том числе:	57,2	49,3*	59,3
Гипертоническая болезнь	64,6	63,9	65,1
Ишемическая болезнь сердца	22,2	25,0*	19,8
Ревматическая болезнь сердца	13,3	11,1	15,1

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

О наличии в анамнез инсульта сообщили 16,7% респондентов, инфаркта – 18,1%, инвалидности, обусловленной БСК – 25%.

Таким образом, большинство респондентов с БСК положительно оценивали состояние своего здоровья, однако реже делали это мужчины и лица старше трудоспособного возраста. Независимо от возраста и пола ранговое распределение нозологических форм БСК было следующим по убыванию - гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматическая болезнь сердца и цереброваскулярная болезнь. Установлено преобладание у женщин такой патологии как гипертоническая болезнь,

ишемическая и ревматическая болезни сердца, у мужчин – цереброваскулярной болезни.

### 4.3. Частота факторов риска среди пациентов с БСК

С учетом всех сложностей, связанных с поиском во всем мире эффективных подходов к профилактике и лечению БСК, большой теоретический и практический интерес вызывает изучение факторов риска формирования данной патологии.

Развитию БСК способствует множество причин, среди которых наследственность, неправильный образ жизни, вредные привычки, нерациональное питание, гиподинамия и многое другое.

При изучении наследственной отягощенности БСК 45,1% респондентов сообщили о наличии в семейном анамнезе различных хронических заболеваний. Наиболее распространенными были болезни эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет) (36,4 на 100 ответивших) и БСК (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) (35,5 на 100 ответивших) (табл. 4.7). Вместе с этим, довольно часто имели место болезни органов пищеварения (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, колит) и дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма) – 15,9 и 13,1 на 100 ответивших соответственно. Реже, (4,7 на 100 ответивших) назывались болезни мочеполовой системы (инфекция мочевыводящих путей, цистит, пиелонефрит, гиперплазия предстательной железы).

Таблица 4.7. – Частота хронической патологии у родственников респондентов (на 100 опрошенных)

Класс болезней	На 100 ответивших
Болезни эндокринной системы	36,4
Болезни системы кровообращения	35,5
Болезни органов пищеварения	15,9
Болезни органов дыхания	13,1
Болезни мочеполовой системы	4,7
Прочие	26,2

Ассоциация сердца в США предложила семь условий физиологического поведения и формирования идеала здоровья ССЗ:

- прекращение курения;
- достаточная физическая активность;
- нормализация АД;
- нормализация гликемии;
- нормализация уровня холестерина в крови;
- контроль массы тела;
- переход на здоровое питание.

Среди факторов, способствующих развитию БСК, особое место занимает курение табака. По оценкам ВОЗ, именно ССЗ стоят на первом месте в списке смертельных болезней курильщиков.

При опросе определено, что никогда не курили 37,2% респондентов, 39,9% - бросили, 22,9% - были курящими на момент исследования.

При злоупотреблении или даже умеренном, но регулярном приеме алкоголя растет риск БСК. Не употребляли спиртные напитки 44,1% пациентов с БСК. Среди принимающих алкоголь 16% делали это чаще одного раза в неделю, 39,7% - чаще одного раза в месяц.

По данным самооценок респондентов, избыточный вес имели 29,5% из них. Нерациональное питание является наиболее важным фактором внешней среды, непосредственно влияющим как на формирование избыточного веса, ожирения, так и нарушений со стороны системы кровообращения. Многочисленные исследования доказывают влияние характера питания на развитие ишемической болезни сердца.

Как показал опрос, только 24,8% участников соблюдали рациональную диету (с низким содержанием жиров и холестерина), более половины (51%) делали это не всегда и 24,1% - не соблюдали совсем. Следует отметить, что овощи довольно часто включали в свой рацион 54,2% опрошенных, редко – 38,9% и практически не использовали 6,9%.

Одним из вопросов анкеты явился следующий: «Ведете ли Вы

малоподвижный образ жизни?». В данном исследовании физически активными себя считали только 49,3% респондентов.

Социологический опрос также предполагал выявление взаимосвязи распространенности факторов риска изучаемой патологии от возрастной и половой принадлежности пациентов. Было установлено, что частота факторов риска БСК в основном не зависела от возраста и пола респондентов. Исключение составила частота курения табака, которая статистически значимо была выше у мужчин – 74% против 52,4% у женщин,  $p < 0,05$  (табл. 4.8, 4.9).

Таблица 4.8. – Частота факторов риска БСК у респондентов различных возрастных групп (%)

Факторы	Всего	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Курение табака	62,8	61,1	65,5
Употребление алкоголя	44,1	58,4	54,2
Избыточный вес / ожирение	29,5	30,2	27,6
Нерациональное питание	75,2	71,8	79,6
Недостаточная физическая активность	50,7	47,0	50,7

Таблица 4.9. – Частота неблагоприятных факторов развития БСК у мужчин и женщин (%)

Факторы	Всего	Мужчины	Женщины
Курение табака	62,8	74,0*	52,4
Употребление алкоголя	44,1	58,2	54,5
Избыточный вес / ожирение	29,5	26,7	31,7
Нерациональное питание	75,2	78,1	73,1
Недостаточная физическая активность	50,7	51,4	46,2

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Таким образом, у каждого третьего респондента имела место отягощенная наследственность по БСК, довольно часто регистрировались такие неблагоприятные факторы как неправильный образ жизни, вредные привычки, нерациональное питание, гиподинамия.

В современных условиях приоритетной задачей является устранение

или снижение влияния факторов риска на здоровье. В первую очередь в работе с населением нужно говорить о факторах риска, ассоциированных с образом жизни. При этом необходимо учитывать полиэтиологичность большинства факторов риска одновременно для целого ряда неинфекционных заболеваний.

Результаты анкетирования подтверждаются данными диспансеризации населения типичных для г. Москвы двух административных округов – ВАО и ЮВАО. Как показано в таблице 4.10, среди прошедших диспансерное обследование в 2019 году жителей ВАО столицы по сравнению с ЮВАО, нерациональное питание и избыточная масса тела зарегистрированы у значительной части мужчин и женщин.

Таблица 4.10. - Доля лиц с нерациональным питанием и избыточной массой тела среди жителей ВАО и ЮВАО, прошедших диспансеризацию в 2019 году (в %)

Фактора риска (наименование по МКБ-10)	ВАО	ЮВАО
Нерациональное питание (неприемлемая диета и вредные привычки питания)	24,8	23,7
Избыточная масса тела (анормальная прибавка массы тела)	20,5	12,4

Определено, что люди с повышенной массой тела (анормальная прибавка массы тела) в ВАО составляют около 20,5% общего количества обследованных. Нерациональное питание (нарушения диеты и вредные привычки в питании) зарегистрировано в 24,8% наблюдений.

Аналогичная обстановка выявлена в ЮВАО по признаку нерационального питания, которое было характерно для 23,7% обследованных. Но гораздо меньше (в 1,6 раза) по сравнению с ВАО оказалась доля лиц с избыточной массой тела (анормальной прибавкой массы тела). Есть вероятность, что данная тенденция отмечает недостаточный уровень информированности людей о принципах рационального питания.

В двух административных округах количество женщин, имеющих избыточную массу тела, практически оказалось больше числа таковых в

группе мужчин, в частности, в ЮВАО в полтора раза. Вместе с тем необходимо упомянуть заболевания эндокринологического профиля: сахарный диабет и ожирение. Показатели заболеваемости в отношении данных нозологий имеют прямую корреляцию с выявлением у пациентов факторов риска.

Доля населения, склонного к гиподинамии, в ВАО и ЮВАО по данным диспансеризации 2019 года равна 24,7%, 24,1% соответственно (табл. 4.11).

Таблица 4.11.- Доля лиц с низкой физической активностью среди жителей ВАО, ЮВАО, прошедших диспансеризацию в 2019 году (в %)

Фактор риска (наименование по МКБ-10)	ВАО	ЮВАО
Низкая физическая активность	24,7	24,1

Когда формируется инфраструктура единого пространства профилактики в городской среде, целесообразно применять семейно-ориентированный подход, который включает проектирование семейных объектов здоровьесбережения (в том числе, семейных центров здоровья, точек здорового питания, Школ здоровья семьи и др.)

К деятельности по осуществлению стратегии формирования единого пространства профилактики кроме учреждений и органов здравоохранения, образования, физической культуры и спорта следует широко привлекать общественные организации, работников СМИ и рекламы, а также волонтеров.

При проведении мероприятий по вторичной профилактике БСК среди населения г. Москвы нужно учесть особенности условий проживания в мегаполисе, в том числе постоянный шум, стресс, гиподинамия, большое количество заведений быстрого питания, продолжительное пребывание в закрытых помещениях. Нужно предоставить слушателям рекомендации по формированию устойчивости к стрессам, рациональному питанию и поддержке достаточного уровня двигательной активности.

С целью достижения ЗОЖ жителями городов создана инициатива ВОЗ в России и других странах по реализации программы «Здоровый город»,

предусматривающей создание единого пространства профилактики. Учет негативных сторон условий проживания в мегаполисе также актуален для соблюдения. Значит, специалисты, которые будут работать с семьями, должны получить эффективные рекомендации по формированию сильной мотивации к выработке устойчивости к стрессам, рациональному питанию, поддержанию двигательной активности, прекращению приверженности к вредным привычкам.

Когда формируется инфраструктура единого пространства профилактики в городской среде, целесообразно применять семейно-ориентированный подход, который включает проектирование семейных объектов здоровьесбережения (в том числе семейных центров здоровья, точек здорового питания, Школ здоровья семьи и др.).

Во время пандемии новой коронавирусной инфекции актуализировались медико-социальные проблемы, имеющие причину в гиподинамии, нехватке свежего воздуха и уменьшении оксигенации, утомлении от длительной работы с компьютером при дистанционном формате трудоустройства, хроническим стрессовым состоянием. В этой связи становятся необходимыми гигиенические рекомендации в отношении режима труда и отдыха, адекватного питания, снижения содержания соли в употребляемой пище, закаливания, проветривания помещений, выработки устойчивости к стрессам, профилактики курения, в том числе пассивного.

В настоящее время сформулирована задача снизить или устранить влияние факторов риска на здоровье. В первую очередь в работе с населением нужно говорить о факторах риска, ассоциированных с образом жизни. Необходим учет полиэтиологичности большинства факторов риска одновременно для целого ряда ХНИЗ.

Ключевые элементы технологии здоровьесбережения: интенсификация физической нагрузки, уменьшение количества потребляемой соли, развитие ЗОЖ, профилактика стрессовых ситуаций в семье. Направлены на борьбу с факторами риска: нутриенты, гиподинамия, чрезмерное потребление соли.

С целью вторичной профилактики необходимо наладить постоянную групповую или индивидуальную работу с родственниками пациентов по развитию у них верных представлений о заболевании, правилах ухода и наблюдения, взаимодействия с пациентом, участия в лечебном процессе, преодоления конфликтов и кризисов взаимоотношений.

Согласно имеющимся данным, в 2021 году на одного жителя столицы среднее число посещений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по поводу заболеваний составляла 5,4, а с профилактической целью – 3,2.

С учетом сказанного, в современных условиях все большую актуальность приобретает развитие здоровьесберегающих технологий, в реализации которых особая роль принадлежит ВОП/СВ и врачам-терапевтам участковым.

#### **4.4. Медицинская активность пациентов с БСК и их семей**

Несомненно, на течение и исходы БСК существенно влияет помимо качества медицинской помощи отношение человека к здоровью, его индивидуальная медицинская активность.

Исследованием было установлено, что почти все (95,8%) сообщили, что наблюдаются и получают различные лечебные и реабилитационные услуги в медицинских организациях: кардиологическом диспансер (30,2%), клинко-диагностическом центре (15,1%), поликлиниках по месту жительства (55,4%) и частных медицинских центрах (12,6%).

Своевременное обращение к врачу - важнейший критерий медицинской активности больных. От нее часто зависят исход и стоимость лечения. На вопрос «Наблюдаетесь ли Вы у врача по поводу болезни системы кровообращения?» 81,9% респондентов ответили положительно («регулярно» - 28,9%, «не регулярно» - 53,0%).

Подавляющее большинство (90,5%) респондентов сообщили, что их лечащий врач дает им рекомендации в связи с БСК. Частота различных



врачебных рекомендаций на 100 ответивших представлена в таблице 4.12.

Таблица 4.12. – Частота различных врачебных рекомендаций пациентам с БСК (на 100 ответивших)

Рекомендации по:	на 100 ответивших
двигательной активности	96,0
организации самонаблюдения за артериальным давлением	100,0
организации самонаблюдения за уровнем сахара в крови	97,7
поведению при стрессовых ситуациях и их предотвращению	85,6
отказу от вредных привычек	92,5
ограничению употребления сахара	92,0
ограничению употребления соли	94,8
рациональному питанию	93,7

На следующем рисунке представлены результаты ответов о соблюдении пациентами БСК врачебных рекомендаций (рис. 4.5). 88,3% респондентов сообщили, что соблюдают рекомендации врачей в отношении ССЗ (да – 23,4%, частично – 64,9%).

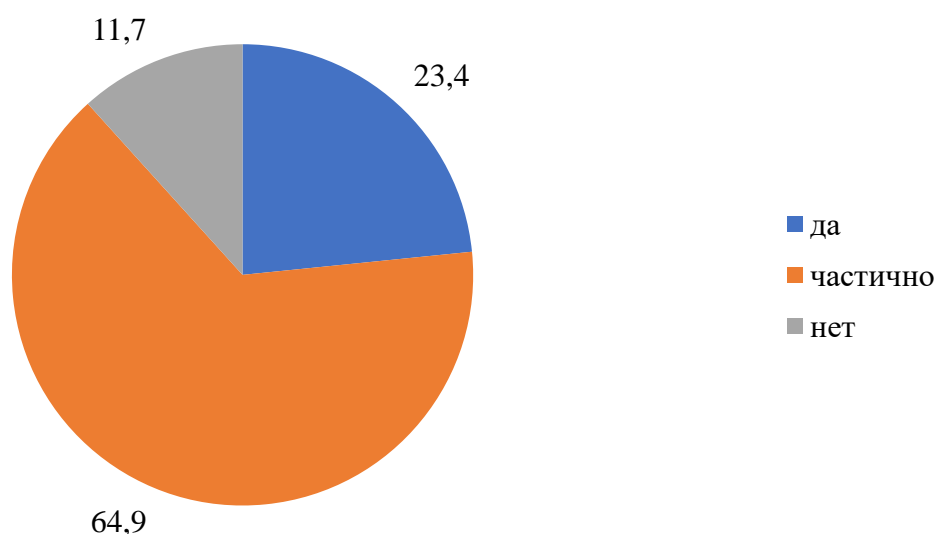


Рисунок 4.5.- Результаты ответов о соблюдении пациентами с БСК врачебных рекомендаций (%)

Представленная структура частоты выполнения различных врачебных рекомендаций демонстрирует недостаточно высокий их уровень – чуть более половины респондентов ответили положительно (табл. 4.13).

Таблица 4.13. – Частота выполнения различных врачебных рекомендаций

пациентам с БСК (на 100 ответивших)

Вопрос	на 100 ответивших
Соблюдаете ли Вы график посещения врача по поводу диспансерного наблюдения?	37,8
Посещаете ли Вы лечащего врача с профилактической целью?	41,9
Обсуждаете ли Вы вопросы своего здоровья с врачами различных специальностей?	54,6
Замеряете ли Вы свой пульс во время физических нагрузок?	40,5
Используете ли Вы специальные техники, чтобы контролировать стресс?	25,4
Стараетесь ли Вы сбалансировать время между работой и отдыхом?	55,2

Так, чаще всего пациенты с БСК старались сбалансировать время между работой и отдыхом (55,2 на 100 ответивших) и консультировались с врачами различных специальностей (54,6). Недопустимо редко соблюдали график посещения врача по поводу диспансерного наблюдения (в 37,8) и использовали специальные техники для контроля стресс (в 25,4).

Кроме этого, только 41,9% пациентов БСК обращались к лечащему врачу в рамках профилактического приема. Выявлено, что 43,6% из этого количества посещали врача несколько раз в месяц, 37,5% - 1-2 раза в год, оставшиеся - реже.

Представляет интерес частота обращения пациентов за скорой медицинской помощью по поводу БСК. Результаты опроса показали, что данным видом медицинской помощи пользовались 61,5% респондентов. Среди них 34% ответивших прибегали к ней несколько раз в месяц, 27,5% - 1-2 раза в год, а остальная часть - реже.

Также проводилось установление частоты оказания стационарной медицинской помощи наблюдаемым пациентам с БСК. Большинство (73,3%) респондентов сообщили, что получали указанный вид помощи с различной частотой. Довольно часто (2-4 раза в полгода) госпитализировались по поводу БСК 27% пациентов. Основная часть (55%) получала стационарное лечение 1 раз в год и реже (рис. 4.6).

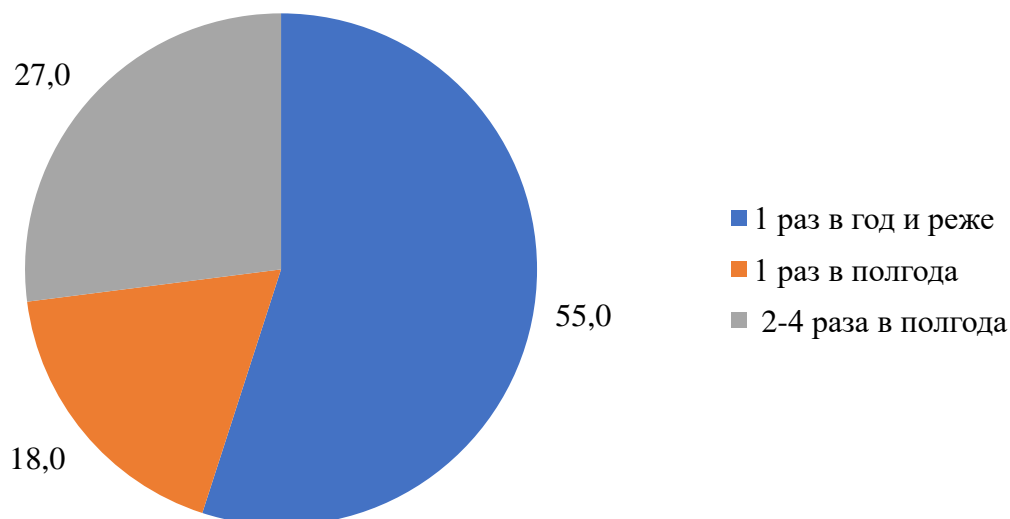


Рисунок 4.6.- Частота госпитализаций пациентов с БСК (%)

Современная потребность в эффективности методов самоконтроля состояния ССЗ имеет возрастающую динамику. Одной из действенных форм дневниковых техник является дневник самонаблюдения. Он отвечает на задачи лечения, позволяет сохранить полезные данные врачам различной специализации. Это дает возможность объективно оценить лечение и повысить приверженность пациентов терапии.

Яркий пример - необходимость регулярного измерения АД. Своевременная регистрация колебаний данного показателя гемодинамики предоставляет возможность как можно раньше обратиться к врачу для решения вопроса о корректировке лечения. Спокойная обстановка и возможность измерений в одинаковое время суток делает результаты более точными. Появляется возможность отследить причины, влияющие на колебание АД в течение дня, недели и других периодов времени. Все это в совокупности дает шанс повлиять на риск сердечно-сосудистых осложнений.

Выявлено, что 86,1% ответивших пациентов с БСК вели дневники самонаблюдения: 68,7 на 100 опрошенных отмечали в них показатели АД, 46-уровень гликемии и 33,6 –массу тела.

Важно, что лишь 27,8% пациентов сообщили о выполнении специальной программы физических упражнений по назначению врача, только 17,4% были

посетителями школ здоровья. По мнению 62,4% респондентов создание школ для хронических больных и членов их семей необходимо.

Только одна треть (33%) респондентов ответили о получении различных видов помощи: пенсии – 72,6%, выплаты – 15,5%, льготы – 6% и путевка в санаторий – 4,8%.

Мнение пациентов БСК о психологическом климате в семье представлено на рисунке 4.7.

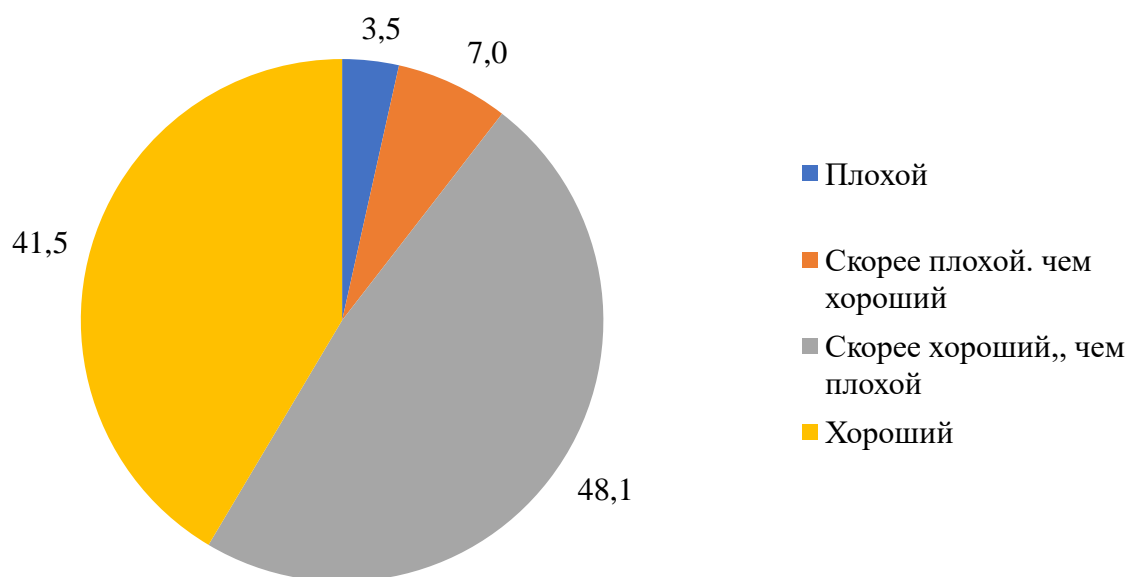


Рисунок 4.7.- Мнение пациентов с БСК о психологическом климате в семье (в %)

Сравнительный анализ медицинской активности показал, что по ряду позиций она была связана с возрастом респондентов. Это было актуально для соблюдения графика диспансерного наблюдения – лица трудоспособного возраста достоверно реже его придерживались (в 26,8% против 48,6% случаев,  $p < 0,05$ ) (табл. 4.14). Подобная ситуация наблюдалась для частоты консультаций врачей других специальностей – 49,0% против 60,6% соответственно,  $p < 0,05$ . При этом в данной возрастной группе чаще выполняли измерение пульса при физических нагрузках (в 46,9% против 33,8% случаев,  $p < 0,05$ ) и применяли индивидуальные техники профилактики и контроля стресса (в 30,9% против 19,7% случаев,  $p < 0,05$ ).

Таблица 4.14. – Медицинская активность при БСК у респондентов различных возрастных групп (в %)

Позиции	Всего	Трудоспособного возраста	Старше трудоспособного возраста
Наблюдаются в медицинских организациях	95,8	94,6	99,5
Наблюдаются по поводу БСК	81,9	79,9	84,5
Соблюдают врачебные рекомендации	88,3	86,6	90,1
Соблюдают график диспансерного наблюдения	37,8	26,8*	48,6
Посещают лечащего врача с профилактической целью	41,9	45,6	38,0
Консультируются врачами других специальностей	54,6	49,0*	60,6
Замеряют пульс при физических нагрузках	40,5	46,9*	33,8
Используют специальные техники контроля стресса	25,4	30,9*	19,7
Балансируют времена между работой и отдыхом	55,2	50,3	58,5
Ведение дневника самонаблюдения	86,1	90,6	85,9
Выполнение специальной программы физических упражнений	27,8	29,5	25,4

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

Достоверные различия медицинской активности в зависимости от пола были реже, они отмечены по двум параметрам - соблюдению графика диспансерного наблюдения и частоте консультаций врачей других специальностей. Выявлено, что женщины были активнее мужчин – соответственно в 41,4% против 33,6% наблюдений ( $p < 0,05$ ) и в 48,3% против 35,6% наблюдений ( $p < 0,05$ ) (табл. 4.15).

Таблица 4.15. – Медицинская активность при БСК у мужчин и женщин (в %)

Позиции	Всего	Мужчины	Женщины
Наблюдаются в медицинских организациях	95,8	95,9	95,9
Наблюдаются по поводу БСК	81,9	80,8	83,4
Соблюдают врачебные рекомендации	88,3	89,7	86,9
Соблюдают график диспансерного наблюдения	37,8	33,6*	41,4
Посещают лечащего врача с профилактической целью	41,9	35,6*	48,3

Консультируются врачами других специальностей	54,6	54,1	55,2
Замеряют пульс при физических нагрузках	40,5	43,2	37,9
Используют специальные техники контроля стресса	25,4	21,9	29,0
Балансируют время между работой и отдыхом	55,2	52,7	55,9
Ведение дневника самонаблюдения	86,1	89,0	87,6
Выполнение специальной программы физических упражнений	27,8	27,4	27,6

\* межгрупповые различия статистически значимы,  $p < 0,05$

\* \* \* \* \*

Осуществленное медико-социологическое исследование позволило определить достаточно высокую медицинскую активность пациентов с БСК и статистически значимые различия по возрасту и полу в отношении некоторых ее позиций.

В результате получена медико-социальная характеристика и выявлены поведенческие особенности пациентов с болезнями системы кровообращения, что позволило определить некоторые важные аспекты в системе организации лечебно-профилактической помощи населению при данной патологии и разработать ряд технологий для различных видов (уровней) ее профилактики.

## **ГЛАВА 5. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕ-СБЕРЕЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ**

### **5.1. Применение на практике врачами общей практики здоровьесберегающих технологий**

Профессиональная деятельность ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых может быть связана со следующими здоровьесберегающими технологиями:

**Защитно-профилактические** – профилактические прививки, обеспечение двигательной активности, витаминизация, организация здорового питания.

**Оздоровительные** – физическая подготовка, физиотерапия, ароматерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия и др.

**Технологии обучения здоровью** – оздоровительные беседы, семинары, лекции, занятия по развитию навыков здоровьесбережения и т.д.

**Социальные** (технологии организации здорового и безопасного образа жизни; профилактики и коррекции девиантного поведения).

**Психологические** (технологии профилактики и психокоррекции).

Следует подчеркнуть, что существующие технологии здоровьесбережения носят в основном индивидуальный характер и не ориентированы на семью в целом.

С учетом полученных результатов исследования в современных условиях приоритетными направлениями развития здоровьесберегающих технологий при работе с хроническими больными и их семьями являются следующие.

I. Внедрение во врачебную практику инновационных подходов (включая различные телефонные приложения, долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением, скрининговые технологии и

цифровизацию диспансеризации) к реализации различных здоровьесберегающих технологий на семейном уровне.

II. Повышение медицинской активности (ответственности за здоровье) хронически больных пациентов и их семей.

Важное значение при этом имеет формирование инфраструктуры единого профилактического пространства муниципалитетов на основе семейно-ориентированного подхода к объектам профилактической направленности.

На вопрос «Из каких источников можно получать информацию о технологиях здоровьесбережения?» большинство назвали семинары и конференции (65,9 на 100 ответивших), профессиональные издания (57,7), курсы повышения квалификации и послевузовского образования (55,8). Многие с этой целью использовали СМИ (49,5) и социальные сети (33,8).

Знания о здоровьесберегающих технологиях ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых респонденты оценили в среднем на  $5,2 \pm 4,1$  балла по 10-балльной шкале. При этом более одной трети из них (35,6%) оценили в 10 баллов (рис. 5.1).

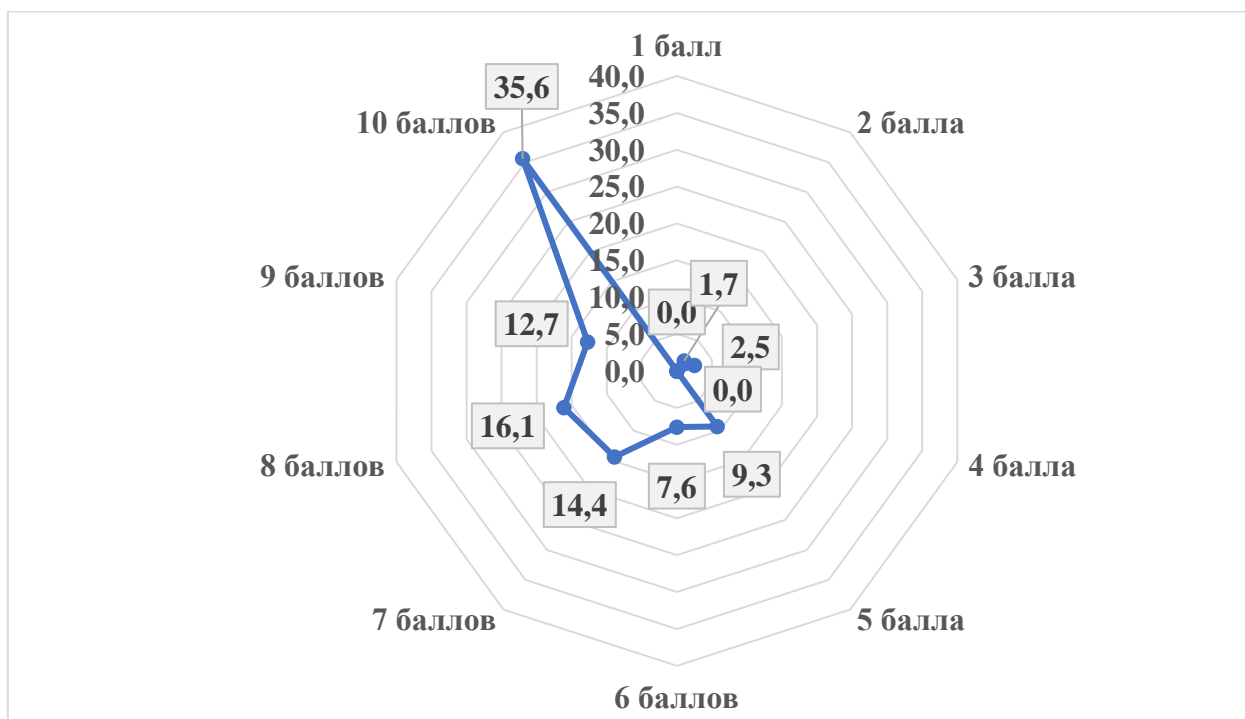


Рисунок 5.1.- Оценка знаний о здоровьесберегающих технологиях ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых (в %)



Изучалось мнение врачей об использовании здоровьесберегающих технологий в работе с пациентами в их медицинской организации. Подавляющее большинство респондентов сообщили, что в медицинской организации используются защитно-профилактические, оздоровительные технологии и технологии обучения здоровью. Наиболее часто назывались вакцинопрофилактика (85,5 на 100 ответивших), двигательная активность (84,7) и здоровое питание (85,5) (табл. 5.1). Следует отметить, что меньше внимания уделялось рекомендациям по закаливанию (62,6) и занятиям по развитию навыков здоровьесбережения (62,6).

Таблица 5.1.– Мнение врачей об использовании здоровьесберегающих технологий в работе с пациентами в их медицинской организации (на 100 ответивших)

Виды технологий	Технологии	На 100 ответивших
Медицинские (защитно-профилактические и др.)	Вакцинопрофилактика	85,5
	Двигательная активность	84,7
	Витаминозация	77,1
	Здоровое питание	85,5
Оздоровительные	Лечебная физкультура	74,0
	Физиотерапия	72,5
	Ароматерапия	59,5
	Закаливание	62,6
	Гимнастика	69,5
	Массаж	68,7
	Фитотерапия	62,6
	Офтальмотренажеры	55,7
Обучение здоровью	Другое	53,4
	Беседы	76,3
	Занятия по развитию навыков здоровьесбережения	62,6
	Лекции	63,4

На вопрос «Какие технологии здоровьесбережения были внедрены в Вашей медицинской организации за последние 2-3 года?» ответили 56,5% респондентов. В основном это были школы здоровья – 51 на 100 ответивших (из них 19,6 школы сахарного диабета). В некоторых медицинских организациях были внедрены скрининговые технологии (22,1) и

цифровизация диспансеризации (14,3).

В результате исследования было установлено, что, по мнению врачей, в их медицинской организации почти всегда, когда это необходимо, использовались в работе с пациентами различные рекомендации по ЗОЖ. В первую очередь, это касалось организации самонаблюдения за АД (98,5%), за уровнем сахара в крови (95,2%), по отказу от вредных привычек (94,6%) по ограничению употребления сахара и сахаросодержащих продуктов (93,9%) (табл. 5.2). Вместе с этим меньше уделялось внимания рекомендациям по поведению в стрессовых ситуациях и их предотвращению (78,7). Все указанные показатели статистически значимо отличались от отрицательных результатов ( $p < 0,05$ ).

При оценке условий оказания медицинской помощи пациентам в их медицинской организации респонденты сообщили о крайне редком соблюдении пациентами графика диспансерного наблюдения (7,6%) и посещениях ими ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых с профилактической целью (40,2%) (табл. 5.3).

Таблица 5.2. – Мнение врачей об использовании различных рекомендаций в работе с пациентами в их медицинской организации (в %)

Виды рекомендаций	Варианты ответов		
	всегда, когда это необходимо	не всегда	не используется
По рациональному питанию	90,1*	9,1	0,8
По ограничению употребления сахара и сахаросодержащих продуктов	93,9*	5,3	0,8
По ограничению употребления соли	92,4*	7,6	0,0
По двигательной активности	92,4*	7,6	0,0
По отказу от вредных привычек	94,6*	5,4	0,0
По поведению в стрессовых ситуациях и их предотвращению	78,7*	20,5	0,8
По организации самонаблюдения за артериальным давлением	98,5*	1,5	0,0
По организации самонаблюдения за уровнем сахара в крови	95,2*	4,8	0,0

\* статистически значимое различие с отрицательными ответами,  $p < 0,05$

Таблица 5.3. – Мнение врачей о соблюдении ряда условий при оказании медицинской помощи пациентам в их медицинской организации (в %)

Виды условий	Варианты ответов		
	всегда	не всегда	нет
О соблюдении пациентами графика диспансерного наблюдения	7,6*	80,2	12,2
О посещении пациентами ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых с профилактической целью	40,2*	55,9	3,9
О консультации ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых с врачами других специальностей по поводу своих пациентов	76,0*	21,7	2,3

\* статистически значимое различие с отрицательными ответами,  $p < 0,05$

Установлено, что ВОП/СВ и врачи-терапевты участковые в 76,0% случаев по поводу своих пациентов консультировались с врачами других специальностей.

На вопрос «Считаете ли вы, что наличие у пациента хронического заболевания способствует ухудшению психологического климата в семье?» «да» ответили 77,9% респондентов, «нет» - 6,9% и «затрудняюсь ответить» - 13,7%. Всегда учитывали при работе с пациентами характер отношений в семье 32,1% врачей, иногда - 48,9% и как правило не учитывали 16,0%.

Мнение врачей о виде помощи, необходимой семье с больным хроническим неинфекционным заболеванием представлено в таблице 5.4. По результатам опроса оказалось, что наиболее востребованными по убыванию могут быть помощь психологического характера (84,2 на 100 ответивших), социальная (66,4) и медицинская (52,7) помощь. О необходимости юридической и экономической помощи сообщили только около четверти респондентов.

Важно отметить, что считали необходимым создание школ здоровья для хронических больных 94%, а для членов их семей - 82,4% врачей.

Подавляющее большинство респондентов хотели бы в программах обучения при подготовке врачей на курсах повышения квалификации иметь

разделы, посвященные нормативным документам по оказанию медицинской помощи (77,9 на 100 ответивших), юридическим основам деятельности и ответственности врача (74,0), по вопросам здоровьесбережения пациентов и членов их семей (71,8) (табл. 5.5). Менее опрошенных врачей интересовали вопросы развития навыков общения с родственниками больного и права пациентов при получении медицинской помощи.

Таблица 5.4. – Мнение врачей о виде помощи, необходимой семье с больным хроническим неинфекционным заболеванием (на 100 ответивших)

Виды помощи	на 100 ответивших
Медицинская	52,7
Социальная	66,4
Юридическая	22,1
Психологическая	84,0
Экономическая	29,8

Таблица 5.5. – Мнение врачей о необходимых разделах при подготовке врачей на курсах повышения квалификации (на 100 ответивших)

Разделы программы обучения	на 100 ответивших
По вопросам здоровьесбережения пациентов и членов их семей	71,8
Нормативные документы по оказанию медицинской помощи	77,9
Права пациентов при получении медицинской помощи	52,7
Юридические основы деятельности и ответственности врача	74,0
Вопросы стандартизации деятельности врача	55,7
Правила оформления медицинской документации	61,1
Развитие навыков общения с пациентом	63,4
Развитие навыков общения с родственниками больного	51,1

Таким образом, при социологическом опросе было установлено мнение врачей, работающих в медицинских организациях амбулаторного типа, по вопросам здоровьесбережения. Подавляющее большинство респондентов сообщили, что в их медицинской организации используются медицинские и защитно-профилактические, а также оздоровительные технологии и технологии обучения здоровью. Изучено мнение врачей о виде помощи, которая требуется семьям с больным хроническим неинфекционным

заболеванием, и о необходимых разделах в программах обучения при подготовке врачей на курсах повышения квалификации.

Полученные результаты позволяют разработать комплекс научно-обоснованных мероприятий по внедрению здоровьесберегающих технологий в профессиональную деятельность врачей.

## **5.2. Лечебно-профилактическая направленность здоровьесбережения хронических больных и членов их семей**

Институт семьи в современном мире призван решать медико-социальные проблемы общества, в том числе формировать и поддерживать здоровый образ жизни. При консультировании семей необходимо добиваться максимальной реализации их профилактического потенциала. Важно соблюдать дифференцировку рекомендаций для членов семьи различного уровня образования и образа жизни.

ВОП/СВ и врачам-терапевтам участковым необходимо учитывать, что одно заболевание может стимулировать развитие и прогрессирование другого или других патологических состояний, для которых оно выступает медико-биологическим фактором риска. Каждый поведенческий фактор риска неинфекционного заболевания, который относится к категории основных, имеет предикторный потенциал для любого неинфекционного заболевания у всех членов семьи, обладающих данным фактором. Это делает еще более актуальными профилактику среди всех членов семьи и учет общесемейного фактора риска. В особенности это касается факторов, которые рассматриваются в данной работе.

Семья и семейные отношения оказывают серьезное влияние на жизнь человека. Особенности психологических отношений в семье воздействуют на соматическое и психическое здоровье своих членов. Семья может формировать определённые поведенческие паттерны, которые будут способствовать возникновению невротических и психосоматических расстройств.

Перед врачами стоит важная задача по оценке вероятности неблагоприятного исхода (появление нового случая заболевания) в семье в целом в условиях воздействия на всех членов семьи одних и тех же семейных факторов риска. Сотрудникам лечебных учреждений нужно способствовать развитию благоприятного исхода (профилактика заболевания), мобилизовать профилактический потенциал каждого гражданина и семьи. Необходим учет взаимодействия разных факторов риска и изучение условий (среды) для их реализации в конкретной семье.

Возникает логическая цепочка (рис. 5.2): прогноз заболевания - отслеживание факторов риска его развития - управление рисками - профилактика перехода заболевания в неблагоприятный исход (тяжелые формы, инвалидность, смерть), что оказывает неблагоприятное влияние на семью из-за возможности преждевременного перехода ее жизненного цикла к исчезновению семьи.

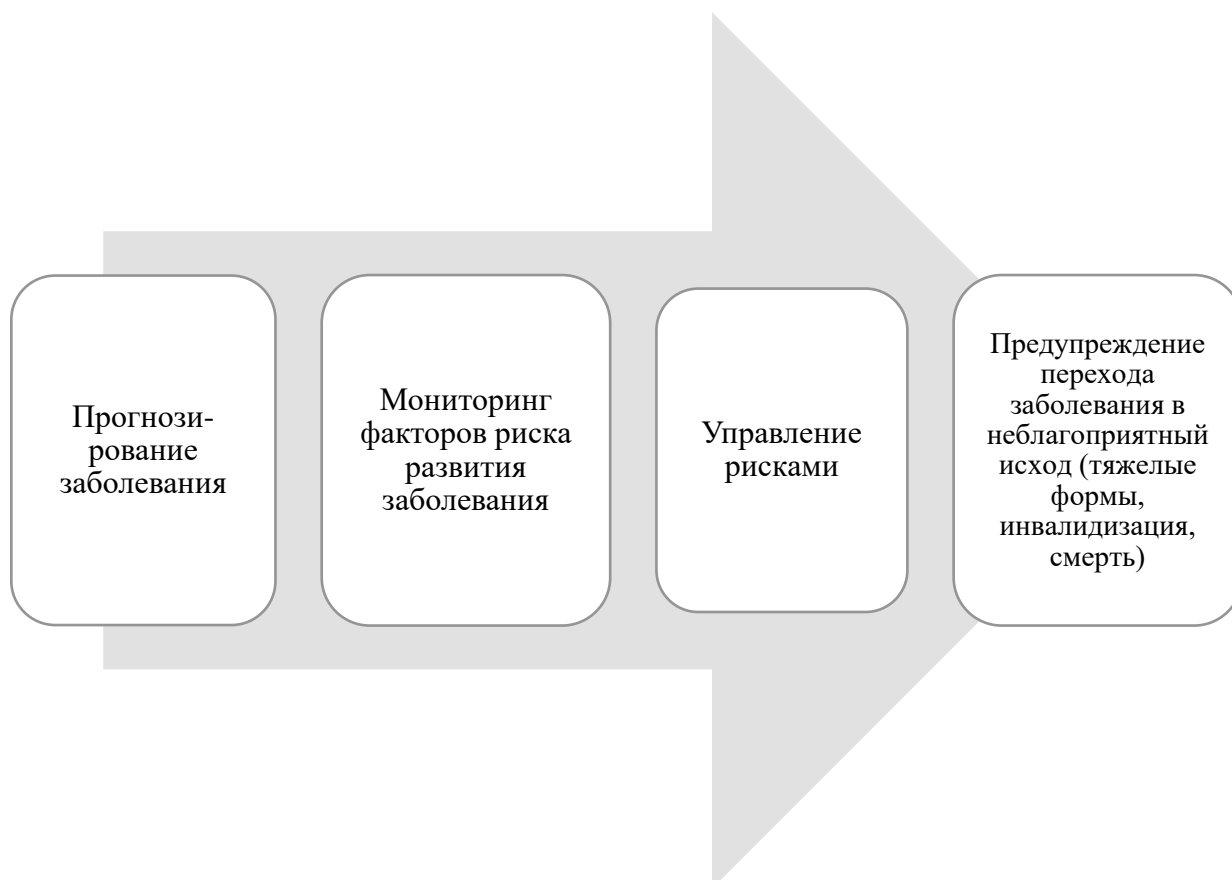


Рисунок 5.2.- Последовательность работы врача на семейном уровне по предупреждению возникновения и прогрессирования заболевания

Результаты ответов пациентов на вопрос «Способствовало ли наличие хронического заболевания ухудшению психологического климата в семье?» показали, что ответили «да» 11,1% респондентов и затруднились ответить – 19,8%.

Этапы работы ВОП/СВ и смежных специалистов с пациентом и его семьей могут быть представлены следующим образом (рис. 5.3).

Важно формировать у пациентов правильное отношение к болезни, обучать их распознаванию начальных проявлений приступа или обострения. Это необходимо для своевременного обращения к врачу при возникновении рецидивов.

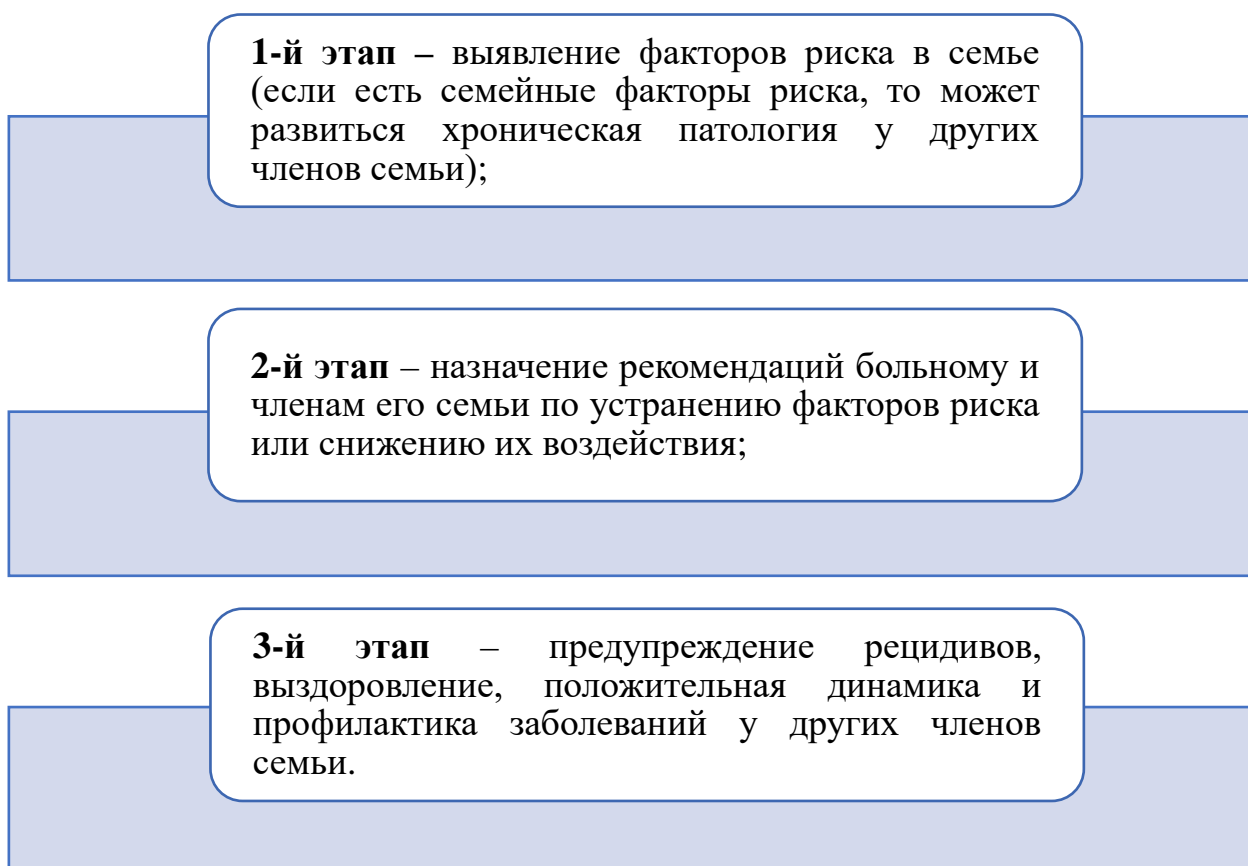


Рисунок 5.3.- Этапы работы врачей с больным и членами его семьи

ВОП/СВ и врачам-терапевтам участковым рекомендуется внедрять в практику работы инновационные формы информационно-консультативного обеспечения пациентов, а также долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением.

Актуальна задача повышения лечебного, профилактического, реабилитационного семейного потенциала. Требуется увеличение семейной медицинской активности и формирование семейной профилактической среды. Разработка и внедрение в медицинскую практику эффективных форм работы с семьей при сохранении целевых направлений ее здоровьесбережения необходимы. Это актуально для семей пациентов с гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом и другими формами хронической неинфекционной патологии.

Рекомендации в области здоровьесбережения должны отвечать требованиям дифференцированности относительно образовательного уровня, образа жизни, медицинской активности членов семьи. Нужен учет сложившейся в семье иерархии жизненных ценностей [8].

Согласно полученным нами данным, в 38,2% случаев были курящие в семейном окружении больных. Кроме того, 15,7% респондентов указали, что в их семье принято регулярно употреблять спиртные напитки.

Уровень образования человека и его осведомленность в медицинских вопросах существенно влияют на соблюдение медицинских рекомендаций, поведение в условиях болезни и проведения мероприятий по профилактике.

Манифестация заболевания БСК связана с множеством симптомов, что мешает верно определиться с диагнозом в отсутствие дополнительных обследований. Часто это влечет за собой недооценку своего состояния больным и развитию прогрессирующих форм заболевания к моменту обращения к врачу.

Родственники не всегда бывают внимательны к состоянию здоровья своих близких, контролируют выполнение назначений специалистов во время диспансеризации, проявляют слабую активность при взаимодействии с медицинскими работниками по вопросам лечения и профилактики.

Следует отметить, что опрошенные участники данного исследования, в основной массе (в 81,3%) обсуждали в семье вопросы здоровья, 38,1% из них делали это всегда, 43,3% - лишь иногда. Почти все (95,9%) лица, принявшие



участие в социологическом опросе, считали, что их семье необходимы различные виды помощи. Наибольшая потребность была в медицинской помощи (51,6 на 100 ответивших), второе место занимала социальная (31,9) и третья – экономическая (29,0) помощь. Менее востребованными оказались психологическая и юридическая помощь (рис. 5.4).

Однако, в ответах на вопрос «В каких знаниях Вы нуждаетесь?» на первом месте была потребность в правовых знаниях (50,7% на 100 ответивших), на втором – в медицинских знаниях (48,1) и затем – в психологических знаниях (25,2%). В целом нуждались в различных знаниях 95,4% опрошенных.

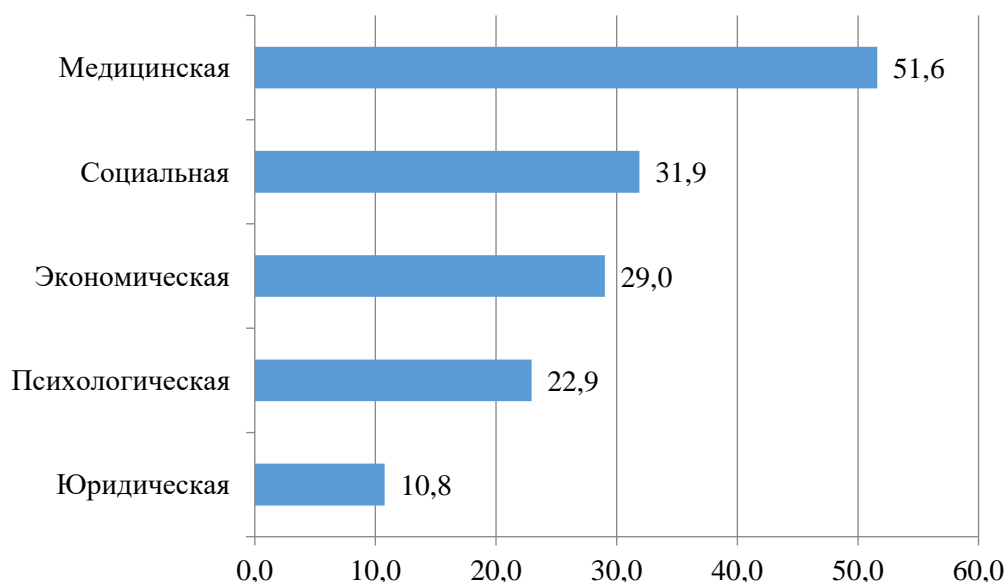


Рисунок 5.4.- Мнение пациентов с БСК о потребности в различных видах помощи их семье (на 100 ответивших)

Как одно из направлений здоровьесбережения семьи необходимо рассматривать ведение групповой и индивидуальной работы с семьями (родными) пациентов для выработки у них верных представлений о заболевании, принципах ухода и наблюдения, корректного взаимодействия с больным, участия в лечебном процессе, регуляции конфликтов и кризисов. Важно разработать механизм контроля знаний, умений и навыков

использования семьями разного типа здоровьесберегающих технологий и своевременной их коррекции. Все более распространенными становятся технологии долгосрочного самонаблюдения с использованием дистанционного сопровождения.

В настоящее время получает всё большее развитие родственное или неформальное обслуживание хронических больных и инвалидов. Поэтому целесообразно, исходя из положений вторичной профилактики, создавать «Школы для семей хронически больных». По всей видимости, нужно привлекать семьи пациентов с целью обмена опытом успешной борьбы с болезнью. Планируется к рассмотрению вопрос о возможности разработки таких школ в электронном варианте, в том числе элективных школ, и научном обосновании критериев эффективности их работы. Необходимо спроектировать рекомендации по осуществлению обратной связи на сайтах лечебно-профилактических учреждений, в том числе с применением социологических опросов.

Требует внимания реализация профилактических возможностей семьи. Пристальный контроль необходим семьям с социально-гигиеническими и медико-биологическими факторами риска. Нужно учесть, что наличие одной болезни в семье может привести к развитию и прогрессированию других. Отсюда профилактические мероприятия нужно проводить для всех членов семьи.

Вместе с тем необходимо увеличение профилактического семейного потенциала. Повышения требует медицинская активность семьи, только так можно создать семейную профилактическую среду. Нельзя забывать о возможном наличии в семье антипрофилактической среды, включая вредные привычки, нездоровое питание, невыполнение врачебных рекомендаций, частые стрессовые ситуации. Это важно учитывать с позиции предупреждения рецидивов.

В таблице 5.6 отражено содержание этапов профилактической работы в семьях, где есть хронический больной.

Таблица 5.6.- Содержание этапов профилактической работы в семьях

Этапы	Содержание этапов
Первый	Выявление факторов риска в семье
Второй	Рекомендации пациенту и его семье по ликвидации факторов риска или снижению их воздействия
Третий	Проведение мероприятий по улучшению состояния здоровья больных с хронической патологией
Четвертый	Контроль за динамикой состояния здоровья лиц, имеющих ХНИЗ, в процессе реализации разработанного комплекса мероприятий

Нужно широко применять меры по информационной поддержке для семей. Необходимо развитие у каждого входящего в ее состав способности к критическому анализу разных ситуаций и самоанализу, навыков регуляции своего поведения в условиях стресса.

Важно работать в тесном контакте с отделением профилактики в поликлинике. Необходимо учитывать изменение тенденций во взаимоотношениях врач – пациент. Сейчас вместо патерналистической модели преобладающей становится партнёрская модель (пациентоориентированная). Нужно соблюдать дифференцированность рекомендаций по уровню образования и особенностям образа жизни членов семьи, их ценностных установок и места в них медицинской активности.

Есть необходимость создания «Школы для здоровых». Существует возможность создания электронных школ. В то же время нужно отладить обратную связь на сайтах лечебно-профилактических учреждений. С этой целью выяснить желания населения и представить как предложение школы по выбору. Требуется проектирование тем занятий; определение ключевых навыков и умений для формирования у членов семей. Критерии эффективности работы таких школ нуждаются в научном обосновании.

Включение пациентов в групповые программы расценивается как одно из основных психосоциальных мероприятий. Так можно реализовать цель по

развитию у них верного отношения к заболеванию, обучению их самодиагностике стартовых симптомов приступа и обострения.

В приоритете находится задача по созданию и поддержанию семейной психотерапевтической среды. В семье каждого больного нужно учесть имеющиеся конфликты, которые провоцируют обострение хронического заболевания, и неблагоприятное воздействие, оказываемое пациентом, преимущественно в период обострения, на остальных членов семьи.

Необходимо подчеркнуть, что применение технологий здоровьесбережения актуально не только с позиций первичной, но и на уровне вторичной профилактики заболеваний. При этом эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления. Этот вид профилактики направлен на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Врачам следует обратить внимание на то, что пациентам нужно реализовать самонаблюдение в течение длительного времени. С этой целью в доме должен быть тонометр, глюкометр, весы, термометр и др. Нужно стремиться применять такие платформы наблюдения за больными, где они самостоятельно могут оценивать показатели своего здоровья (в качестве примера: ведение дневника измерения давления больными АГ).

При проведении мероприятий по профилактике БСК и других ХНИЗ, в том числе вторичной, среди населения г. Москвы нужно учесть особенности условий проживания в мегаполисе, в том числе постоянный шум, стресс, гиподинамия, большое количество заведений быстрого питания, продолжительное пребывание в закрытых помещениях.

К деятельности по осуществлению стратегии формирования единого пространства профилактики кроме учреждений и органов здравоохранения, образования, физической культуры и спорта следует широко привлекать

общественные организации, работников СМИ и рекламы, а также волонтеров. При формировании инфраструктуры единого профилактического пространства в городской среде следует также применять семейно-ориентированный подход, который включает проектирование семейных объектов здоровьесбережения (в том числе, семейных центров здоровья, точек здорового питания, Школ здоровья семьи и др.).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно данным литературы, профилактика и лечение ХНИЗ, в частности наиболее распространенных среди них БСК, с активным участием семьи остаются весьма актуальными. Однако, следует отметить, что использование семейного подхода для решения данной проблемы является недостаточно изученным. В связи с этим целью представленной диссертационной работы явилось научное обоснование мер по совершенствованию лечебно-профилактической помощи пациентам с БСК на основе использования семейно-ориентированных здоровьесберегающих технологий.

В результате научного обоснования целевой направленности формирования профилактической среды в городе Москве определена профилактика ХНИЗ, в том числе таких ее нозологических форм как ишемическая болезнь сердца, АГ, злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа, церебральные нарушения, что совпадает с целевой направленностью мирового и отечественного здоровьесбережения.

В г. Москве до пандемии COVID-19 была характерна стагнация показателей первичной и общей заболеваемости, а также общей смертности от БСК. В первый год пандемии отмечалось снижение заболеваемости за счет вынужденного ограничения обращаемости и рост смертности, уровень которых не вернулся к исходному и в последующий год. В настоящее время БСК занимают первое место в структуре смертности от всех причин, составляя более половины среди них.

Согласно имеющимся данным, среди прошедших диспансерное обследование в 2019 году жителей ВАО столицы люди с повышенной массой тела (анормальная прибавка массы тела) составляют около 20,5% общего количества обследованных. Нерациональное питание (нарушения диеты и вредные привычки в питании) зарегистрировано в 24,8% наблюдений. Аналогичная обстановка по признаку нерационального питания выявлена в ЮВАО, которое было характерно для 23,7% обследованных. Есть

вероятность, что данная тенденция может свидетельствовать о недостаточном уровне информированности населения о принципах рационального питания.

В двух административных округах количество женщин, имеющих избыточную массу тела, оказалось в ЮВАО в полтора раза больше числа таковых в группе мужчин. Показатели заболеваемости в отношении данных нозологий имеют прямую корреляцию с выявлением у пациентов факторов риска.

Доля населения, склонного к гиподинамии, в ВАО и ЮВАО по данным диспансеризации 2019 года равна 24,7%, 24,1% соответственно.

Кроме того, в изучаемых округах отсутствуют такие важные объекты профилактической среды, как центры межведомственной координации и контроля благополучия профилактического пространства, центры контроля состояния медицинских факторов риска развития ХНИЗ. Отсутствие указанных объектов обуславливает отсутствие полного технологического цикла здоровьесбережения населения в ВАО и ЮВАО города Москвы.

Когда формируется инфраструктура единого пространства профилактики в городской среде, целесообразно применять семейно-ориентированный подход, который включает проектирование семейных объектов здоровьесбережения (в том числе, семейных центров здоровья, точек здорового питания, Школ здоровья семьи и др.). К деятельности по осуществлению стратегии формирования единого пространства профилактики кроме учреждений и органов здравоохранения, образования, физической культуры и спорта следует широко привлекать общественные организации, работников СМИ и рекламы, а также волонтеров.

Необходимо подчеркнуть, что применение технологий здоровьесбережения актуально не только с позиций первичной, но и на уровне вторичной профилактики заболеваний. При этом эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного

оздоровления. Этот вид профилактики направлен на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Проведенное медико-социологическое исследование позволило определить медицинскую активность пациентов с БСК и статистически значимые различия по возрасту и полу в отношении некоторых ее позиций. Установлено, что у многих опрошенных пациентов регистрировались такие неблагоприятные факторы как неправильный образ жизни, вредные привычки, нерациональное питание, гиподинамия.

Кроме того, только 28,9% пациентов с БСК ответили, что регулярно наблюдаются у врача по поводу болезни системы кровообращения. При этом женщины были активнее мужчин в отношении соблюдения графика диспансерного наблюдения и частоты консультирования с врачами других специальностей. Среди респондентов 62,4% считали необходимым создание школ для хронически больных и членов их семей, однако лишь 17,4% из опрошенных посещали школу пациента с БСК.

С учетом сказанного, в современных условиях все большую актуальность приобретает развитие здоровьесберегающих технологий, в реализации которых особая роль принадлежит ВОП/СВ и врачам-терапевтам участковым.

В результате получена медико-социальная характеристика и выявлены поведенческие особенности пациентов с БСК, что позволило определить некоторые важные аспекты в системе организации лечебно-профилактической помощи населению при данной патологии и разработать подходы к более широкому внедрению здоровьесберегающих технологий при работе ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых с хроническими больными и членами их семей.

При социологическом опросе было установлено мнение врачей, работающих в медицинских организациях амбулаторного типа, по вопросам здоровьесбережения. Большинство опрошенных ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых сообщили, что в их медицинской организации



используются медицинские и защитно-профилактические, а также оздоровительные технологии и технологии обучения здоровью. Изучено мнение врачей о виде помощи, которая требуется семьям с больным хроническим неинфекционным заболеванием, и о необходимых разделах в программах обучения при подготовке врачей на курсах повышения квалификации.

По оценке врачей, в организации почти всегда (в 94,6–98,5% случаев) при работе с пациентами используются рекомендации по здоровому образу жизни, включая организацию самонаблюдения за АД и уровнем сахара в крови, по отказу от вредных привычек, по ограничению употребления сахара и соли. Вместе с этим, значительно меньше внимания уделялось рекомендациям по поведению в стрессовых ситуациях и их предотвращению.

Собственные знания о здоровьесберегающих технологиях респонденты оценили в среднем на 5,2 балла по 10-балльной шкале. При этом среди опрошенных ВОП/СВ и врачей-терапевтов участковых 71,8% хотели, чтобы в программах обучения на курсах повышения квалификации был введен раздел, посвященный вопросам здоровьесбережения пациентов и членов их семей. В меньшей степени врачей интересовали навыки общения с родственниками больного.

Полученные результаты позволяют разработать комплекс научно-обоснованных мероприятий по внедрению здоровьесберегающих технологий в профессиональную деятельность врачей. В частности, ВОП/СВ и врачам-терапевтам участковым рекомендуется внедрять в практику работы инновационные формы информационно-консультативного обеспечения пациентов, а также долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением.

Все более распространенными становятся технологии долгосрочного самонаблюдения с использованием дистанционного сопровождения.

В настоящее время получает всё большее развитие родственное или неформальное обслуживание хронических больных и инвалидов. Поэтому

целесообразно, исходя из положений вторичной профилактики, создавать «Школы для семей хронически больных». По всей видимости, нужно привлекать семьи пациентов с целью обмена опытом успешной борьбы с болезнью. Планируется к рассмотрению вопрос о возможности разработки таких школ в электронном варианте, в том числе элективных школ, и научном обосновании критериев эффективности их работы. Необходимо спроектировать рекомендации по осуществлению обратной связи на сайтах лечебно-профилактических учреждений, в том числе с применением социологических опросов.

Важно разработать механизм контроля знаний, умений и навыков использования семьями разного типа здоровьесберегающих технологий и своевременной их коррекции. Все более распространенными становятся технологии долгосрочного самонаблюдения с использованием дистанционного сопровождения.

Таким образом, приоритетными направлениями развития здоровьесберегающих технологий при работе с хроническими больными и их семьями являются следующие.

I. Внедрение во врачебную практику инновационных подходов (включая различные телефонные приложения, долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением, скрининговые технологии и цифровизацию диспансеризации) к реализации различных здоровьесберегающих технологий на семейном уровне.

II. Повышение медицинской активности (ответственности за здоровье) хронически больных пациентов и их семей.

Следует подчеркнуть важную роль формирования инфраструктуры единого профилактического пространства муниципалитетов на основе семейно-ориентированного подхода к объектам профилактической направленности.

В итоге полученные данные послужили основой для разработки комплекса адресных практических рекомендаций.

## ВЫВОДЫ:

1. С позиции приоритетной целевой профилактической направленности здоровьесбережения населения мегаполиса приоритетными являются хронические неинфекционные заболевания, включая болезни системы кровообращения. В городе Москве, как и в целом по стране, они занимают первое место в структуре смертности от всех причин, составляя немногим более половины среди них.

2. Согласно полученным данным, только 28,9% опрошенных пациентов с болезнями системы кровообращения ответили, что регулярно наблюдаются у врача по поводу данного заболевания. При этом женщины были активнее мужчин в отношении соблюдения графика диспансерного наблюдения и частоты консультирования с врачами других специальностей. Среди респондентов 62,4% считали необходимым создание школ для хронически больных и членов их семей, однако, лишь 17,4% из опрошенных посещали школу пациента с болезнями системы кровообращения.

3. Установлено, что 86,1% опрошенных пациентов с болезнями системы кровообращения вели дневники самонаблюдения: 68,7 на 100 ответивших следили за показателями артериального давления, 46 - за уровнем сахара крови и 33,6 – за массой тела. Установлено, что состоящие в браке мужчины чаще ведут дневники самонаблюдения за показателями артериального давления, за уровнем сахара в крови и массой тела.

4. Большинство опрошенных врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых сообщили, что в медицинских организациях, где они работают, используются в основном защитно-профилактические, оздоровительные технологии и технологии обучения сохранению и укреплению здоровья. По мнению врачей, в организации почти всегда (в 94,6-98,5% случаев) при работе с пациентами используются рекомендации по здоровому образу жизни, включая организацию самонаблюдения за артериальным давлением и уровнем сахара в крови, по отказу от вредных

привычек, по ограничению употребления сахара и соли. Вместе с этим, меньше внимания уделялось рекомендациям по поведению в стрессовых ситуациях и их предотвращению (в 78,7% случаев).

5. Собственные знания о здоровьесберегающих технологиях врачи оценили в среднем на 5,2 балла по 10-балльной шкале. При этом среди опрошенных врачей-терапевтов участковых 71,8% хотели, чтобы в программах обучения на курсах повышения квалификации был введен раздел, посвященный вопросам здоровьесбережения пациентов и членов их семей. В меньшей степени врачей интересовали навыки общения с родственниками больного.

6. Согласно мнению врачей о видах помощи, необходимой семьям с больными хроническими неинфекционными заболеваниями, наиболее востребованными в порядке убывания были помощь психологического характера (84,2 на 100 ответивших), социальная (66,4) и медицинская (52,7). Считали необходимым создание школ здоровья для хронических больных 94,0% респондентов, а для членов их семей - 82,4%.

7. С учетом полученных результатов исследования, в современных условиях приоритетными направлениями развития здоровьесберегающих технологий при работе с хроническими больными и их семьями являются: внедрение во врачебную практику инновационных подходов к реализации различных здоровьесберегающих технологий на семейном уровне и мобилизация лечебно-профилактических возможностей хронически больных пациентов и их семей. Важное значение при этом имеет также формирование инфраструктуры единого профилактического пространства муниципалитетов на основе семейно-ориентированного подхода к объектам профилактической направленности.

8. С целью вторичной профилактики болезней системы кровообращения БСК необходимо наладить постоянную работу с семьями (родственниками) больных по выработке у них правильных представлений о болезни, системе ухода и наблюдения, взаимодействия с больным, участия в обеспечении

терапевтического процесса, коррекции конфликтных отношений и  
преодолении кризисных ситуаций в семьях.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

### **Муниципалитетам города**

1. Строить организацию и координацию работы по реализации стратегии формирования единого профилактического пространства и здоровьесбережения населения на основе межведомственного взаимодействия с привлечением представителей здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, заинтересованными общественными организациями.

2. При формировании инфраструктуры единого профилактического пространства в городской среде обратить особое внимание на проектирование семейных объектов здоровьесбережения, включая семейные центры здоровья, школы здоровья семьи, точки здорового питания и др.

### **Медицинским организациям амбулаторного типа:**

1. Проводить систематическое обучение врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-терапевтов участковых, а также врачей других специальностей, современным медицинским образовательным и социально-психологическим здоровьесберегающим технологиям и активно способствовать их широкому внедрению в практическую деятельность.

2. Наладить тесное взаимодействие с органами и учреждениями образования, физической культуры и спорта, общественными организациями, работниками средств массовой информации и рекламы, а также волонтерами по вопросам реализации соответствующих здоровьесберегающих технологий.

3. Организовывать и развивать медицинские школы (в том числе, электронные) как для хронических больных, так и для членов их семей, с целью формирования у них соответствующих знаний и умений, правильного отношения к болезни, обучения распознавать начальные проявления или обострения заболевания.

4. Развивать электронный формат работы с пациентами, использовать цифровые и телемедицинские технологии, обеспечив обратную связь с обслуживаемым населением на сайте медицинских организаций.

5. Предусмотреть организацию групповых занятий с использованием тренинговых программ по формированию навыков оптимального внутрисемейного взаимодействия, где есть хронический больной. Содержание этих программ может варьировать в зависимости от характеристики медицинской активности членов семей.

**Врачам общей практики (семейным врачам) и врачам-терапевтам  
участковым:**

1. Внедрять в практику работы современные семейно-ориентированные медицинские, образовательные и социально-психологические здоровьесберегающие технологии, включая инновационные формы информационно-консультативного обеспечения пациентов, а также долгосрочное самонаблюдение с дистанционным сопровождением.

2. Активно использовать при оказании лечебно-профилактической помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, входящим в группу риска (не состоящие в браке, лица с частыми стрессами в семье, из семей с низкой медицинской активностью и вредными привычками), образовательные и социально-психологические здоровьесберегающие технологии, включая организацию здорового и безопасного образа жизни, профилактику и коррекцию девиантного поведения, а также выработку стрессоустойчивости.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Медицинская активность и удовлетворение потребности населения в медицинской помощи / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, О.В. Рукодайный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2018. - Т. 26, № 5. - С. 266-270.
2. Абрамов, А.Ю. Организационно-технологический алгоритм первичной специализированной медико-санитарной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.Ю. Абрамов, Р.С. Голощапов-Аксенов, Д.И. Кича, О.В. Рукодайный // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 3. – С. 394-402.
3. Акимов, А. М. Ассоциации параметров стресса на рабочем месте и характера труда у женщин открытой городской популяции / А.М. Акимов, Е.И. Гакова, А.А. Акимова и др. // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2016. - Т. 31, № 4. – С. 76–79.
4. Акимов, А.М. Стресс в семье и социальная поддержка в открытой мужской популяции / А.М. Акимов // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2013. - № 6. – С. 103–105.
5. Акимова, Е.В. Ассоциации высокого уровня враждебности и ишемической болезни сердца в открытой городской популяции среди мужчин 25–64 лет / Е.В. Акимова, М.Ю. Акимов, Е.И. Гакова и др. // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, № 1. - С. 28–31.
6. Акимова, Е.В. Риск сердечно-сосудистой смерти в зависимости от уровней артериального давления у мужчин и женщин Тюмени: результаты 12-летнего проспективного исследования / Е.В. Акимова, Г.С. Пушкарев, В.В. Гафаров и др. // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 3. – С. 70-74.
7. Акимова, Е.В. Стресс в семье — ассоциации с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин открытой городской популяции / Е.В. Акимова, М.Ю. Акимов, Е.И. Гакова и др. // Терапевтический архив. – 2018. - Т. 90, № 1. – С. 31–35.
8. Александрова, О.Ю. Развитие технологий здоровьесбережения: от



индивидуального подхода к семейному / О. Ю. Александрова, О. Е. Коновалов, Т. П. Васильева [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 6. – С. 1470-1474. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1470-1474. – EDN DAQVOP.

9. Алленов, А. М. Востребованность организационных мероприятий по поддержанию здоровья среди жителей города Москвы / А. М. Алленов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 9-10. – С. 78-84.

10. Алленов, А.М. Отношение жителей Москвы к здоровому образу жизни и мероприятиям по поддержанию здоровья / А. М. Алленов, С. Г. Алехин, А. А. Арестова [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 11-12. – С. 76-81.

11. Альбицкий, В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки. Серия «Социальная педиатрия» / В.Ю. Альбицкий. - М., 2012. – Выпуск 16.

12. Андреевко, Е.Ю. Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторно-поликлинической практике: демографические характеристики, факторы риска и приверженность медикаментозному лечению (данные регистра РЕКВАЗА) / Е.Ю. Андреевко, М.М. Лукьянов, С.С. Якушин и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2020. – Т. 16, № 2. – С. 258-265.

13. Баланова, Ю.А. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, В.А. Куценко и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 164-174.

14. Баланова, Ю.А. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2) / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Э. Имаева и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2019. - Т. 15, № 4. - С. 450-466.

15. Баланова, Ю.А. Экономический ущерб от артериальной гипертензии, обусловленный ее вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации / Ю.А.

Баланова, А.В. Концевая, А.О. Мырзаматова и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2020. – Т. 16, № 3. - С. 415-423.

16. Баранова, И.С. Тенденции распространения социально значимых заболеваний в России / И.С. Баранова // Байкал - Родина - Планета: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции, Иркутск, 30–31 октября 2020 года. – Иркутск, 2020. – С. 110-113.

17. Барышникова, А.А. Формирование здорового образа жизни в молодой семье, находящейся в социально-опасном положении (на примере Аусо Ур "комплексный центр социального обслуживания населения Устиновского района города Ижевска") / А.А. Барышникова, О.В. Солодянкина // В сб.: Актуальные проблемы развития государственной молодёжной политики. Сборник научных статей (Материалы Всероссийской научно-практической конференции). - 2018. - С. 95-100.

18. Бастрыгина, В. А. Подходы к интегральной оценке эффективности первичных профилактических мероприятий для принятия управленческих решений / В. А. Бастрыгина, А. В. Сабаев, О. А. Пасечник // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 4. – С. 21-27.

19. Бойцов, С. А. Современное содержание и совершенствование стратегии высокого сердечно-сосудистого риска в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина // Терапевтический архив. – 2021. – Т. 93, № 1. – С. 4-6.

20. Бойцов, С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний / С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2016. – Т. 88, № 1. - 4–10.

21. Бойцов, С.А. Исследование эссе-РФ (эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации). Десять лет спустя / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина, Е.В. Шляхто и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 143-152.

22. Бойцов, С.А. Методические рекомендации для медицинских сестер кабинета больных с хронической сердечной недостаточностью / С.А. Бойцов, Ф.Т.

Агеев, З.Н. Баланкова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 27-54.

23. Бойцов, С.А. Механизмы изменения смертности от ишемической болезни сердца в различных странах / С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16, № 5. – С. 9-20.

24. Бойцов, С.А. Пути решения проблемы статистики сердечной недостаточности в клинической практике / С.А. Бойцов, О.М. Драпкина, О.В. Зайратьянц и др // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 10. – С. 13-19.

25. Бойцов, С.А. Регистр острого инфаркта миокарда. РЕГИОН-ИМ - Российский регистр острого инфаркта миокарда / С.А. Бойцов, Р.М. Шахнович, А.Д. Эрлих и др. // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 6. – С. 41-51.

26. Бойцов, С.А. Смертность населения от различных болезней системы кровообращения в Москве и Санкт-Петербурге в 2015 и 2018 годах / С.А. Бойцов, Е.З. Голухова, О.М. Драпкина и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 1. – С. 73-78.

27. Бойцов, С.А. Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью на амбулаторном этапе / С.А. Бойцов, Ф.Т. Агеев, О.Н. Свирида и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2021. – Т. 28, № 4. – С. 14-24.

28. Бойцов, С.А. Хроническая сердечная недостаточность: эволюция этиологии, распространенности и смертности за последние 20 лет / С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2022. – Т. 94, № 1. – С. 5-8.

29. Болодурина, И.П. Разработка модели управления потоком пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями методами интеллектуального анализа данных / И.П. Болодурина, А.М. Назаров, Д.И. Кича и др. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника. – 2020. – Т. 20, № 2. – С. 105-115.

30. Валеева, А.С. Семья, как условие сохранения и укрепления здоровья ее членов / А.С. Валеева // В сб.: Актуальные вопросы экологии человека: социальные аспекты. Сборник научных статей участников Международной научно-

практической конференции. - 2017. - С. 122-126.

31. Васильева, Т.П. Оценка инновационности технологий здоровьесбережения населения / Т. П. Васильева, А. В. Мелерзанов, А. А. Алмазов [и др.] // Врач и информационные технологии. – 2020. – № 2. – С. 6-20. – DOI 10.37690/1811-0193-2020-2-6-20.

32. Вилков, В.Г. Артериальная гипотензия и дожитие: диагностические критерии в популяциях Российской Федерации и Соединенных штатов Америки / В.Г. Вилков, Ю.А. Баланова, А.В. Капустина и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 5. – С. 26-33.

33. Виноградова, Н.Г. Городской центр лечения хронической сердечной недостаточности: организация работы и эффективность лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью / Н.Г. Виноградова // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 2S. – С. 31–39.

34. Волкова, О.А. Изучение удовлетворенности пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, состоящих на диспансерном наблюдении, доступностью и качеством первичной медико-санитарной помощи / О. А. Волкова, С. С. Бударин, Е. В. Смирнова, Ю. В. Эльбек // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 11-12. – С. 22-30.

35. Воронов, Н.А. Пути формирования имиджа семьи как семьи здорового образа жизни: технологии и механизмы / Н.А. Воронов // Интерактивная наука. - 2018. – Т. 29, № 7. - С. 28-30.

36. Гафиатулина, Н.Х. Социальное здоровье молодой семьи: показатели и уровни оценки / Н.Х. Гафиатулина, А.В. Верещагина, С.И. Самыгин // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. - 2017. - № 8-9. - С. 21-25.

37. Гринуна, О.В. Современные методологические аспекты социально-гигиенических исследований семьи / О.В. Гринуна // Философские и социальные проблемы медико-биологических наук. — М. 1989. — С. 112-127.

38. Гринуна, О.В. Социально-гигиеническая характеристика семей, имеющих детей раннего возраста / О.В. Гринуна, Е.А. Пивень // Бюллетень Научно-

исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. — М. 2003. Вып. 11. — С. 76-79.

39. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. ВОЗ, 2014.- 16 с.

40. Долгалёв, И.В. Влияние артериальной гипертензии, курения и их сочетания на смертность (по результатам 27-летнего когортного проспективного исследования неорганизованной популяции г. Томска) / И.В. Долгалёв, Н.Г. Бразовская, А.Ю. Иванова и др. // Российский кардиологический журнал. – 2019. - № 1. - С. 32-37.

41. Дорофеев, С.Б. Стратегические позиции по формированию здорового образа жизни (социологическая оценка) / С.Б. Дорофеев, Е.А. Бабенко, А.И. Бабенко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 5. - С. 53-54.

42. Драпкина, О.М. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов / О.М. Драпкина, И.В. Самородская, М.А. Старинская и др. – Москва: ООО "Силицея-Полиграф", 2021. – 174 с.

43. Драпкина, О.М. Перспективы разработки и внедрения дистанционного контроля уровня артериального давления пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении / О.М. Драпкина, Д.В. Корсунский, Д.С. Комков, А.М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 14-19.

44. Драпкина, О.М. Социально-экономический ущерб, обусловленный хронической сердечной недостаточностью, в Российской Федерации / О.М. Драпкина, С.А. Бойцов, В.В. Омеляновский и др. // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 6. – С. 81-89.

45. Другова, Е.А. Здоровый образ жизни молодой семьи как один из факторов ее благополучия / Е.А. Другова, Г.В. Ханевская // NovaInfo.ru. 2017.- Т. 1, № 60. - С. 266-270.

46. Дубровина, А.С. Здоровьесберегающие практики в семье: социологический анализ / А.С. Дубровина // Социальные и гуманитарные науки:

теория и практика. - 2020. – Т. 4, № 1. - С. 302-309.

47. Дымова, И.А. Организационно-образовательная программа по формированию и развитию медицинской активности семьи / И.А. Дымова, А.А. Кароян // Пермский медицинский журнал. - 2019. - Т. 36, № 3. - С. 51-60.

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

49. Евстифеева, С. Е. Ассоциируется ли уровень тревоги и депрессии в популяции со смертностью населения? По данным исследования эссе-РФ / С.Е. Евстифеева, С.А. Шальнова, Ю.К. Макарова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 252-261.

50. Евстифеева, С.Е. Возрастные и гендерные характеристики поведенческих факторов риска и приверженности здоровому образу жизни у москвичей / С.Е. Евстифеева, А.В. Капустина, Е.Л. Никонов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19, № 5. С. 220-229.

51. Евстропов, В. М. Современные подходы к методологии профилактики социально значимых заболеваний / В.М. Евстропов, А. . Евстропова, Н.И. Бабердина // Заметки ученого. – 2021. – № 12-1. – С. 87-92.

52. Жданова, Д.Р. Гиподинамия - болезнь 21 века / Д.Р. Жданова, А.А. Рубизова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2019. - Т. 9, № 12. - С. 550-552.

53. Засыпкина, Е.В. Семейно-ориентированный подход в сестринской практике / Е.В. Засыпкина, Т.В. Исаева // Медсестра. – 2017. – № 4. – С. 26-28.

54. Захаров, С.В. Население России 2018: двадцать шестой ежегодный демографический доклад / С.В. Захаров. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. - 352 с.

55. Зубко, А.В. Сопряженные заболевания при смерти от болезней системы кровообращения по данным анализа множественных причин / А.В. Зубко, Т.П. Сабгайда, А.Е. Иванова и др. // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 4. – С. 368-376.

56. Иваненко, А.В. Распространённость и прогностическое значение алиментарных факторов риска среди больных инфарктом миокарда / А.В. Иваненко, Р.С. Голощапов-Аксенов, Д.И. Кича // Гигиена и санитария. - 2019. - Т. 98, № 8. - С. 873-877.

57. Ильинцева, Е.О. Медицинская этика и здоровьесберегающие технологии / Е.О. Ильинцева, Е.В. Ильинцев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2019. - №3-4. - С. 30-37.

58. Имаева, А.Э. Влияние артериального давления на смертность мужчин и женщин среднего и пожилого возраста: когортное исследование / А.Э. Имаева, Ю.А. Баланова, А.В. Капустина и др. // Экология человека. – 2020. - № 9. – С. 49-56.

59. Кавешников, В.С. Отношение к своему здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции / В.С. Кавешников, В.Н. Серебрякова, И.А. Трубачева // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2014. - № 3. – С. 115–122.

60. Кайдалова, С.В. Духовное воспитание в семье как основа здорового образа жизни / С.В. Кайдалова // Евразийский научный журнал. - 2016. - №8. - С. 203-204.

61. Калининская, А.А. Анализ заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и ее региональные особенности / А. А. Калининская, М. Д. Васильев, А. В. Лазарев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 2. – С. 59-67.

62. Карамнова, Н.С. Артериальная гипертензия и характер питания взрослой популяции. Результаты российского эпидемиологического исследования эссе-РФ / Н.С. Карамнова, С.А. Максимов, С.А. Шальнова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19, № 5. – С. 155-162.

63. Карамнова, Н.С. Ассоциации характера питания и абдоминального ожирения во взрослой популяции. Результаты российского эпидемиологического исследования эссе-РФ / Н.С. Карамнова, С.А. Шальнова, А.И. Рытова и др. //

Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26, № 5. – С. 42-50.

64. Карамнова, Н.С. Ассоциированы ли потребление алкогольных напитков и характер питания во взрослой популяции? Результаты российского эпидемиологического исследования эссе-РФ / Н.С. Карамнова, А.И. Рытова, О.Б. Швабская и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 6-18.

65. Каткова, И.П. Общественное здоровье населения России: тенденции и перспективы / коллективная монография / И.П. Каткова, Е.В. Андрюшина, В.И. Катков; под ред. И. П. Катковой. - Учреждение Российской акад. наук, Ин-т социально-экономических проблем народонаселения РАН. Москва, 2011. - 72 с.

66. Каткова, И.П. Преждевременная смертность и ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения в контексте задач национального развития России / И.П. Каткова, С.И. Рыбальченко // Народонаселение. - 2020. - Т. 23, № 4. - С. 83-92.

67. Качкова, О.Е. Оценка региональной системы здравоохранения и обоснование внедрения финансового обеспечения медицинской помощи на принципах фондодержания / О.Е. Качкова, Т.И. Кришталева // Экономические науки. – 2021. – № 195. – С. 161-169.

68. Кича, Д. И. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на уровне семьи: учебно-методическое пособие / Д.И. Кича, А.С. Макарян, О.В. Рукодайнй, Л.В. Максименко. – Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2018. – 84 с.

69. Кича, Д.И. Доказательные основы эффективности систем здравоохранения / Д.И. Кича, А.Ю. Абрамов, О.В. Рукодайнй и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № S5. – С. 87-88.

70. Кича, Д.И. Интегративные подходы к посемейным исследованиям и медицинской практике / Д.И. Кича, А.С. Макарян // В сб.: Трансформации здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование - взгляд в будущее. сборник научных трудов межвузовской научно-практической конференции.



Российский университет дружбы народов. - 2016. - С. 66-69.

71. Кича, Д.И. Методология комплексных социально-гигиенических исследований различных групп населения и семей (памяти профессора О. В. Грипиной) / Д.И. Кича, В.С. Нечаев, С.М. Степанова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - Т. 27, № 3. - С. 328-332.

72. Кича, Д.И. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на уровне семьи / Д.И. Кича, А.С. Макарян, О.В. Рукодаиный // В сб.: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. Сборник научных трудов. Под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2019. - С. 163-167.

73. Кича, Д.И. Семья - пациент в системе первичной медико-санитарной помощи / Д.И. Кича, А.В. Фомина, А.С. Макарян, О.В. Рукодаиный. – Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2020. – 79 с.

74. Кича, Д.И. Совершенствование общей врачебной (семейной) практики и оценки здоровья семьи / Д.И. Кича, Н.В. Стуров, Д.В. Пискунов // Трудный пациент. - 2020. - Т. 18, № 10. - С. 8-11.

75. Кича, Д.И. Сравнительный аспект межстранового изучения опыта организации качества медицинской помощи / Д. И. Кича, Н.С. Брынза, Н.М. Захарченко, М.Э. Шихи Сиди // Вестник последипломного медицинского образования. – 2018. – № 3. – С. 6-9.

76. Ковальжина, Л.С. Концепция «здоровые города» и здоровьесберегающее поведение городского населения: социологический анализ / Л.С. Ковальжина // Урбанистика. - 2020. - № 1. - С. 1-10.

77. Коновалов, О.Е. Внутрисемейное насилие как медико-социальная проблема / О.Е. Коновалов, В.Л. Красненков, Д.С. Петров и др. - М.: РУДН, 2017.

78. Коновалов, О.Е. Медико-демографическая характеристика населения Московской области / О.Е. Коновалов, Ю.В. Линниченко // Тверской медицинский журнал. – 2020. - № 2. – С. 191-195.

79. Коновалов, О.Е. Приоритетные направления формирования и поддержания здорового образа жизни в условиях мегаполиса / О. Е. Коновалов, А.

М. Алленов, Р. В. Горенков [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 421-425. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-3-421-425. – EDN SSPIDC.

80. Коновалов, О.Е. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи и профилактики хронических неинфекционных заболеваний у взрослого населения мегаполиса / О. Е. Коновалов, А. Б. Зудин, М. А. Позднякова [и др.]. – Нижний Новгород : «Издательский салон» ИП Гладкова О.В., 2022. – 156 с. – ISBN 978-5-93530-556-7. – EDN KUPITF.

81. Константинов, В.В. Профиль риска сердечно-сосудистого здоровья и его вклад в выживаемость у мужчин и женщин Москвы в возрасте 35-64 лет / В.В. Константинов, А.Д. Деев, Ю.А. Баланова и др. // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16. - № 1. – С. 3-7.

82. Концевая, А.В. Исследование эссе-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья / А.В. Концевая, С.А. Шальнова, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 224-232.

83. Копылова, Н.Е. Роль семьи в популяризации здорового образа жизни / Н.Е. Копылова, Д.А. Глonti, И.В. Малышева // В сб.: образование и педагогические науки в XXI веке: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей III Международной научно-практической конференции. - 2018. - С. 207-209.

84. Кремнева, В.Н. Гиподинамия как фактор сердечно-сосудистых заболеваний / В.Н. Кремнева, Е.М. Солодовник // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2019. - Т. 8, № 1. - С. 28-32.

85. Кузнецова, П.О. Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России / П.О. Кузнецова // Демографическое обозрение. - 2019. - Т. 6, № 3. - С. 31-57.

86. Лившиц, С.А. Семья, брак и родительство в изменяющемся российском обществе / С.А. Лившиц // Проблемы педагогики. - 2017. – Т. 27, №4. - С. 64-66.

87. Литвина, Г.А. Здоровый образ жизни в семье / Г.А. Литвина, В.Е. Кульчицкий, Е.В. Литвина, А.А. Тютюнникова // Современная научная деятельность: теория и практика: материалы международной научно-практической

конференции. -2018. - С. 87-90.

88. Лоскутов, Д. В. Взаимосвязь смертности населения, обусловленной болезнями системы кровообращения, с потреблением алкогольной продукции / Д. В. Лоскутов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, № 1. – С. 56-63.

89. Лядова, А. В. Особенности формирования взаимоотношений в системе врач-пациент в современных условиях / А.В. Лядова, М.В. Лядова // Социология медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 116-121.

90. Мазурина, Н.В. Ожирение и стресс: эндокринные и социальные аспекты проблемы в современном российском обществе / Н.В. Мазурина, И.В. Лескова, Е.А. Трошина и др. // Ожирение и метаболизм. - 2019. - Т.16, № 4. - С.18-24.

91. Макарян, А.С. Анализ и оценка медико-социальных вызовов хронических неинфекционных заболеваний / А.С. Макарян, Д.И. Кича, А.В. Фомина, Л.В. Максименко // Учебное пособие, Москва - 2017.

92. Максимов, С.А. Влияние региональных особенностей проживания на среднесрочные сердечно-сосудистые исходы: проспективный этап исследования эссе-РФ / С.А. Максимов, С.А. Шальнова, В.А. Куценко и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 214-223.

93. Максимов, С.А. Городское пространство и физическая активность - фактор риска болезней системы кровообращения / С.А. Максимов, Н.В. Федорова, Г.В. Артамонова Г.В. // Российский кардиологический журнал. - 2019. – Т. 9, № 24. - С. 71-77.

94. Манойлов, А.Е. Осведомленность врачей первичной медико-санитарной помощи о методах оценки риска инсульта / А.Е. Манойлов, А.Ю. Маркина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2023. - Т. 31. - №1. - С. 51-54.

95. Медведева, Е.И. Специфика брачно-семейных отношений молодежи Подмоскovie / Е.И. Медведева, С.В. Крошилин // Проблемы развития территории. – 2018. – Т. 94, № 2. - С. 120-140.

96. Медведева, О.В. Медико-социальные подходы к оптимизации охраны здоровья семьи в современных условиях / О.В. Медведева // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2010. - №2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-podhody-k-optimizatsii-ohrany-zdorovya-semi-v-sovremennyh-usloviyah>

97. Мушников, Д.Л. Культура здоровьесбережения городского населения: региональный аспект / Д. Л. Мушников, Т. П. Васильева, Е. В. Макарова [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 4. – С. 18-25.

98. Набережная, И.Б. Региональная обеспеченность населения специализированной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» / И.Б. Набережная // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2023. - Т. 31. - №1. - С. 20-25.

99. Назаров, А.М. Анализ больших данных о медицинских услугах при ишемической болезни сердца для управления качеством амбулаторной помощи и оценки вероятности неблагоприятных исходов / А.М. Назаров, С.Н. Толпыгина, Д.И. Кича, Р.С. Голощاپов-Аксенов // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 11. – С. 21-27.

100. Назаров, А.М. Исследование экономической эффективности первичной медико-санитарной помощи при хронической ишемической болезни сердца на основе анализа больших данных персонифицированного учета сведений о медицинских услугах / А.М. Назаров, И.Н. Ступаков, Д.И. Кича и др. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2021. – Т. 22, № S6. – С. 170.

101. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕРФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования // Профилактическая медицина. 2013. – Т. 25, № 6. – С. 25-34.

102. Пак, В.И. Методические подходы к изучению здоровьесберегающих технологий в работе врача общей практики и участкового терапевта / В.И. Пак, О.Е.

Коновалов // В кн.: Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения. Материалы к 24-й Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием. - Рязань, 2020. - С. 35-37.

103. Плужникова, Е.А. Реализация здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе современной высшей школы / Е.А. Плужникова, М.В. Живогляд // Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – Т. 67, № 2. – С. 143-147.

104. Погодина, В.А., Формирование здоровья семьи через реализацию ее функций (обзор литературы) / В.А. Погодина, А.И. Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2016. - №4. - С. 208-212.

105. Поляков, Д.С. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН / Д.С. Поляков, И.В. Фомин, Ю.Н. Беленков и др. // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 4. – С. 4-14.

106. Пономарев, Д. С. Совершенствование деятельности школ здоровья для больных сердечной недостаточностью с целью улучшения качества их жизни: автореф. дис. .... канд. мед. наук. – М., 2022. – 24 с.

107. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (с изменениями на 31 января 2020 года)

108. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

109. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июля 2005 г. № 487 «Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

110. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

111. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 января 2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

112. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 1999 г. № 463 «Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика».

113. Решетникова, Ю.С. Оценка эффективности использования дистанционного мониторинга артериального давления при диспансерном наблюдении пациентов с артериальной гипертензией / Ю. С. Решетникова, Н. С. Брынза, А. Г. Немков [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 4. – С. 47-54.

114. Салагай, О.О. Общественное здоровье в "год коронавируса" / О.О. Салагай, К.В. Сошкина, Л.И. Летникова и др. // Общественное здоровье. – 2021. – Т. 1, № 1. – С. 7-18.

115. Симонова, Г.И. Артериальная гипертензия и риск сердечно-сосудистой смертности в городской сибирской популяции / Г.И. Симонова, Ю.П. Никитин, О.М. Глушанина и др. // Сибирский научный медицинский журнал. – 2006. – Т. 122, № 4. – С. 88-92.

116. Смирнова, М.Д. Субклинические депрессия и тревога как дополнительный фактор риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с низким и умеренным риском (по данным десятилетнего наблюдения) / М.Д. Смирнова, О.Н. Свирида, Т.В. Фофанова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 67-73.

117. Сон, И.М. Тенденции показателей заболеваемости и больничной летальности от болезней системы кровообращения на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 / И.М. Сон, В.И. Стародубов, Е.М. Маношкина, В.С. Ступак // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 11. – С. 7-14.

118. Стеценко, С.Г. Здоровьесберегающие технологии педагогического

процесса / С.Г. Стеценко // Наука, техника и образование. - 2020. – Т. 74, №10. - С. 93-98.

119. Судьин, С.А. Семья и психическое здоровье (по материалам зарубежных исследований) / С.А. Судьин // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки. - 2016. – Т. 37, № 1. - С. 153-162.

120. Титова, О. Влияние низкоинтенсивного и эпизодического курения на здоровье / О. Титова, О. Суховская, В. Куликов // Врач. - 2018.- Т. 29, № 4.- С. 38-40.

121. Фадеева, В.С. Принципы здоровьесберегающих технологий / В.С. Фадеева // Наука и образование сегодня. - 2018. – Т. 25, № 2. - С. 60-62.

122. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)

123. Федотов, А.А. Алкоголизм и наркомания в регионах России: текущая ситуация, причины и следствия / А.А. Федотов // Экономика и бизнес: теория и практика. - 2020. - Т. 9, № 2. - С. 123-130.

124. Филиппов, Е.В. Неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы и их связь с факторами риска по данным проспективного исследования МЕРИДИАНРО / Е.В. Филиппов, А.Н. Воробьев, Н.В. Добрынина и др. // Российский кардиологический журнал. – 2019. - № 6. – С. 42-48.

125. Фофанова, Т.В. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии / Т.В. Фофанова, Ф.Т. Агеев, М.Д. Смирнова, А.Д. Деев // Кардиология. – 2017. – Т. 57, № 7. – С. 35–42.

126. Хлебунова, С.Ф. Здоровьесберегающие технологии в образовании: содержание, применение, эффективность / С.Ф. Хлебунова // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2017. – № 1. – С. 57-66.

127. Череп, З.П. Правильное питание в формировании здорового образа жизни // З.П. Череп, Т.А. Андреевко, А.А. Рогожкина // Наука-2020. - 2019. – Т. 35, № 10. - С. 39-44.

128. Шальнова, С.А. Двадцатилетние тренды ожирения и артериальной гипертензии и их ассоциации в России / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Баланова

и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 4-10.

129. Шальнова, С.А. Какие факторы влияют на контроль артериальной гипертензии в России / С.А. Шальнова, А.О. Конради, Ю.А. Баланова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17, № 4. – С. 53-60.

130. Шальнова, С.А. Комментарии к разделу “оценка сердечно-сосудистого риска” в европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2021 года / С.А. Шальнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 67-71.

131. Шальнова, С.А. Лечение гипертензии у пациентов высокого риска. Монотерапия или комбинация? / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Баланова и др. // Лечащий врач. – 2017. - № 7. – С. 17-23.

132. Шипери, А.М. Эффективность здоровьесберегающей технологии / А.М. Шипери // Студенческая наука Подмосковью. Материалы Международной научной конференции молодых ученых. - 2017. - С. 704-707.

133. Шляхто, Е.В. Значимость оценки распространенности и мониторинга исходов у пациентов с сердечной недостаточностью в России / Е.В. Шляхто, Н.Э. Звартау, С.В. Виллевалде и др. // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 12. – С. 4204.

134. Щепин, В.О. Межведомственность в деле охраны здоровья детей и подростков: рекомендации ВОЗ и реалии России / В.О. Щепин, Л.П. Чичерин, В.И. Попов, И.Э. Есауленко // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 1. – С. 93-102.

135. Щепин, В.О. Профессиональные, жилищные и семейные факторы риска в прогнозировании заболеваемости инфарктом миокарда / В.О. Щепин, Д.И. Кича, Р.С. Голощапов-Аксёнов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2018. - Т. 26, № 4. - С. 196-200.

136. Юшачкова, Т.Б. Ценность здоровья в семье / Т.Б. Юшачкова // Ученые записки университета Лесгафта. - 2018. – Т. 165, № 11. - С. 425-429.

137. Якушин, М.А. Медико-социальная технология здоровьесбережения пожилого населения в условиях самоизоляции / М. А. Якушин, Т. П. Васильева, Т.



И. Якушина [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 46-51.

138. Abramov, A.U. Clinical and organizational assessment of endovascular care accessibility at the regional level / A.U. Abramov, R.S. Goloshchapov-Aksenov, V.Yu. Semenov et al. // Problems of social hygiene, public health and history of medicine, Russian journal. – 2020. – Vol. 28. – № 4. – P. 596-599.

139. Abramov, A.Yu. Remote clinical quality management of endovascular care / A.Yu. Abramov, D.I. Kicha, R.S. Goloshchapov-Aksenov et al. // КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. - 2021. - Т. 10, № 4. - С. 106-111.

140. Alizadeh, F. Family health sheets: a vital instrument for village health workers providing comprehensive healthcare / F. Alizadeh, A. Addepalli, S.R. Chaudhuri et al. // BMC Health Serv Res. - 2021 Oct 22. – Vol. 21, № 1. – P. 1138.

141. Blekkenhorst, L.C. Healthy lifestyle initiatives for increasing fruit and vegetable intake among Aboriginal and Torres Strait Islander peoples / L.C. Blekkenhorst, K.M. Ride, R.M. Wallace et al. // Appl Physiol Nutr Metab. - 2022 Feb. – Vol. 47, № 2. – P. 115-123.

142. Brunström, M. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels a systematic review and meta-analysis / M. Brunström, B. Carlberg // JAMA Intern Med. – 2018.- Vol.178, № 1. – P. 28-36.

143. Buddeke, J. Mortality after hospital admission for heart failure: improvement over time, equally strong in women as in men / J. Buddeke, G.B. Valstar, I. Dis et al. // BMC Public Health. – 2020. - Vol. 20, № 1. – P. 36.

144. Bundy, J.D. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and network meta-analysis / J.D. Bundy, C. Li, P. Stuchlik et al. // JAMA Cardiol. – 2017. - Vol. 2, № 7. – P. 775-781.

145. Capewell, S. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994 / S. Capewell, C.E. Morrison, J.J. McMurray // Heart. – 1999. - Vol. 81. – P. 380- 386.

146. Carlsson, S. Mortality rates and cardiovascular disease burden in type 2

diabetes by occupation, results from all Swedish employees in 2002-2015 / S. Carlsson, T. Andersson, M. Talbäck, M. Feychting // *Cardiovasc Diabetol.* - 2021 Jun 26. - Vol. 20, № 1. – P. 129.

147. Chatterjee, A. Digital Interventions on Healthy Lifestyle Management: Systematic Review / A. Chatterjee, A. Prinz, M. Gerdes, S. Martinez // *J Med Internet Res.* 2021 Nov 17;23(11):e26931.

148. Ettehad, D. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis / D. Ettehad, C.A. Emdin, A. Kiran et al. // *The Lancet.* – 2016. - Vol. 387(10022). – P. 957-967.

149. Fitzgerald, K.N. Potential reversal of epigenetic age using a diet and lifestyle intervention: a pilot randomized clinical trial / K.N. Fitzgerald, R. Hodges, D. Hanes et al. // *Aging (Albany NY).* - 2021 Apr 12. - Vol. 13, № 7. – P. 9419-9432.

150. Gangeri, L. Re-activating life skills in cancer patients through expressive-creative workshops: A qualitative exploratory study / L. Gangeri, S. Alfieri, S. Sborea et al. // *Arts Health.* - 2021 May 27. – P. 1-15.

151. Ghasemi Yngykd, S. A systematic review of social determinants of healthy lifestyle among Iranian women / S. Ghasemi Yngykd, M. Asghari Jafarabadi, S. Ghanbari-Homayi et al. // *Nurs Open.* - 2021 Sep. - Vol. 8, №5. – P. 2007-2017.

152. Giovannucci, E.L. Muscle-strengthening activities and risk of cardiovascular disease, type 2 diabetes, cancer and mortality: A review of prospective cohort studies / E.L. Giovannucci, L.F.M. Rezende, D.H. Lee // *J Intern Med.* - 2021 Oct. - Vol. 290, № 4. – P. 789-805.

153. Goloshchapov-Aksenov, R.S. Clinical management to improve of medical care for patients with cardiovascular diseases / R.S. Goloshchapov-Aksenov, D.I. Kicha, A.A. Al Baqara // *Bahrain Medical Bulletin.* - 2021. - Vol. 43, № 1. - P. 367-372.

154. Goloshchapov-Aksenov, R.S. Endovascular biometrics and engineering / R.S. Goloshchapov-Aksenov, D.I. Kicha // *Kazan Medical Journal.* – 2020. – Vol. 101, № 4. – P. 507-512.

155. Goodman, R.A. Multimorbidity Patterns in the United States: Implications for Research and Clinical Practice / R.A. Goodman, S.M. Ling, P.A. Briss et al. // *J.*

Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. – 2016. - Vol. 71, № 2. – P. 215–220.

156. Han, H. Association of a Healthy Lifestyle with All-Cause and Cause-Specific Mortality Among Individuals with Type 2 Diabetes: A Prospective Study in UK Biobank / H. Han, Y. Cao, C. Feng et al. // *Diabetes Care*. - 2022 Feb 1. - Vol. 45, № 2. – P. 319-329.

157. Hashemi, S.F. Effects of a Life Skills-Based Intervention on Mental Health of Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes / S.F. Hashemi, L. Gholizadeh, S.A. Rezaei, M.H. Maslakpak // *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. - 2021 Oct. - Vol. 59, № 10. – P. 41-47.

158. Hirooka, N. Association between healthy lifestyle practices and life purpose among a highly health-literate cohort: a cross-sectional study / N. Hirooka, T. Kusano, S. Kinoshita et al. // *BMC Public Health*. - 2021 Apr 29. - Vol. 21, № 1. – P. 820.

159. Hodor, M. Family health spillovers: evidence from the RAND health insurance experiment / Hodor M. // *J Health Econ*. - 2021 Sep. - Vol. 79. – P. 102505.

160. Iurilli, M.L.C. Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight / M.L.C. Iurilli, B. Zhou, J.E. Bennett et al. // *Elife*. - 2021 Mar 9. - Vol. 10. – P. e60060.

161. Jiménez-Picón, N. Systematic Review of the Relationship between Couple Dyadic Adjustment and Family Health / N. Jiménez-Picón, M. Romero-Martín, L. Ramirez-Baena et al. // *Children (Basel)*. - 2021 Jun 9. - Vol. 8, № 6. – P. 491.

162. Joffres, M. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study / M. Joffres, E. Falaschetti, C. Gillespie et al. // *BMJ Open*. – 2013. - Vol. 3. – P. e003423.

163. Juul, F. Ultra-Processed Foods and Incident Cardiovascular Disease in the Framingham Offspring Study / F. Juul, G. Vaidean, Y. Lin et al. // *J Am Coll Cardiol*. - 2021 Mar 30. - Vol. 77, № 12. – P. 1520-1531.

164. Kamalova, F.M. Analysis of territorial and age features of morbidity and availability of medical care / F.M. Kamalova, O.V. Sharapova, L.I. Gerasimova et al. // *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica*. - 2021. - Vol. 40, № 8. - P. 748-

752.

165. Kelly, N.A. Association of healthy lifestyle and all-cause mortality according to medication burden / N.A. Kelly, O. Soroka, C. Onyebeke et al. // *J Am Geriatr Soc.* - 2022 Feb. - Vol. 70, № 2. – P. 415-428.

166. Kobalava, Z.D. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020 / Z.D. Kobalava, A.O. Konradi, S.V. Nedogoda et al. // *Российский кардиологический журнал.* - 2020. - Vol. 25, № 3. - P. 37.

167. Kris-Etherton, P.M. Special Considerations for Healthy Lifestyle Promotion Across the Life Span in Clinical Settings: A Science Advisory From the American Heart Association / P.M. Kris-Etherton, K.S. Petersen, J.P. Després et al. // *Circulation.* - 2021 Dec 14. - Vol. 144, № 24. – P. e515-e532.

168. Kris-Etherton, P.M. Strategies for Promotion of a Healthy Lifestyle in Clinical Settings: Pillars of Ideal Cardiovascular Health: A Science Advisory From the American Heart Association / P.M. Kris-Etherton, K.S. Petersen, J.P. Després et al. // *Circulation.* - 2021 Dec 14. - Vol. 144, № 24. - P. e495-e514.

169. Lawson, C.A. Risk Factors for Heart Failure. 20-Year Population-Based Trends by Sex, Socioeconomic Status, and Ethnicity / C.A. Lawson, F. Zaccardi, I. Squire et al. // *Circ Heart Fail.* – 2020. - Vol. 13, № 2. – P. e006472. :e006472.

170. Lei, S.Y. Progress on disability weights in the disease burden of cancer / S.Y. Lei, R.S. Zheng, W.W. Wei // *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* - 2021 Jul 23. - Vol. 43, № 7. – P. 756-761.

171. Li, A.I. The distribution and epidemic characteristics of cerebrovascular disease in followed-up hypertension patients / A.I. Li, S. Zhu, Z.h. Hu et al. // *Sci Rep.* - 2021. - Vol. 11. – P. 9366.

172. Li, M. Family Health History-Based Interventions: A Systematic Review of the Literature / M. Li, S. Zhao, C.M. Young et al. // *Am J Prev Med.* - 2021 Sep. - Vol. 61, № 3. – P. 445-454.

173. Lima-Rodríguez, J.S. Family and Social Variables Associated with Family Health / J.S. Lima-Rodríguez, I. Domínguez-Sánchez, M. Lima-Serrano // *West J Nurs Res.* - 2021 Jun 25. - Vol. 1939459211026384.

174. Lund, R. Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *J. Epidemiol* / R. Lund, U. Christensen, C. Nilsson et al. // *Community Health*. - 2014. - Vol. 68, № 8. – P. 720–727.

175. Maddox, T. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure with Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee / T. Maddox, J.L. Januzzi, L.A. Allen et al. // *J Am Coll Cardiol*. - 2021. - Vol. 77, № 6. – P. 772-810.

176. Makama, M. Barriers and facilitators to a healthy lifestyle in postpartum women: A systematic review of qualitative and quantitative studies in postpartum women and healthcare providers / M. Makama, M.A. Awoke, H. Skouteris et al. // *Obes Rev*. - 2021 Apr. - Vol. 22, № 4. P. e13167.

177. Maksimov, S.A. Associations between the characteristics of large national regions, individual alcohol consumption and tobacco smoking: a systematic review protocol / S.A. Maksimov, D.P. Tsygankova, Ya. Danilchenko et al. // *Human Ecology*. – 2021. – № 6. – P. 58-64.

178. Maksimov, S.A. What regional living conditions affect individual smoking of adults in Russia / S.A. Maksimov, S.A. Shalnova, Y.A. Balanova et al. // *International Journal of Public Health*. - 2021. - Vol. 66, № 1. - P. 599570

179. McCrady, B.S. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults / B.S. McCrady, J.C. Flanagan // *Alcohol Res*. - 2021 May 6. - Vol. 41, № 1. – P. 06.

180. Mendonça, M.M. Family Health Strategy Care Accessibility in West Bahia / M.M. Mendonça, Í.R.S. Aleluia, M.L. Sousa, M. Pereira // *Cien Saude Colet*. - 2021 May. - Vol. 26, № 5. – P. 1625-1636.

181. Michaelson, V. Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family / V. Michaelson, K.A. Pilato, C.M. Davison // *PLoS One*. - 2021 Apr 12. - Vol. 16, № 4. – P. e0249707.

182. Mossman, G.J. Coaches, parents, or peers: Who has the greatest influence on sports participants' life skills development? / G.J. Mossman, C. Robertson, B.

Williamson, L. Cronin // *J Sports Sci.* - 2021 Nov. - Vol. 39, № 21. – P. 2475-2484.

183. Nari, F. Association between healthy lifestyle score changes and quality of life and health-related quality of life: a longitudinal analysis of South Korean panel data / F. Nari, W. Jeong, B.N. Jang et al. // *BMJ Open.* - 2021 Oct 21. - Vol. 11, - № 10. – P. e047933.

184. Nasim, U. The Declining Scope of Practice of Family Physicians Is Limited to Urban Areas / U. Nasim, Z.J. Morgan, L.E. Peterson // *J Rural Health.* - 2021 Sep. - Vol. 37, № 4. – P. 734-744.

185. O'Fee, K. Assessment of Nonfatal Myocardial Infarction as a Surrogate for All-Cause and Cardiovascular Mortality in Treatment or Prevention of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials / K. O'Fee, E. Deych, O. Ciani, D.L. Brown // *JAMA Intern Med.* - 2021 Dec 1. - Vol. 181, № 12. – P. 1575-1587.

186. Qin, P. Fried-food consumption and risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: a meta-analysis of observational studies / P. Qin, M. Zhang, M. Han et al. // *Heart.* - 2021 Oct. - Vol. 107, № 19. – P. 1567-1575.

187. Rea, F. Cardiovascular Outcomes and Mortality Associated With Discontinuing Statins in Older Patients Receiving Polypharmacy / F. Rea, A. Biffi, R. Ronco et al. // *JAMA Netw Open.* - 2021 Jun 1. - Vol. 4, № 6. - P. e2113186.

188. Rochmah, T.N. Economic Burden of Stroke Disease: A Systematic Review / T.N.Rochmah, I.T. Rahmawati, M. Dahlui et al. // *Int J Environ Res Public Health.* - 2021 Jul 15. - Vol. 18, № 14. – P. 7552.

189. Sakima, A. Optimal blood pressure targets for patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis / A. Sakima, H. Satonaka, N. Nishida et al. // *Hypertension Res.* - 2019. - Vol. 42, № 4. – P. 483-495.

190. Samorodskaya, I.I. Stimulation of the death rate from mental diseases and diseases of the circulatory system: problems of coding and statistical accounting of deaths / I.I. Samorodskaya, M.A. Vatolina, V.B. Belov, S.A. Boitsov // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* - 2021. - Vol. 2014, № 5. - P. 8.

191. Saunders, J.E. Otolaryngology and the Global Burden of Disease / J.E. Saunders, Z. Rankin, K.Y. Noonan // *Otolaryngol Clin North Am.* - 2018 Jun. - Vol. 51,

№ 3. – P. 515-534.

192. Shah, S. Increased burden of disease and role of health economics: Asia-pacific region / S. Shah, G. Abbas, M. Hanif et al. // *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* - 2019 Oct. - Vol. 19, № 5. – P. 517-528.

193. Shkolnikova, M.A. Prevalence, correlates, and mortality impacts of ventricular arrhythmia among older men and women: a population-based cohort study in Moscow / M.A. Shkolnikova, R.A. Ildarova, D.A. Jdanov et al. // *BMC Cardiovascular Disorders.* – 2021. – Vol. 21. – № 1.

194. Sidossis Wang, A. Healthy lifestyle interventions across diverse workplaces: a summary of the current evidence / A. Sidossis Wang, G.C. Gaviola, M. Sotos-Prieto, S. Kales // *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* - 2021 Nov 1. - Vol. 24, № 6. – P. 490-503.

195. Skýbová, D. Risk of chronic diseases limiting longevity and healthy aging by lifestyle and socio-economic factors during the life-course - a narrative review / D. Skýbová, H. Šlachtová, H. Tomášková et al. // *Med Pr.* - 2021 Nov 19. – Vol. 72, № 5. – P. 535-548.

196. Sun, C. Association of healthy lifestyle score with all-cause mortality and life expectancy: a city-wide prospective cohort study of cancer survivors / C. Sun, K. Li, H. Xu et al. // *BMC Med.* - 2021 Jul 7. – Vol. 19, № 1. – P. 158.

197. Szwarcwald, C.L. Healthy lifestyle and recommendations in health care among hypertensive and diabetic patients in Brazil, 2019 / C.L. Szwarcwald, P.R.B. Souza Júnior, G.N. Damacena et al. // *Rev Bras Epidemiol.* - 2021 Dec 10. – Vol. 24(suppl 2). – P. e210017.

198. Tsai, M.C. Comparison of four healthy lifestyle scores for predicting cardiovascular events in a national cohort study / M.C.Tsai, T.L. Yeh, H.Y. Hsu et al. // *Sci Rep.* - 2021 Nov. – Vol. 1211, № 1. – P. 22146.

199. Valenzuela, P.L. Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension / P.L. Valenzuela, P. Carrera-Bastos, B.G. Gálvez et al. // *Nat Rev Cardiol.* - 2021 Apr. – Vol. 18, № 4. – P. 251-275.

200. Wang, X. Combined healthy lifestyle and depressive symptoms: a meta-analysis of observational studies / X. Wang, A. Arafa, K. Liu et al. // *J Affect Disord.* -

2021 Jun 15. – Vol. 289. - P. 144-150.

201. Wäsche, H. Family health climate: a qualitative exploration of everyday family life and health / H. Wäsche, C. Niermann, J. Bezold, A. Woll // BMC Public Health. - 2021 Jun 29. – Vol. 21, № 1. – P. 1261.

202. Whitehead, L. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review / L. Whitehead, E. Jacob, A. Towell et al. // J Clin Nurs. - 2018 Jan. – Vol. 27, № 1-2. – P. 22-30.

203. Zhang, Y.B. Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with mortality and incident cardiovascular disease: two prospective cohort studies / Y.B. Zhang, C. Chen, X.F. Pan et al. // BMJ. - 2021 Apr 14. – Vol. 373. – P. n604.

204. Zhou, B. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants / B. Zhou, R.M. Carrillo-Larco, G. Danaei et al. // The Lancet. – 2021. – Vol. 398. – № 10304. – P. 957-980.

205. Zhu, M. Genetic Risk for Overall Cancer and the Benefit of Adherence to a Healthy Lifestyle / M. Zhu, T. Wang, Y. Huang et al. // Cancer Res. - 2021 Sep 1. – Vol. 81, № 17. - P. 4618-4627.



**АНКЕТА ИЗУЧЕНИЯ СЕМЬИ ПАЦИЕНТА**

**Здравствуйтесь, уважаемый участник опроса! Благодарим Вас за согласие принять участие в настоящем исследовании, которое проводится с целью улучшения лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими заболеваниями.**

**Убедительно просим откровенно ответить на поставленные вопросы, для чего подчеркните или впишите правильные ответы. Гарантируем анонимность Ваших ответов. Все данные, полученные в ходе исследования, будут обработаны в обобщенном виде.**

1. Ваш возраст \_\_\_\_\_ лет
2. Пол: А. Мужской                      Б. Женский
3. Семейное положение:
 

А. Состоите в браке	Б. Разведены
В. Вдовы	Г. Никогда не состояли в браке
4. Состав членов семьи, проживающих вместе с Вами: Супруг (супруга), дети (один, два, три и более), Ваши родители, родители супруга (или супруги).
5. Укажите уровень образования:
  - У Вас: Общее среднее/Среднее специальное/Высшее
  - У Супруга (супруги): Общее среднее/Среднее специальное/Высшее
6. Работаете ли Вы в настоящее время?
 

А. Да	Б. Нет
-------	--------
7. Укажите, пожалуйста, кем вы являетесь:
 

А. Служащий (-ая)	Б. Рабочий (-ая)	В.
Предприниматель		
Г. Пенсионер (-ка)	Д. Безработный (-ая)	Е. Домохозяйка
Ж. Прочее (впишите сами) _____		
8. Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?
 

А. Хорошее	В. Скорее хорошее, чем плохое
Б. Скорее плохое, чем хорошее	Г. Плохое
9. Какой формой болезни системы кровообращения Вы страдаете?
 

А. Гипертоническая болезнь	
Б. Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, аритмия, эндокардит, кардиомиопатия, сердечная недостаточность)	
В. Ревматическая болезнь сердца	Цереброваскулярная болезнь (сосудистые болезни головного мозга)
Г. Другое (впишите сами) _____	
10. Было ли у Вас в прошлом нарушение мозгового кровообращения (инсульт)?
 

А. Да	Б. Нет
-------	--------
11. Был ли у Вас в прошлом инфаркт миокарда?
 

А. Да	Б. Нет
-------	--------
12. Есть ли у Вас инвалидность?
 

А. Нет	Б. 3-я группа	В. 2-я группа	Г. 1-я группа
--------	---------------	---------------	---------------

**13. Курите ли Вы?**

А. Курю                                      Б. Бросил                                      В. Никогда не курил

**14. Есть ли курящие среди членов Вашей семьи?**

А. Есть                                      Б. Нет

**15. Употребляете ли Вы спиртное?**

А. Не употребляю                      Б. Не чаще 1 раза в месяц  
В. Не чаще 1 раза в неделю              Г. Несколько раз в неделю

**16. Есть ли в Вашей семье лица, злоупотребляющие алкоголем?**

А. Да                                      Б. Нет

**17. Придерживаетесь ли Вы диеты с низким содержанием жиров и холестерина?**

А. Да                                      Б. Не всегда                                      В. Не придерживаюсь

**18. Как часто в Вашей семье употребляют овощи и фрукты?**

А. Часто                      Б. Редко                      В. Практически не употребляют

**19. Страдаете ли Вы избыточной массой тела?**

А. Да                                      Б. Нет

**20. Ведете ли Вы малоподвижный образ жизни?**

А. Да                                      Б. Нет

**21. Есть ли у членов Вашей семьи хронические заболевания?**

А. Да                                      Б. Нет

**22. Если есть, то укажите у кого и какие:**

---

---

**23. Обсуждаете ли Вы проблемы своего здоровья с членами семьи?**

А. Да, всегда                                      Б. Иногда                                      В. Не обсуждаю

**24. В каких медицинских учреждениях Вы лечитесь по поводу болезни системы кровообращения?**

А. Поликлинике                                      Б. Кардиологическом диспансере  
В. Частном медицинском центре              Г. Во всех без исключения

**25. Наблюдаетесь ли Вы у врача по поводу болезни системы кровообращения?**

А. Регулярно                                      Б. Не регулярно                                      В. Не наблюдаюсь

**26. Дает ли Ваш лечащий врач рекомендации:**

- по рациональному питанию: А. Да                                      Б. Нет

- по ограничению употребления сахара и сахаросодержащих продуктов: А. Да                                      Б. Нет

- по ограничению употребления соли: А. Да                                      Б. Нет

- по двигательной активности: А. Да                                      Б. Нет

- по отказу от вредных привычек: А. Да                                      Б. Нет

- по поведению при стрессовых ситуациях и их предотвращению: А. Да                      Б. Нет

- по организации самонаблюдения за артериальным давлением: А. Да                      Б. Нет

- по организации самонаблюдения за уровнем сахара в крови: А. Да                      Б. Нет

**27. Соблюдаете ли Вы врачебные рекомендации?**

- А. Да, всегда  
Б. Частично  
В. Не соблюдаю

**28. Соблюдаете ли Вы график посещения врача по поводу диспансерного наблюдения?**

- А. Да  
Б. Нет

**29. Посещаете ли Вы лечащего врача с профилактической целью?**

- А. Да  
Б. Нет

**30. Обсуждаете ли Вы вопросы своего здоровья с врачами различных специальностей?**

- А. Да  
Б. Нет

**31. Замеряете ли Вы свой пульс во время физических нагрузок?**

- А. Да  
Б. Нет

**32. Используете ли Вы специальные техники, чтобы контролировать стресс?**

- А. Да  
Б. Нет

**33. Стараетесь ли Вы сбалансировать время между работой и отдыхом?**

- А. Да  
Б. Нет

**34. Как часто Вы посещаете поликлинику/диспансер по поводу болезни системы кровообращения?**

- А. Несколько раз в неделю  
Б. Несколько раз в месяц  
Г. 1-2 раза в год  
Г. Не обращаюсь

**35. Как часто Вы вызываете скорую медицинскую помощь по поводу болезни системы кровообращения?**

- А. Несколько раз в неделю  
Б. Несколько раз в месяц  
В. 1-2 раза в год  
Г. Не обращаюсь

**36. Как часто Вы получаете стационарное лечение по поводу болезни системы кровообращения?**

- А. 1 раз в полгода  
Б. 2-4 раза в полгода  
В. 1 раз в год и реже  
Г. Не получал (-а)

**37. Ведете ли Вы дневник самонаблюдения и контроля:**

- А. Артериального давления (да/нет)  
Б. Уровня сахара в крови (да/нет)  
В. Массы тела (да/нет)

**38. Выполняете ли Вы специальную программу физических упражнений, назначенную врачом?**

- А. Да  
Б. Нет

**39. Посещаете ли Вы «Школу здоровья»?**

- А. Да  
Б. Нет

**40. Считаете ли Вы необходимым создание школ для хронически больных и членов его семьи?**

- А. Да  
Б. Нет

**41. Укажите, в какой помощи нуждается Ваша семья?**

- А. Медицинской  
Б. Социальной  
В. Юридической  
Г. Психологической  
Д. Экономической

**42. В каких знаниях Вы нуждаетесь?**

А. Медицинские

Б. Правовые

В. Психологические

**43. Какую социальную помощь Вы получаете?**

---

---

**44. Как Вы оцениваете свое здоровье**

А. Хорошее

Б. Скорее хорошее, чем плохое

В. Скорее плохое, чем хорошее

Г. Плохое

**45. Как Вы оцениваете психологический климат в семье?**

А. Хороший

Б. Скорее хороший, чем плохой

В. Скорее плохой, чем хороший

Г. Плохой

**46. Способствовало ли наличие у Вас хронического заболевания ухудшению психологического климата в семье?**

А. Да

Б. Нет

В. Затрудняюсь ответить

С п а с и б о !

**Здравствуйте, уважаемый участник опроса! Благодарим Вас за согласие принять участие в настоящем исследовании.**

**Убедительно просим откровенно ответить на поставленные вопросы, для чего подчеркните или впишите правильные ответы. Гарантируем анонимность Ваших ответов. Все данные, полученные в ходе исследования, будут обработаны в обобщенном виде.**

1. Ваш возраст - до 40 лет,  
- 40 - 49 лет,  
- 50 - 59 лет,  
- 60 лет и старше.
2. Ваш пол (мужской, женский)
3. Укажите Вашу должность: \_\_\_\_\_
4. Укажите Вашу специальность: \_\_\_\_\_
5. Укажите стаж Вашей работы в здравоохранении?  
- Общий медицинский стаж – \_\_\_\_\_ (лет),  
- Стаж работы по данной специальности - \_\_\_\_\_ (лет).
6. Какую квалификационную категорию имеете :  
- первую, - высшую, - кандидат наук.
7. Проводится ли в медицинской организации, в которой Вы работаете, систематическое обучение врачей вопросам здоровьесбережения?  
А. Да Б. Нет
8. Как Вы оцениваете свои знания по здоровьесберегающим технологиям в баллах (от 0 до 10). \_\_\_\_\_ баллов.
9. Какие здоровьесберегающие технологии используете в своей работе с пациентами (подчеркните нужное):  
**Защитно-профилактические технологии** - рекомендация профилактических прививок, двигательной активности, витаминизации, здорового питания.  
**Оздоровительные технологии** – ЛФК, физиотерапия, ароматерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия, офтальмотренажеры и др.  
**Технологии обучения здоровью** – оздоровительные беседы, занятия по развитию навыков здоровьесбережения, лекции и т.д.
10. Даете ли рекомендации своим пациентам:  
- по рациональному питанию:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по ограничению употребления сахара и сахаросодержащих продуктов:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по ограничению употребления соли:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по двигательной активности:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по отказу от вредных привычек:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по поведению при стрессовых ситуациях и их предотвращению:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по организации самонаблюдения за артериальным давлением:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет  
- по организации самонаблюдения за уровнем сахара в крови:  
А. Всегда, когда это необходимо Б. Не всегда В. Нет

- 11. Как по-Вашему, соблюдают ли пациенты график посещения по поводу диспансерного наблюдения?**  
 А. Всегда    Б. Не всегда    В. Не соблюдают
- 12. Посещают ли пациенты участковых терапевтов (врачей общей практики) с профилактической целью?**  
 А. Часто    Б. Редко    В. Не посещают
- 13. Как направляете на консультацию к врачам других специальностей своих пациентов?**  
 А. Часто    Б. Редко    В. Как правило, не консультируются
- 14. Считаете ли Вы необходимым создание школ для членов семей хронически больных?**  
 А. Да    Б. Нет
- 15. Укажите, в какой помощи, по-Вашему мнению, нуждается семья с больным хроническим неинфекционным заболеванием?**  
 А. Медицинской    Б. Социальной    В. Юридической  
 Г. Психологической    Д. Экономической
- 16. Считаете ли Вы, что наличие у пациента хронического заболевания способствует ухудшению психологического климата в семье?**  
 А. Да    Б. Нет    В. Затрудняюсь ответить
- 17. Учитываете ли Вы при работе с пациентами характер отношений в семье?**  
 А. Всегда    Б. Иногда    В. Как правило, не учитывают
- 18. Как Вы считаете, по каким разделам необходимо готовить врачей на курсах повышения квалификации?**
- по вопросам здоровьесбережения пациентов и членов их семей;
  - нормативные документы по оказанию медицинской помощи;
  - права пациентов при получении медицинской помощи;
  - юридические основы деятельности и ответственности врача;
  - вопросы стандартизации в деятельности врача;
  - правила оформления медицинской документации;
  - развитие навыков общения с пациентами;
  - развитие навыков общения с родственниками больного;
  - иное (впишите сами):

---



---



---

**19. Из каких источников можно получить информацию о действующих в РФ технологиях здоровьесбережения?**

---

**20. Укажите, какие технологии здоровьесбережения были внедрены в Вашей медицинской организации за последние два – три года:**

---

**С п а с и б о !**

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»  
(ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»)

ул. Воронцово Поле, д.12, строение 1, Москва, 105064  
Телефон: (495) 917-90-41, факс: (495) 916-03-98 e-mail: info@nrph.ru  
<https://www.nrph.ru>  
ОКПО 01897452; ОГРН 1027739151549;  
ИНН/КПП 7709004079/770901001

«17» 03 2022 г. № 128  
На № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

В Диссертационный Совет

Лаборант-исследователь Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко Пак Виталий Игоревич принимал активное участие в разработке плана информационно – коммуникационных мероприятий, направленных на достижение целевых показателей стратегии формирования единого профилактического пространства Восточного и Юго-Восточного административных округов г. Москвы, а также в подготовке методических рекомендаций Департамента здравоохранения г. Москвы для специалистов по вопросам ведения гражданами здорового образа жизни с использованием некоторых результатов его диссертационного исследования.

Директор



Зудин А. Б.

Исполнитель: д.м.н., профессор Васильева Т.П.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА  
МОСКВЫ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 210 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ»

ГБУЗ «ГП № 210 ДЗМ»

г. Москва, 115211, Каширское шоссе, д. 57, к. 1,  
тел. (495) 344-65-68 E-mail: gp210@zdrav.mos.ru

---

Справка

Материалы диссертационного исследования Пака Виталия Игоревича «Здоровьесберегающие технологии в работе врачей общей практики и участковых терапевтов с семьями хронически больных» нашли практическое внедрение в ГБУЗ «Городская поликлиника № 210 Департамента здравоохранения города Москвы» при совершенствовании оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их семьям на основе внедрения здоровьесберегающих технологий.

Главный врач



*09.02.2022 г.*

**А. М. Алленов**



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы»

105064, г. Москва, ул. Казакова, д. 17а  
Телефон: 8-499-638-38-46, +7 (499) 267-77-64  
gp46@zdrav.mos.ru, www.gp46.mos.ru

*13.01.2022 № 01.01.48/22*

Диссертационный совет

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Материалы диссертационного исследования Пака Виталия Игоревича «Здоровьесберегающие технологии» в работе врачей общей практики и участковых терапевтов с семьями хронических больных нашли практическое внедрение в ГБУЗ «Городская поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы» при совершенствовании оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их семьям на основе применения «Здоровьесберегающих технологий».

Главный врач, к.м.н.



Д.В. Серов

РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ



ГІАЛГІАЙ РЕСПУБЛИКА

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(МИНЗДРАВ ИНГУШЕТИИ)

ул. Муталиева 3 7, г. Назрань, 386102, тел. (8732) 22-20-90; 22-21-42; E-mail [minzdravri@yandex.ru](mailto:minzdravri@yandex.ru)

31.08.2023 № 22/3633

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

В Диссертационный совет

Содержащиеся в кандидатской диссертации Пак Виталия Игоревича практические рекомендации внедрены в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа Республики Ингушетия при совершенствовании оказания лечебно-профилактической помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их семьям на основе применения здоровьесберегающих технологий.

Заместитель министра здравоохранения  
Республики Ингушетия



Х. Ю. Угурчиева

# РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



## СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2023665563

**Программа для выбора тактики применения  
здоровьесберегающих технологий у пациентов с  
болезнями системы кровообращения**

Правообладатель: **Пак Виталий Игоревич (RU)**

Авторы: **Пак Виталий Игоревич (RU), Коновалов Олег  
Евгеньевич (RU)**



Заявка № **2023664335**

Дата поступления **03 июля 2023 г.**

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ **18 июля 2023 г.**

*Руководитель Федеральной службы  
по интеллектуальной собственности*

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат: 429b6a0fe3853164ba196f83b73b4aa7  
Владелец: **Зубов Юрий Сергеевич**  
Действителен с 18.05.2023 по 02.08.2024

*Ю.С. Зубов*



"УТВЕРЖДАЮ"

Проректор по научно-  
инновационной деятельности,  
доктор медицинских наук,  
профессор  
А.В. Будневский

«30» 08 2023 г.


#### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

- 1. Наименование для внедрения:** результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук аспиранта Пак Виталия Игоревича «Здоровьесберегающие технологии в работе врачей общей практики и участковых терапевтов с семьями хронически больных».
- 2. Где и когда внедрено:** в учебный процесс кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России с февраля 2023 года.
- 3. Форма внедрения:** проведение занятий с обучающимися по темам: «Организация медицинской помощи. Особенности организации медицинской помощи отдельным категориям граждан», «Определение, цели, формы и методы организации оказания первичной медико-санитарной помощи»,
- 4. Эффективность внедрения:** повышение уровня знаний обучающихся об оказании лечебно-профилактической помощи хроническим больным с использованием здоровьесберегающих технологий.

Зав. кафедрой управления в здравоохранении  
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко  
профессор

Н.Е. Нехаенко

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе,  
кандидат психологических наук, доцент  
 Л.А. Мурашова

19 сентября 2023 г.

**АКТ ВНЕДРЕНИЯ**

- 1. Наименование для внедрения:** результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук аспиранта Пак Виталия Игоревича «Здоровьесберегающие технологии в работе врачей общей практики и участковых терапевтов с семьями хронически больных».
- 2. Где и когда внедрено:** в учебный процесс на кафедре основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России с ноября 2022 года.
- 3. Форма внедрения:** в рабочую программу дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» при проведении занятий семинарского и лекционного типа по темам: «Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема», «Медико-социальные проблемы здравоохранения» и «Организация медицинской помощи хроническим больным» для студентов 4 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело и 31.05.02 Педиатрия.
- 4. Эффективность внедрения:** повышение уровня знаний обучающихся по вопросам совершенствования и реализации семейно-ориентированных технологий здоровьесбережения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, **включая** болезни системы кровообращения.

Заведующий кафедрой основ  
общественного здоровья,  
здравоохранения и истории медицины  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России,  
профессор



А.Г. Иванов

Подпись 	
Зам. нач. управления кадров 	удостоверяю Е.Е. Лучникова

**"УТВЕРЖДАЮ"**

Первый проректор-  
проректор по научной работе,  
доктор медицинских наук, профессор,  
член-корреспондент РАН  
А.А.Костин  
«    »    2023 г.



#### **АКТ ВНЕДРЕНИЯ**

- 1. Наименование для внедрения:** результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук аспиранта Пак Виталия Игоревича на тему «**СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ (на примере болезней системы кровообращения)**».
- 2. Где и когда внедрено:** в учебный процесс кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института РУДН с 01 сентября 2022 года.
- 3. Форма внедрения:** проведение лабораторных занятий со студентами по темам: «Заболеваемость важнейшими неэпидемическими населения» и «Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи» и «Организация стационарной медицинской помощи».
- 4. Эффективность внедрения:** повышение уровня знаний студентов о заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, а также о проблемах здоровьесбережения больных и членов их семей.

Заведующая кафедрой общественного здоровья,  
здравоохранения и гигиены,  
д.фарм.н., профессор

А.В. Фомина