

На правах рукописи

Маркелова Елена Николаевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д.м.н., профессор Перепелкина Н.Ю.

Оренбург – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Глава I. Обзор литературы	14
1.1. Состояние заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда	14
1.2. Состояние организации медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.	22
1.3. Качество жизни пациентов с инфарктом миокарда и факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	30
Глава II. Организация исследования.	
Материалы и методы исследования	36
Глава III. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения в Оренбургской области . .	44
3.1. Результаты анализа заболеваемости населения болезнями системы кровообращения	44
3.2. Результаты анализа инвалидности населения вследствие болезней системы кровообращения	57
3.3. Результаты анализа смертности населения по причине болезней системы кровообращения	64
Глава IV. Состояние организации оказания экстренной кардиологической помощи в Оренбургской области	71
Глава V. Качество жизни, распространенность основных факторов риска и удовлетворенность пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда оказанием медицинской помощи	84
5.1. Результаты оценки качества жизни пациентов с инфарктом миокарда	84
5.2. Результаты изучения распространенности основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	87

5.3. Результаты удовлетворенности пациентов оказанием экстренной кардиологической помощи.	92
Глава VI. Пути совершенствования оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области	94
6.1. Результаты разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование экстренной кардиологической помощи	94
6.2. Результаты внедрения и оценка эффективности мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда	98
6.3. Результаты SWOT-анализа новой организационной модели оказания экстренной кардиологической помощи в регионе	109
Заключение	114
Выводы	127
Практические рекомендации	129
Список использованной литературы	132
Приложения	156
Приложение 1. Список работ по теме исследования	156
Приложение 2. Международным стандартизированный опросник Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI)	160
Приложение 3. Анкета по изучению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и удовлетворенности пациентов медицинской помощью в стационаре	166
Приложение 4. Копии актов внедрения	171

Список сокращений

БСК	– болезни системы кровообращения
БХПКД	– болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМ	– инфаркт миокарда
КЖ	– качество жизни
МЗ РФ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ	– Международная классификация болезней
ММЦ	– межрегиональный медицинский центр
ОКС	– острый коронарный синдром
ОРИТ	– отделение реанимации и интенсивной терапии
ПФО	– Приволжский Федеральный округ
ПСО	– первичное сосудистое отделение
РСЦ	– региональный сосудистый центр
РФ	– Российская Федерация
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЧКВ	– чрескожные коронарные вмешательства
ЭКГ	– электрокардиография
ЭхоКГ	– эхокардиография
QLMI	– опросник Quality of Life after Myocardial Infarction

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Болезни системы кровообращения являются существенной медико-социальной проблемой из-за значительной распространенности в популяции, частым развитием тяжелых осложнений, приводящих к инвалидности и к смерти (Е.И. Чазов, 2009; В.О. Щепин и соавт., 2013; М.В. Путилина, 2014; В.И. Скворцова, 2018).

В Российской Федерации класс болезней системы кровообращения занимает первую позицию в структуре основных причин смертности, составляя более половины всех случаев. Инфаркт миокарда вносит существенный негативный вклад в структуру смертности населения от болезней системы кровообращения. Ежегодно от инфаркта миокарда в стране умирает более 65 тысяч человек (А.Н. Белова, С.В. Прокопенко и соавт., 2016; О.С. Левин и соавт., 2017).

Данные официальной статистики свидетельствуют о высоких показателях заболеваемости россиян болезнями системы кровообращения. Так в течение последнего десятилетия показатели общей заболеваемости болезнями системы кровообращения колебались в Российской Федерации: от минимального уровня – 279,0 до максимального – 302,3 на 1000 населения, а в Оренбургской области: от 330,7 до 382,4 на 1000 населения.

В России существенно изменилась организация медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения. Повсеместно введен Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, который утвержден Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 года №918н.

В субъектах Российской Федерации создаются и функционируют первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры, где пациенты с инфарктом миокарда имеют возможность своевременно получить качественную квалифицированную медицинскую помощь.

В Оренбургской области с 2012 года специализированную медицинскую помощь больным с сосудистой патологией оказывали: региональный сосудистый центр, 5 первичных сосудистых отделений и 10 межмуниципальных кардиологических центров, которые с 2018 года были перепрофилированы в первичные сосудистые отделения.

В последние десятилетия в медицине возрос научный интерес к изучению качества жизни пациентов. Качество жизни, связанное со здоровьем, является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека (Н.Ю. Сенкевич, 2000; Л.А. Бокерия, 2005; А.А. Новик, Т.И. Ионова 2013).

Степень разработанности темы исследования. В доступной научной литературе имеются отдельные публикации по вопросам заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда. Однако комплексная оценка регионального здоровья на примере болезней системы кровообращения среди населения Оренбургской области до настоящего времени не проводилась.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» в стране реализуется федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в регионах функционируют первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры. Оренбургская область также участвует в реализации проекта. Но системный анализ эффективности оказания неотложной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в регионе не выполнялся.

Изучение качества жизни больных с инфарктом миокарда рекомендуется проводить с помощью международного стандартизированного опросника Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI). Результаты подобного исследования представлены в работах Н.Н. Крюкова и М.А. Качковского (2005 г.). В Оренбургской области

исследования по изучению качества жизни пациентов с инфарктом миокарда ранее не проводились.

Цель исследования: научно обосновать пути совершенствования организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста с острым инфарктом миокарда.

Задачи исследования:

1. Провести анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения Оренбургской области по причине болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда.

2. Провести анализ организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда в Оренбургской области.

3. Оценить качество жизни и распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте.

4. Изучить удовлетворенность пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, организацией оказания экстренной специализированной медицинской помощи в Оренбургской области.

5. Разработать, внедрить и оценить эффективность мероприятий, направленных на совершенствование организации экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области.

Научная новизна исследования.

В результате исследования получены данные за последние восемь лет о динамике показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения, в том числе от инфаркта миокарда, у взрослого населения Оренбургской области. Установлено, что на фоне роста общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения

отмечен четкий тренд к снижению показателей инвалидности и смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний.

Комплексная оценка функционирующей системы организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда с использованием SWOT-анализа позволила выявить преимущества и недостатки ее организации, что явилось основанием для разработки предложений по ее совершенствованию.

Проведено изучение качества жизни и распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте.

Изучена удовлетворенность пациентов, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, организацией оказания им экстренной специализированной медицинской помощи в регионе.

На основе полученных данных разработан и внедрен комплекс научно обоснованных мероприятий по совершенствованию организации экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда в Оренбургской области. Представлена оценка эффективности внедрения разработанных мероприятий.

Научно-практическая значимость исследования.

В результате исследования получены новые данные о динамике и структуре показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда, у взрослого населения Оренбургской области.

Выявленные недостатки в организации экстренной специализированной кардиологической помощи в регионе явились основанием для разработки и дальнейшего внедрения комплекса мероприятий, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, преимущественно за счет перепрофилирования межмуниципальных

медицинских центров в первичные сосудистые отделения, а также расширения чрескожных коронарных вмешательств и других видов высокотехнологичной медицинской помощи жителям, проживающим в отдаленных территориях.

Использование в исследовании международного стандартизированного опросника Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI) позволило оценить качество жизни пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте. Результаты этой оценки явились основанием для внедрения реабилитационных технологий по коррекции физического, эмоционального и социологического функционирования в ранний восстановительный период, а также с целью профилактики осложнений инфаркта миокарда и предупреждения преждевременной смерти.

Анализ разработанного и внедренного комплекса инновационных мероприятий выявил его высокую эффективность по результатам наблюдений в период 2018-2019 гг.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В Оренбургской области, несмотря на тенденцию к снижению показателей заболеваемости и инвалидности вследствие инфаркта миокарда, уровни данных показателей остаются высоким. При этом у лиц трудоспособного возраста зарегистрированы опережающие темпы снижения показателей инвалидности вследствие инфаркта миокарда. В трудоспособном возрасте у лиц мужского пола выявлены более высокие показатели частоты развития инфаркта миокарда, уровней инвалидности и смертности.

2. Основные проблемы организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда были связаны: с недостаточной оснащенностью межмуниципальных медицинских центров современным оборудованием и дефицитом медицинских кадров; с низким охватом населения, проживающего в отдаленных территориях, чрескожными коронарными

вмешательствами и другими видами высокотехнологичной медицинской помощи; с недостаточным охватом пациентов медицинской реабилитацией в ранний восстановительный период.

3. Результаты оценки качества жизни пациентов трудоспособного возраста, перенесших острый инфаркт миокарда, свидетельствуют о гендерных отличиях в виде более низких показателей эмоционального функционирования на фоне более высоких показателей физического и социального функционирования среди мужчин, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ медицинской реабилитации в ранний восстановительный период.

4. Установлена высокая удовлетворенность пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, организацией экстренной кардиологической помощи в регионе.

5. Внедрение разработанных мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, включающих изменение организационной структуры оказания экстренной специализированной медицинской помощи – перепрофилирование межмуниципальных медицинских центров в первичные сосудистые отделения, а также расширение использования чрескожных коронарных вмешательств и других видов высокотехнологичной медицинской помощи, показало их высокую эффективность.

Степень достоверности результатов исследования.

Достоверность полученных результатов исследования обеспечена системным подходом к изучению научной проблемы. Оценка заболеваемости, инвалидности и смертности по причине инфаркта миокарда в Оренбургской области выполнена с использованием основных методов изучения общественного здоровья и здравоохранения: эпидемиологического, статистического, социологического и аналитического методов. Социологические исследования по изучению качества жизни,

распространенности основных факторов риска и удовлетворенности оказанием медицинской помощи среди пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда выполнены на репрезентативном объеме выборки. Для обработки полученных данных применены современные методы статистического анализа, включая параметрические и непараметрические методы. Полученные результаты исследования отражены в серии научных работ, опубликованных в ведущих рецензируемых изданиях, в том числе входящих в рекомендуемый список журналов Высшей аттестационной комиссии.

Внедрение результатов исследования. В ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» и ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга внедрены: мониторинг качества жизни и основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда (Акты внедрения от 12.11.2018 г. и от 16.11.2018 г.).

В основу Распоряжения Министерства здравоохранения Оренбургской области от 11 сентября 2018 года №2013 «О реорганизации межмуниципальных центров, оказывающих экстренную помощь пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией в первичные сосудистые отделения» легли разработанные в результате настоящего исследования научно обоснованные предложения.

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения №1, 2 и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России (Акты внедрения от 12.10.2018 г., от 17.12.2018 г., от 23.04.2019 г.).

Апробация результатов исследования. Материалы исследования доложены и обсуждены на:

- VI научно-практической конференции «Оренбургские Пироговские чтения» (23 - 25 ноября 2016 г., г. Оренбург);
- XVI научно-практической конференции «Актуальные вопросы военной и практической медицины» (10 - 11 декабря 2016 г., г. Оренбург);
- I Международном молодежном научно-практическом форуме «Медицина будущего: от разработок до внедрения» (19 – 21 апреля 2017 г., г. Оренбург);
- VI Международном форуме кардиологов и терапевтов (28 - 30 марта 2017 г., г. Москва);
- II Всероссийской научно-практической конференции «Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья» (26 мая 2017 г., г. Новосибирск);
- XVIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья» (15 - 16 апреля 2017 г., г. Москва);
- Завадских чтениях: XII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии (25 марта 2017 г., г. Ростов-на-Дону);
- VII научно-практической конференции «Оренбургские Пироговские чтения» (22 - 24 ноября 2017 г., г. Оренбург);
- XVII Межрегиональной мультидисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы военной и практической медицины» (7 – 8 декабря 2017 г., г. Оренбург);
- II Международном молодежном научно-практическом форуме «Медицина будущего: от разработки до внедрения» (18 – 19 апреля 2018 г., г. Оренбург);
- VIII научно-практической конференции «Оренбургские Пироговские чтения» (28 - 30 ноября 2018 г., г. Оренбург);

– XVIII Межрегиональной мультидисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы военной и практической медицины» (16 – 17 апреля 2019 г., г. Оренбург);

- IX научно-практической конференции «Оренбургские Пироговские чтения» (28 - 29 ноября 2019 г., г. Оренбург).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно определены: цель, задачи, объект, предмет и единица исследования, разработаны план и программа исследования (90%). Автором выполнен сбор первичных данных для эпидемиологического исследования (100%), проведено социологическое исследование методом анкетирования пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда (100%). Автором самостоятельно выполнены: обзор литературы по теме исследования (100%), статистический анализ и интерпретация полученных результатов исследования (90%). Автором научно обоснованы пути совершенствования оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, выполнен анализ эффективности разработанных мероприятий и SWOT-анализ (90%). При непосредственном участии автора подготовлены публикации (85%) и оформлен текст диссертации (85%).

По теме исследования опубликовано 23 печатных работы, из которых 4 статьи - в научных рецензируемых журналах, входящих в перечень изданий, рекомендованных ВАК.

Глава I. Обзор литературы

1.1. Состояние заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда

В середине прошлого столетия во многих странах мира произошло существенное изменение структуры смертности населения, что было связано со значительным уменьшением уровня смертности по причине инфекционных заболеваний [118]. Эти изменения привели к увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Ведущими причинами смертности населения в России, как и в большинстве стран мира, стали болезни системы кровообращения (БСК).

Начиная со второй половины прошлого века, в подавляющем большинстве западноевропейских стран после небольшой стагнации начался устойчивый рост продолжительности жизни населения, обусловленный снижением смертности в трудоспособном возрасте, а затем и в старших возрастных группах. Наблюдаемый рост ожидаемой продолжительности жизни был практически полностью обусловлен снижением смертности от БСК. За «провалом» начала 1990-х гг. последовала еще одна волна роста и снижения продолжительности жизни, и, лишь начиная с 2003 г., отмечается достаточно устойчивый, восстановительный рост продолжительности жизни населения России [9, 17, 24, 29, 30, 66, 87].

Отмечено, что продолжительность жизни мужчин в Российской Федерации только в 2013 г. достигла уровня, наблюдаемого в 1964 г. [66].

Наряду с ростом продолжительности жизни, доля смертей от ишемической болезни сердца (ИБС) в стране увеличивалась, составляя в 2014 г. практически половину всех случаев смертей от БСК. При этом в западноевропейских странах наблюдалось уменьшение удельного веса смертей от ИБС [66, 118, 143].

Болезни системы кровообращения (БСК) являются весьма актуальной медико-социальной проблемой для населения трудоспособного возраста

Российской Федерации. По данным на 2009 г. этот класс болезней определял 33,7% общей смертности мужской и 30,3% женской популяции населения данной возрастной категории [85].

В исследовании Сидуллиной Е.Ю. установлено, что за период 2012 - 2016 гг. в республике Татарстан показатели общей заболеваемости БСК уменьшились в 0,91 раз [86].

В городской поликлинике № 2 г. Воронежа в структуре первичной заболеваемости взрослого населения БСК в 2015 г. находились БХПКД (50,7%), ЦВБ (19,9%) и ИБС (17,9%). Отмечено, что с 2013 по 2015 годы произошел рост заболеваемости БСК на 12,7% [23].

За десятилетний период (2006-2015 гг.) в РФ произошло уменьшение числа инвалидов вследствие БСК и увеличение в структуре инвалидности по данному классу болезней лиц молодого и среднего возраста. Инвалиды среднего возраста (45 - 54 женщины, 45 - 59 мужчины) по причине БСК преобладали среди повторно признанных инвалидами и в основном относились ко второй группе инвалидности [8].

В Республике Тыва за последние 25 лет заболеваемость БСК выросла более чем в 2,5 раза, острый инфаркт миокарда увеличился в 5 раз, ишемической болезнью сердца на 13%. Показатель заболеваемости БСК в республике были в 2,5 раза ниже показателя Российской Федерации и в 2,7 раза ниже показателя по Сибирскому федеральному округу. В структуре общей заболеваемости БСК ведущее место занимают – БХПКД [107].

В Челябинской области выявлена устойчивая тенденция роста общей и первичной заболеваемости по обращаемости ИБС, в период с 2001 г. по 2012 гг. установлен рост уровня смертности от ИБС на 12,2%. При этом уровень госпитализации больных с ИБС увеличился на 5% за счет медицинских организаций первой группы [7]. В структуре общей заболеваемости ИБС в 2014 г. 58,8% составляла стенокардия. Уровень первичной заболеваемости ИБС в Челябинской области в 2014 г. соответствовал уровню аналогичного показателя в РФ. В структуре общей заболеваемости ИБС в 2014 г. острый

инфаркт миокарда составлял 3,7%. Уровень смертности населения от ИБС снизился на 4,7%, отмечено снижение уровня смертности на 14,4% к уровню 2005 г. от первичного инфаркта миокарда на 14,4% [77].

В результате анализа медицинской документации пациентов с болезнями системы кровообращения, проживающих в Новгороде, установлено, что более чем у 65,0% пациентов имелась сопутствующая патология и инсулиннезависимый сахарный диабет, который и послужил причиной развития сердечно-сосудистых заболеваний [27].

Повысить охват и качество диспансерного наблюдения пациентов со стенокардией необходимо на основе взаимодействия ТФОМС, СМО, МИАЦ, МО и регионального Министерства здравоохранения [45].

В Хабаровском крае отмечается увеличение как общей, так и первичной заболеваемости по классу БСК за период с 2009 по 2013 гг. При этом распространенность БСК за период наблюдения была ниже общероссийских и дальневосточных данных. Численность пациентов с впервые выявленной ИБС в 2013 году увеличилась в 3 раза [25]. На фоне снижения уровня впервые признанных инвалидами в крае повышалось количество граждан, представленных на медико-социальную экспертизу после оперативного лечения ИБС [90].

Снижение заболеваемости острым инфарктом миокарда и повышение повторным инфарктом миокарда за 11-летний период (2002 - 2012 гг.) привело к статистически значимому увеличению в структуре заболеваемости инфарктом миокарда доли повторных инфарктов миокарда с 12,8% до 15,9% в целом в РФ, с 11,7% до 15,7% в Сибирском федеральном округе и с 13,3% до 19,3% в Омской области [13].

Пациент с ИБС, прооперированный в рамках оказания ВМП, — это чаще всего мужчина («КорАКШ» — 80%, «КорСтент» — 76%). При кардиоторакальном вмешательстве 50% пациентов мужского пола подвергались оперативному вмешательству.

За последние 30 лет во многих экономически развитых странах удалось добиться снижения смертности от ИБС более чем на 30%, что связано, во-первых, со снижением факторов риска (ФР) за счет изменения образа жизни пациентов, и во-вторых, с повышением качества и эффективности медицинской помощи [10, 21, 43, 114, 115, 136, 156].

Установлено, что заболеваемость ИМ прогрессивно возрастает по мере постарения населения, достигая максимума в возрасте 60 лет и старше. Соотношение женщин и мужчин среди заболевших составляет 1:3, причем в относительно молодом возрасте эти различия выглядят более отчетливо, чем в старших возрастных группах. Наиболее частыми факторами риска являются: возраст - старше 65 лет у женщин, и старше 50 лет у мужчин, курение, ожирение, гипертоническая болезнь. Наиболее часто осложнения возникают у мужчин старше 50 лет и в 95% случаев это были нарушения ритма и проводимости. Вышеуказанные данные ярко отражают необходимость проведения активной санитарно-просветительской работы среди населения для профилактики ССЗ [60, 152, 169].

По данным многочисленных исследований к заболеваниям, приводящим к смертности по причине БСК, относятся цереброваскулярные болезни (ЦВБ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [85].

В Российской Федерации за период с 2006 по 2014 годы отмечено снижение смертности от БСК, которое составило 25,5%. Показатели смертности от первичного и повторного ИМ снизились на 12%. В то же время на динамику показателей и вклад в общее число смертей повлияло изменение подходов к определению основной причины смерти, включая рекомендации Минздрава РФ, а внесенные изменения в Краткую номенклатуру причин смерти Росстата не позволяют корректно сравнить показатели смертности от отдельных причин, входящих в класс БСК [48].

В последние годы во многих странах, где наблюдалось снижение показателей смертности, для оценки влияния профилактических и лечебных мероприятий стали рассчитывать так называемое число предупрежденных

или отложенных случаев смерти (ПСС) от различных причин [88, 146, 151]. Чаще всего используется показатель смертности от ИБС. Отмечено, что число смертей от БСК снизилось у лиц обоего пола, но разного возраста. В более молодых возрастных группах населения (< 65 лет) темпы снижения выше среди мужчин, чем среди женщин. Проведенный анализ свидетельствует о том, что, несмотря на более высокую смертность от БСК среди мужчин трудоспособного возраста по сравнению с женщинами, темпы снижения этого показателя среди мужчин за период 2003 - 2009 гг. были существенно более выраженными, что нашло свое отражение в большем числе ПСС среди этой части популяции [108].

Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность стенокардии увеличивается с возрастом: у женщин – с 5 - 7% в возрасте 45 - 64 года до 10 - 12% в возрасте 65 - 84 года, у мужчин – соответственно с 4 - 7 до 12 - 14%. Ежегодно общая смертность больных стенокардией составляет 1,2 - 2,4%, смертность от сердечных причин – 0,6 - 1,4%, т.е. при отсутствии осложнений прогноз у таких пациентов в целом благоприятный [58].

Согласно данным популяционных исследований, стенокардия у женщин является первым клиническим проявлением ИБС, а у мужчин – вторым, после инфаркта миокарда (ИМ) [58].

В Свердловской области с 2012 по 2018 годы уровень смертности населения от БСК снизился на 10,7%, что ниже, чем в среднем по России (19,6%). Снижение показателя смертности отмечается среди населения, проживающего и в городах, и в районах области. В структуре причин смертности от БСК в 2018 году почти половину всех случаев составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1, 2, 14].

В Кемеровской области за период с 2006 по 2014 гг. также отмечено снижение показателей смертности вследствие БСК, кроме того, внутри самого класса БСК снизились показатели смертности по причинам смерти, кодируемым как неуточненные, и по всем представленным позициям стали

составлять менее 10%, а в РФ данный показатель оставался более 40%, что косвенно свидетельствует о повышении качества диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кемеровской области [33, 34].

За 2011 - 2015 годы в Минской области Беларуси достигнуто снижение смертности населения, в том числе в трудоспособном возрасте. Однако, БСК по-прежнему занимают первое место в структуре смертности населения. В трудоспособном возрасте доля умерших от БСК составляет 34,4% случаев смерти от всех причин. В 2016 году смертность от БСК у мужчин была в 6,1 раза выше, от ишемической болезни сердца - в 10,5 раза выше, чем у женщин [12].

При анализе вклада различных заболеваний в структуру смертности от БСК у мужчин, начиная с возраста 50 лет, возрастает вклад таких причин, как ИБС и цереброваскулярные болезни (ЦВБ), но в то же время существенно снижается вклад острых форм ИБС [20].

В последние годы в нашей стране показатели смертности имеют большие колебания по годам наблюдения. Снижение смертности от БСК во многих территориях происходило за счет погрешности в кодировании, что отражалось на изменении показателей смертности от других причин. Кроме того, в прошлые годы не обоснованно много кодировали причину смерти как «старость», особенно в сельской местности. В результате принятых мер по объективизации кодирования причин смерти произошел некоторый рост показателей смертности от БСК. Кроме того, снизилась доля причин смерти, кодируемая как «старость».

В структуре умерших от БСК в Республике Башкортостан в 2018 году 47,6% составили цереброваскулярные болезни, 40,0% – ишемическая болезнь сердца, 3,4% – инфаркт миокарда. В трудоспособном возрасте доля умерших от БСК составляет 34,4% случаев смерти от всех причин. Число умерших мужчин в трудоспособном возрасте в 4,5 раза выше, чем женщин. При БСК эти различия еще более выраженные. В 2016 году смертность от БСК у

мужчин была в 6,1 раза выше. От ишемической болезни сердца (ИБС) смертность мужчин была в 10,5 раза выше, чем у женщин [46].

В Краснодаре значительный вклад в смертность от БСК вносят диагнозы, требующие дополнительной интерпретации. Треть пациентов, умерших от БСК, не получали медицинскую помощь, что свидетельствует о низком охвате профилактическими осмотрами прикрепленного населения. Высокая смертность от БСК обуславливает необходимость внедрения эффективных программ профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний [11].

Удельный вес умерших от БСК в трудоспособном возрасте в Башкортостане составляет 29,8% от общей смертности. Динамика смертности от БСК среди населения трудоспособного возраста в РБ в целом, как у мужчин, так и у женщин имеет тенденцию к росту - по РБ на 21,0%, тогда как по РФ в динамике отмечено снижение данного показателя (на 26,6%) [97].

Распределение показателей смертности от различных видов заболеваний системы кровообращения среди трудоспособного населения в Волгоградской области за 2016 год, имеет следующий вид: ишемическая болезнь сердца (в том числе инфаркты) - 43,3%, цереброваскулярные болезни (в том числе инсульты) - 22,0%, прочие болезни сердца - 14,3%, легочное сердце и нарушение легочного кровообращения, кардиомиопатия и сердечная недостаточность - 8,8%, алкогольная кардиомиопатия - 8,4%. Ведущими нозологическими формами общей заболеваемости населения Волгоградской области БСК являются БХПКД, ИБС, ЦВБ. За последние пять лет (2012 - 2016 гг.) заболеваемость патологией системы кровообращения увеличилась на 20,7%, смертность же от заболеваний сердечно-сосудистой системы в 2016 году снизилась на 8,2% [81].

При анализе смертности в Рязанской области обращает на себя внимание постепенное снижение коэффициентов смертности от ССЗ при сохраняющемся высоком уровне смертности от всех причин. Это может быть

связано с изменением принципов кодирования ССЗ и приведением в соответствие с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также развитием кардиологических центров в регионе [113].

Таким образом, в стране сохраняется высокий уровень заболеваемости населения БСК. Так в течение последнего десятилетия показатели общей заболеваемости ИМ колебались в Российской Федерации: от минимальных – 27,9 до максимальных – 29,6 на 1000 населения, а в Оренбургской области: от 33,1 до 37,6 на 1000 населения. При этом в структуре смертности населения такие БСК, как ОНМК и ИМ, занимают лидирующие позиции. В связи с этим комплексное исследование показателей заболеваемости, инвалидности и смертности по причине БСК, вкл. ИМ, сохраняет свою актуальность.

1.2. Состояние организации медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда

В 2008 году в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» началась реализация мероприятий по снижению смертности от инсультов и острого коронарного синдрома (ОКС). Данный комплекс мероприятий получил неофициальное название «сосудистой программы» [105]. Реализация данной программы по территории России проводилась в несколько этапов и началась с «пилотных» регионов - республик Башкортостан, Карелия и Чувашия, Алтайского, Красноярского, Ставропольского краев, Белгородской, Воронежской, Ивановской, Иркутской, Сахалинской и Свердловской областей. И в каждый последующий год в программу включались 12 - 14 новых территорий. Оренбургская область начала участвовать в программе с 2012 года.

Главной особенностью программы явилось оказание медицинской помощи при сосудистых катастрофах в региональных сосудистых центрах (РСЦ) и первичных сосудистых отделениях (ПСО). Перед РСЦ также была поставлена задача внедрения в практику рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения. ПСО создавались на базе районных или городских больниц в виде кардиологических отделений с блоками интенсивной терапии, оснащенных современным оборудованием. Суть этих организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности имеющейся системы оказания специализированной медицинской помощи больным с ОКС, заключалась в существенном увеличении применения тромболитической терапии (ТЛТ) и создания алгоритма своевременного направления таких пациентов на лечение в РСЦ.

В 2012 году введен новый Порядок оказания медицинской помощи больным с ССЗ [55], который объединил два ранее существующих Порядка по плановой и неотложной медицинской помощи населению при БСК, а также правила организации деятельности трех специальностей: кардиология,

сердечно-сосудистая хирургия и рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение.

Согласно данному документу [46] пациентам с БСК оказываются такие виды медицинской помощи, как первичная медико-санитарная, специализированная и скорая медицинская помощь. При наличии показаний пациент транспортируется в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Кардиология». В специализированную медицинскую помощь входят профилактика, диагностика, лечение, реабилитация заболеваний и патологических состояний сердечно-сосудистой системы, при которых необходимо применение специальных методов и сложных медицинских технологий, включая экстренные рентгенэндоваскулярные вмешательства.

В порядке оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями указано, что порядок организации деятельности сосудистого центра для больных с инфарктом миокарда медицинской организации, являющееся структурным подразделением медицинской организации, имеет в своем составе следующие структурные подразделения: кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии и отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Основными функциям кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапия является: оказание медицинской помощи больным с угрожающими жизни состояниями, доставленным бригадами скорой медицинской помощи круглосуточно; оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи больным, находящимся на лечении в кардиологических и других отделениях медицинских организаций круглосуточно.

За последние шесть лет существенно изменились критерии качества медицинской помощи пациентам с БСК, утверждаемые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [49 - 52]. Критерии качества медицинской помощи применяются в

целях оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Если в 2012 году к критериям качества медицинской помощи пациентам с БСК относились - смертность населения от БСК, в том числе трудоспособного возраста, то в 2018 году количество критериев увеличилось – это доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, доля пациентов с острым ИМ, которым проведена ТЛТ, доля пациентов с острым ИМ, которым проведено стентирование коронарных артерий, доля пациентов с острым и повторным ИМ, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис [49 - 52].

Реализация Сосудистой программы находилась на постоянном контроле у Правительства РФ. Так в 2013 году премьер-министром РФ Д.А. Медведев было отмечено, что благодаря «Сосудистой программе» была полностью перестроена система специализированной медицинской помощи при «сосудистых катастрофах», что нашло отражение в снижении показателей смертности по причине БСК [53].

Министр здравоохранения РФ на ежегодных заседаниях Коллегий Минздрава России докладывала о ходе реализации «Сосудистой программы». В 2016 году Скворцовой В.И. отметила, что в стране произошел рост числа сосудистых центров по отношению к 2012 году – на 88,6% [15]. В 2018 году из доклада В.И. Скворцовой следовало, что количество сосудистых центров выросло до 609, их открытие и функционирование обеспечили возможность использования системного тромболизиса при ИМ и ангиопластик коронарных артерий. Деятельность обновленной системы оказания медицинской помощи при ОКС позволила снизить смертность от ИМ за период с 2012 по 2017 год в 1,7 раза [35].

В Указе Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [92] отмечено, что в 2024

году необходимо обеспечить достижение следующих целевых показателей: снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), а также разработать и реализовать программу борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

В конце 2018 года министр здравоохранения РФ, профессор В.И. Скворцова заявила о подготовке к реализации нового Национального проекта «Здравоохранение», одним из направлений которого должно стать улучшение оснащения медицинскими оборудованием РСЦ и ПСО. «С момента старта предыдущей программы прошло 10 лет, и оборудование стало выходить из строя, морально устаревать, на медицинском рынке представлены новые поколения оборудования. Для замены оборудования в сосудистых центрах будет использован аналогичный порядок, как и 10 лет назад. Замене подлежит все оборудование, включая крупное, «тяжелое» – компьютерные магниторезонансные томографы, ангиографы, нейрохирургические операционные и навигационные установки, микроскопы и т.д.». «Анализ геоинформационной карты показывает, что в отдельных регионах система сосудистых центров не достроена, сообщила министр. На некоторых территориях нет возможности доставлять пациента в течение «золотого часа». Поэтому для каждого субъекта РФ был разработан план расширения сети сосудистых центров, предусматривающий создание новых учреждений, перевод части первичных отделений на уровень региональных центров. В них появится эндоваскулярная хирургия, спасающая пациентов при острых коронарных синдромах и ишемическом инсульте» [16].

Таким образом, с января 2019 года в стране реализуется Национальный проект «Здравоохранение», главной целью которого является снижение смертности населения Российской Федерации от БСК. В Национальный проект «Здравоохранение» входят федеральные проекты, одним из направлений которого является борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Этот проект должен быть реализован в каждом из 85 субъектов Российской Федерации за период 2019 – 2024 годы. Целевой

показатель проекта: снижение смертности от БСК в стране (до 450 случаев на 100 тыс. населения). При этом в 2017 году данный показатель составлял 587,6 случаев на 100 000 населения [92].

В ходе реализации программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями» необходимо:

- Проведение популяционной профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска;
- Обеспечение качества оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми в соответствии с клиническими рекомендациями;
- Кадровое обеспечение системы оказания помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- Переоснащение или дооснащение РСЦ и ПСО во всех субъектах Российской Федерации.

В соответствии со статьей 37 Федерального закона №323 [54] медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с:

- Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждаемым Минздравом России;
- Порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом России и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

Медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям и включает в себя: этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности и стандарт оснащения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации.

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг. Перечень заболеваний, состояний, по которым разрабатываются клинические рекомендации, формируется Минздравом России на основании установленных им критериев.

По каждому заболеванию, состоянию для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации.

Клинические рекомендации пересматриваются не реже одного раза в три года.

Клинические рекомендации, одобренные научно-практическим советом и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, размещаются на официальном сайте Минздрава России в сети «Интернет».

На сентябрь 2019 года в Российской Федерации имеются только две клинических рекомендации по анализируемой в настоящем исследовании группе заболеваний – это клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца» и «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы».

Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии [55].

В настоящее время для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с БСК разработаны и утверждены стандарты: при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда с/без подъема сегмента ST электрокардиограммы, при тромбоэмболии легочных артерий, при желудочковой тахикардии, при остром тромбозе в системе верхней и нижней полых вен, при фибрилляции и трепетании предсердий [75, 79].

По мнению Сагайдак О.В. в ряде субъектов РФ в расчётах оптимального количества РСЦ целесообразно учитывать площадь субъекта и плотность его населения. В зависимости от плотности населения все субъекты должны быть разделены на 5 групп. Одна из ключевых задач РСЦ – своевременная квалифицированная специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь больным с ОКС с подъёмом и без подъёма сегмента ST. Для выполнения поставленной задачи сосудистые центры должны быть оснащены необходимым оборудованием и укомплектованы квалифицированными кадрами [55]. По данным Минздрава России, на конец 2016 г. зарегистрировано 130 региональных СЦ и 416 ПСО. Таким образом, согласно представленному алгоритму, необходимо увеличить количество СЦ в 1,8 раза. Однако, как отмечает Сагайдак О.В. [82] по данному алгоритму расчёт количества СЦ проводится с условием: 1 СЦ – 1 рентгеноперационная. Таким образом, 239 СЦ условно эквиваленты 239 рентгеноперационным. Вместе с тем в субъектах с высокой плотностью населения, где площадь позволяет быстро доставить в СЦ больного с ОКС,

возможно объединение нескольких операционных в одном СЦ. Но этот подход невозможен в субъектах с низкой плотностью населения, где необходима организация отдельных СЦ на определённых территориях.

В Оренбургской области создано и функционирует 16 специализированных медицинских центров/отделений, где применяются современные технологии ведения больных с острыми сосудистыми катастрофами.

Система оказания медицинской помощи пациентам с острой сосудистой патологией в Оренбургской области до 2018 года была представлена 10 межмуниципальными кардиологическими центрами, 5 первичными сосудистыми отделениями, и региональным сосудистым центром (в городе Оренбурге). Кроме того, в Оренбургской области функционировали 4 ЧКВ-центра (в городах - Оренбург, Новотроицк, Бузулук).

Таким образом, как в Оренбургской области, так и в Российской Федерации в целом, в период до 2024 года продолжится реализация федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение». В связи с этим научное обоснование совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда является своевременным и актуальным.

1.3. Качество жизни пациентов с инфарктом миокарда и факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

В конце 20 – начале 21 века в медицине значительно вырос научный интерес к изучению качества жизни (КЖ). Качество жизни, связанное со здоровьем, является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [47, 58].

Правильный выбор инструмента исследования – основа методологии оценки КЖ. В ее основе лежит многокомпонентность, включающая: разработку протокола исследования; выбор инструмента исследования; обследование больных; сбор данных; формирование базы данных; шкалирование данных опросника; статистическую обработку данных опросника; анализ и интерпретацию полученных результатов исследования [47].

Оценка КЖ, связанного со здоровьем, основана на заполнении опросников (анкет). Ответы на вопросы может заполнять или сам врач (медицинский работник) или пациент. Вопросы позволяют уточнить то, как различные заболевания или отдельные симптомы сказываются на физическом, социальном, психологическом и других составляющих самочувствия, а также способности иметь полноценную жизнедеятельность, т.е. питаться, передвигаться, общаться с другими людьми, а также выполнять различные социальные функции [47].

В доступной литературе опубликованы результаты многочисленных исследований качества жизни, выполненных как среди населения разного возраста (дети, подростки, взрослые, пожилые и старые), так и среди пациентов с различными заболеваниями [67 - 69]. Уже не вызывает сомнения, что параметры КЖ являются дополнительными критериями при оценке состояния здоровья населения на всех уровнях. При этом интерес у учёных вызывает зависимость параметров КЖ от проведенной терапии того или иного заболевания и вида этой терапии: медикаментозное,

хирургическое и прочее. Это позволяет апробировать, внедрять и использовать оценку КЖ не только в виде дополнительного критерия здоровья, но и в виде критерия эффективности лечения [65, 70].

У опросников (анкет) для изучения (оценки) КЖ имеются такие психометрические свойства, как надежность, валидность и чувствительность. По мнению Новик А.А. и Ионовой Т.И. надежность определяет степень, с которой оцениваемая переменная отражает истинный балл, т. е. точность измерения, валидность (достоверность) – способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена, а чувствительность – способность опросника выявлять изменение показателей КЖ в соответствии с возможными изменениями в состоянии респондента [47].

Выделяют следующую классификацию опросников (анкет) для оценки КЖ: общие (для детей и взрослых; для здоровых и больных и т. д.); специальные, в т.ч. по профилю (онкология, неврология, ревматология и т.д.), по классу болезней (болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни пищеварительной системы и т.д.), по отдельному заболеванию (инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка и т.д.).

Для оценки КЖ с позиции пациентов применяется «золотой стандарт» - международный стандартизированный опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form), созданный в 1992 году J.E. Ware. Этот опросник был усовершенствован по формату и процедуре шкалирования российскими исследователями Межнационального центра исследования качества жизни – МЦИКЖ (Санкт-Петербург, 1998). Данный опросник содержит 36 вопросов, тем самым оценивая КЖ по 8 шкалам: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование и психологическое здоровье. Особенностью использования данного опросника является возможность его применения как среди здоровых, так и больных людей, как в популяции среди отдельных (возрастных, половых и др.) групп населения, так и индивидуально. Кроме

того, международный стандартизированный опросник MOS SF-36 позволяет изучить динамику изменения параметров КЖ [47]. Для оценки показателей КЖ также используют опросник SF-36v2®HealthSurvey, Optum™ (SF-36). Опросник является неспецифическим, т.е. может использоваться в том числе у пациентов с кардиальной патологией. Проведение ЧКВ со стентированием пациентам со стабильной ИБС и сопутствующими симптомами тревожно-депрессивных расстройств сопровождалось очевидным улучшением показателей КЖ, в отличие от группы пациентов без сопутствующей аффективной симптоматики [64].

При лечении больных стабильной ИБС ставятся 2 основные цели – уменьшение боли, ишемии миокарда, т.е. улучшение качества жизни (КЖ), и предупреждение осложнений, улучшение прогноза и таким образом – увеличение продолжительности жизни [31, 71, 78, 110, 134, 180].

После перенесенного ИМ значительно ухудшается КЖ больных [3, 102]. В социально-психологической дезадаптации этих людей ведущую роль играют психоэмоциональные нарушения, которые являются одной из основных причин, определяющих социальную активность пациента, перенесшего ИМ, и часто – главной причиной потери трудоспособности. После завершения реабилитации КЖ также может снижаться. Поэтому, его повышение должно рассматриваться как одна из целей терапии [91]. ИМ приводит к изменению КЖ пациентов, степень снижения которого в определенной мере связана с представлением самого больного о тяжести заболевания и его последствиях. Однако не отмечается зависимости психопатологических расстройств от глубины поражения миокарда, в частности было выявлено, что у больных с мелкоочаговым ИМ имели место выраженные нарушения сна, эмоциональные расстройства, а, следовательно, более низкие показатели КЖ. Пациенты, которые чувствовали себя чрезмерно опекаемыми после ИМ, были настроены менее позитивно в отношении восстановления своего физического состояния, несмотря на отсутствие влияния этого на их объективные функциональными

возможности. У больных ИМ выявлено снижение многих параметров КЖ, а именно, ухудшение благополучия, эмоционального состояния, энергичности, появление чувства непригодности, отмечаются значительные, по сравнению с контролем, боли. В острой стадии, независимо от тяжести течения ведущими были синдромы тревоги и кардиофобии, в постинфарктном такие синдромы, как астенический, ипохондрии и депрессии. У больных с психопатологическими нарушениями в постинфарктном периоде отмечается более тяжелое клиническое течение, выраженное снижение показателей физической способности, КЖ и потери трудоспособности. Снижение КЖ у молодых больных ИМ в большей степени связано с ухудшением психического здоровья. Молодые пациенты больше страдают от депрессии и беспокойства, чем их пациенты старшего возраста. Ограничение трудовой активности, понижение социального статуса и заработка часто приводит к потере собственного уважения, а молодыми людьми предстоящая инвалидность воспринимается как стихийное бедствие. Снижение КЖ усугубляется чувством зависимости от близких, которые начинают выражать чрезмерную заботу. Гендерные особенности заключались в следующем: мужчины имели лучшие результаты по всем аспектам КЖ за исключением восприятия состояния здоровья [70, 71]. У женщин после ИМ ниже уровень физической активности, значительно более часто отмечались психологические и психосоматические жалобы, включая бессонницу, духовные проблемы [93].

Существуют специальные опросники, разработанные для отдельных нозологических форм [7, 93, 102]. Например, КЖ при инфаркте миокарда (ИМ) можно исследовать с помощью опросника *Quality of Life after Myocardial Infarction* [32]. Специальные опросники сфокусированы на конкретной нозологической форме, они позволяют уловить минимальные изменения КЖ пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени, обычно 2-4 недели. Специальные опросники короче,

более понятны пациентам, надежность результатов при их использовании выше [32].

Для исследования качества жизни пациентов с ИБС Тимошенко С.С. использовал Миннесотский опросник, разработанный в 1987 г. Т. Rector и J.Cohn. Была обнаружена зависимость между половой принадлежностью пациента и его качеством жизни: у женщин наблюдается более низкий уровень КЖ, чем у мужчин [93].

Таким образом, несмотря на значительное число исследований, посвященных проблеме КЖ, среди пациентов с ИМ, подобных исследований выполняется недостаточно, остаются нерешенными многие вопросы. Не изучено воздействие сопутствующих заболеваний на физическое, эмоциональное и социальное благополучие больных ИМ. Практически отсутствуют сведения о влиянии медикаментозной терапии на показатели КЖ у этой категории пациентов. Не решены проблемы методологии проведения исследований КЖ у пациентов с ИМ, что затрудняет внедрение этого перспективного направления в клиническую практику.

Профилактика инфаркта миокарда призвана минимизировать негативное влияние факторов риска на человеческий организм. В особенности важным является предотвращение рецидивов для пациентов, переживших сердечный приступ. Помимо медикаментозного лечения, им необходимо придерживаться целого ряда врачебных рекомендаций касательно изменения питания, увеличения физических нагрузок и корректировки способа жизни в целом [175, 179, 182].

В настоящее время общепризнано, что высокая распространенность БСК во многом обусловлена особенностями образа жизни и связанными с ним ФР: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность (НФА), злоупотребление алкоголем, приводящим к высокой распространенности среди населения АГ, ГХС, СД и ожирения, способствующих развитию и прогрессированию основных БСК [116, 121, 142, 150, 154]. Определены 7 ведущих ФР, вносящих основной вклад в преждевременную смертность

населения РФ, среди которых, повышенное артериальное давление (АД) (35,5%), ГХС (23%), курение (17,1%), нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (12,9%), ожирение (12,5%), злоупотребление алкоголем (11,9%), и НФА (9%) [18].

К медицинским факторам риска развития ИМ относятся: наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения, сахарного диабета и артериальной гипертензии [21].

В результате проведенного медико-социального исследования среди населения Сахалинской области удалось выявить наиболее значимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний населения острова: физическая инертность во время работы; стрессы; наследственность; недостаточное употребление фруктов и овощей; мужской пол [89].

Возраст половины пациентов при эндоваскулярном вмешательстве составил 53 - 65 лет по виду «КорАКШ» составила 38,0%, по виду «КорСтент» — 42,7%. При проведении как эндоваскулярных, так и кардиоторакальных вмешательств доминировали городские жители: по виду «КорАКШ» — 69,9%; по виду «КорСтент» — 74,8%. Наиболее распространенным диагнозом среди нозологических форм ИБС являлась стенокардия: «КорАКШ» — 55,3%; «КорСтент» — 50,0%. Наибольшая длительность госпитализации отмечена у женщин при проведении кардиоторакальных операций — в среднем 31 койко-день, наименьшая — у мужчин при проведении чрезкожного коронарного вмешательства (12 койко-дней) [22].

Таким образом, минимизация факторов риска может существенно снизить заболеваемость, инвалидность и смертность по причине БСК, а также привести к улучшению качества жизни пациентов.

Глава II.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнялась последовательно и носила системный характер.

Исследование проводилось в одном из субъектов Российской Федерации – Оренбургской области.

По данным Росстата по численности населения Оренбургская область занимает седьмое место в Приволжском федеральном округе и двадцать четвертое место в Российской Федерации. На 1 января 2019 года в изучаемом регионе проживало 1 977 720 человек.

Объект исследования: заболеваемость, инвалидность и смертность от БСК; ресурсное обеспечение и деятельность медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с БСК.

Единицами наблюдения являлись: пациенты с ИМ, которым была оказана специализированная медицинская помощь.

Предмет исследования: процесс оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ.

Периодом наблюдения явились: 2011– 2019 годы.

Методы исследования, используемые при выполнении диссертационной работы: эпидемиологический, социологический, статистический и аналитический.

Этапы исследования:

На первом этапе исследования осуществлен обзор литературы по теме исследования, что позволило обосновать выбор темы настоящей работы, а также ее актуальность.

На втором этапе исследования были собраны и проанализированы показатели заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения Оренбургской области по причине болезней системы кровообращения,

включая инфаркт миокарда, за период с 2011 по 2018 гг. Для этого осуществлено построение динамических рядов и расчет специальных показателей (абсолютный прирост/убыль, темпы прироста/убыли и др.).

В ходе исследования были изучены следующие показатели:

- уровни общей и первичной заболеваемости, ее структура (по полу, возрасту и месту жительства пациентов);
- уровни первичной и общей инвалидности, ее структура (по нозологическим формам и группам инвалидности);
- уровни и структура смертности (по полу, возрасту и месту жительства) и др.

Для изучения показателей заболеваемости была выполнена выкопировка данных из форм федерального статистического наблюдения медицинских организаций Оренбургской области (формы № 12, 14 и 30), а также из статистических информационных сборников Минздрава России, Минздрава Оренбургской области, Госкомстата России и Госкомстата Оренбургской области.

Показатели инвалидности были изучены на основе выкопировки данных из государственных форм отчетности Главного бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области.

Изучаемые показатели заболеваемости, инвалидности и смертности включались в динамические ряды для проведения их статистической обработки – расчета специальных показателей (абсолютный прирост, темпы прироста/убыли, показатель роста/убыли и показатель наглядности). Статистическая достоверность различий изучаемых интенсивных и экстенсивных показателей рассчитывалась параметрическим методом с помощью критерия Стьюдента (t).

На третьем этапе исследования была дана оценка организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в Оренбургской области. Для этого была собрана информация о сети медицинских организаций, медицинских кадрах (формы федерального статистического

наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и № 30 «Сведения о медицинской организации» - далее формы № 14 и № 30), а также показателях деятельности медицинских организаций, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ.

В ходе анализа кадрового потенциала медицинских работников, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами, были оценены такие показатели, как укомплектованность медицинских организаций и обеспеченность населения врачами-кардиологами.

В исследовании были изучены показатели деятельности специализированных (первичных сосудистых и межмуниципальных кардиологических) отделений 15 стационаров и регионального сосудистого центра Оренбургской области. Были проанализированы следующие показатели: число специализированных коек, обеспеченность населения данными койками, среднегодовая занятость (работа) койки, средняя длительность пребывания пациента на койке, летальность, в том числе досуточная, и др.

Оценка качества медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда выполнялась на основе критериев, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Для этого были изучены следующие показатели качества медицинской помощи: смертность населения от болезней системы кровообращения; доля числа пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания; доля пациентов с острым коронарным синдромом, которым проведена тромболитическая терапия; доля числа пациентов с острым коронарным синдромом, которым проведено стентирование коронарных артерий; доля пациентов с острым коронарным синдромом, которым бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис.

В результате исследования были выявлены основные проблемы в организации медицинской помощи пациентам с ИМ.

На четвертом этапе исследования было выполнено анкетирование пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда с целью изучения качества их жизни. Для этого было проведено социологическое исследование – анонимное анкетирование пациентов.

Объем анкетирования составили 300 пациентов. Репрезентативность выборки была рассчитана с помощью формулы А.М. Меркова, Л.Е. Полякова (1974), в которой за генеральную совокупность (N) принята среднегодовая численность пациентов с инфарктом миокарда, зарегистрированных на территории Оренбургской области.

Перед включением пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда в социологическое исследование каждому респонденту в доступной форме было сообщено о характере предстоящего исследования, его цели и задачах, а также было получено информированное добровольное согласие на участие в анонимном анкетировании. Программа социологического исследования, критерии включения и исключения из исследования, формы анкеты и информированного добровольного согласия были одобрены Локальным Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ (выписка из протокола № 151 от 19 октября 2016 года).

Критериями включения в социологическое исследование были:

1. Наличие инфаркта миокарда.
2. Возраст пациентов: 18 – 55 лет для женщин и 18 – 60 лет для мужчин.
3. Проживание в Оренбургской области.
4. Нахождение в кардиологическом отделении после перевода из отделения реанимации и интенсивной терапии, что составляло 5 – 7 день госпитализации.
5. Владение чтением и письмом на русском языке.

6. Отсутствие выраженных психических и когнитивных нарушений.

Критерии досрочного исключения пациентов из числа участников анкетирования были:

1. Возраст пациентов: моложе 18, а также старше 55 лет для женщин и старше 60 лет для мужчин.
2. Приступ стенокардии.
3. Рецидив инфаркта миокарда.
4. Прогрессирование симптомов недостаточности кровообращения.
5. Выраженные психические и когнитивные нарушения.
6. Отказ от участия в исследовании.

Социологическое исследование проводилось после перевода пациентов из отделения реанимации в кардиологическое отделение, т.е. на 5 – 7 сутки пребывания в стационаре.

Для изучения качества жизни пациентов с инфарктом миокарда был использован международный стандартизированный опросник «Качество жизни после инфаркта миокарда» (Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI)). Согласно международным правилам использования опросника «Качество жизни после инфаркта миокарда» исследование выполнялось после перевода пациентов с инфарктом миокарда из отделения реанимации в кардиологическое отделение: на 5 – 7 сутки госпитализации. Опросник содержал 27 вопросов, каждый из которых имел 7 градаций – от 0 до 6 баллов. Опросник позволял изучить 3 шкалы КЖ: эмоциональную, физическую и социальную. За 0 баллов принималось отсутствие признака, 1 балл соответствовал тому, что данная проблема беспокоит совсем мало времени, 2 балла – немного времени, 3 балла – значительную часть времени, 4 балла – большую часть времени, 5 баллов – почти все время и 6 баллов – все время. Оценка вопросов 5, 7 и 25 производилась в обратном порядке от 6 до 0. В конце подсчитывались общие баллы по шкалам и суммарный результат тестирования по всему опроснику.

Исследование качества жизни было выполнено среди 300 пациентов, находящихся на лечении в Региональном сосудистом центре (150 человек) и Первичной сосудистом отделении г. Оренбурга (150 человек).

Распространенность факторов риска была изучена с помощью анонимного анкетирования, выполненного среди 300 пациентов трудоспособного возраста, перенесших острый период инфаркта миокарда.

5 этап – анкетирование 300 пациентов трудоспособного возраста, перенесших острый период инфаркта миокарда. С целью изучения мнения пациентов по вопросу их удовлетворенности экстренной кардиологической помощью была составлена анкета. При составлении анкеты были учтены рекомендации академика РАМН профессора А.В. Решетникова (2007).

На основе полученных данных был разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ.

Разработанный комплекс мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда был апробирован на региональном уровне. Кроме того, была дана оценка эффективности внедрения мероприятий, направленных на совершенствование экстренной кардиологической помощи в регионе. Оценка эффективности внедренных мероприятий была дополнена результатами прогноза изменения показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, который был составлен на период до 2024 года.

Был выполнен SWOT-анализ, в результате которого была дана оценка сильным и слабым сторонам, а также возможностям и угрозам новой организационной модели оказания экстренной кардиологической помощи в регионе.

Программа исследования представлена в схеме 2.1.

В настоящем исследовании при статистической обработке материала осуществлялся расчет абсолютных, относительных (интенсивные, экстенсивные, динамический ряд) и средних величин. При этом оценка

динамики показателей выполнялась с помощью расчета специальных показателей динамического ряда: абсолютный прирост/убыль, темпы прироста, показатель роста и наглядности. Достоверность различий изучаемых показателей проводилась с применением параметрического критерия Стьюдента (t). В качестве критерия статистической значимости выбрана вероятность случайной ошибки менее 5% ($p < 0,05$). В работе также рассчитывался непараметрический критерий Уилкоксона (U-критерия).

Кроме того, результаты в работе был выполнен прогноз показателей заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения до 2024 года. Для этого были построены линии аппроксимации в виде полинома второй степени, а также рассчитан коэффициент детерминации.

Статистическая обработки материала исследования выполнялась с помощью программы «Statistika 10.0».

ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

Схема 2.1

Цель исследования	Научно обосновать пути совершенствования организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста с острым инфарктом миокарда				
Задачи исследования	Провести анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения Оренбургской области по причине болезней системы кровообращения, включая инфаркт миокарда	Провести анализ организации оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда в Оренбургской области	Оценить качество жизни и распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте	Изучить удовлетворенность пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, организацией оказания экстренной специализированной медицинской помощи в Оренбургской области	Разработать, внедрить и оценить эффективность мероприятий, направленных на совершенствование организации экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области
Методы исследования	Эпидемиологический	Социологический	Статистический	Аналитический	
Объекты и объемы исследования	<p>Объекты исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболеваемость, инвалидность и смертность по причине БСК, включая ИМ. 2. Ресурсная обеспеченность и деятельность медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с ОКС. <p>Объемы исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ заболеваемости, инвалидности и смертности по причине ИМ – 59 821 единица наблюдения. 2. Оценка качества жизни и распространенность факторов риска - 300 пациентов трудоспособного возраста с ИМ. 3. Анализ деятельности медицинских организаций – 16 учреждений здравоохранения. 4. Оценка удовлетворенности пациентов медицинской помощью – 300 пациентов трудоспособного возраста с ИМ. 				
Источники информации	Статистические материалы: - Минздрава РФ и Оренбургской области - Госкомстата РФ и Оренбургской области - Федерального и главного бюро МСЭ	Медицинские учетные формы – ф. 025/у, 003/у Формы статистического наблюдения - ф. №12, 14, 17, 30	Анкета для изучения распространенности ФР и удовлетворенности медицинской помощью	Международный опросник QLMI для изучения качества жизни пациентов	

Глава III. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности пациентов по причине болезней системы кровообращения в Оренбургской области

3.1. Результаты анализа заболеваемости населения болезнями системы кровообращения

На 1 января 2019 года в Оренбургской области проживало 1 963 007 человек. Было установлено, что в регионе за последние восемь лет (период с 2011 по 2018 гг.) общая численность населения уменьшилась на 68490 человек или на 2,7%.

В результате исследования была выявлена тенденция к более выраженному снижению численности населения трудоспособного возраста, проживающего как в городской, так и в сельской местностях Оренбургской области (рис. 3.1). Так в 2011 году численность лиц трудоспособного возраста в изучаемом регионе составляла 1 243 023 человек, из которых 763 679 человек (61,4%) являлись городскими жителями, а 479 344 (38,6%) – сельскими. Последующее ежегодное снижение численности населения привело к тому, что в 2018 году численность лиц трудоспособного возраста составила 1 060 201 человек (темп убыли равнялся 14,7% за восемь лет), из них городское население уменьшилось до 655 365 человек (темп убыли составил 14,6%), сельское население – до 404 836 человек (темп убыли – 15,5%). Было установлено, что в сельских территориях Оренбургской области снижение численности лиц трудоспособного возраста имело более высокие темпы.

Уменьшение численности жителей в Оренбургской области связано, как с естественной убылью (смертностью) населения, так и с внутренней миграцией населения – переездом в другие субъекты Российской Федерации.

В гендерной структуре населения трудоспособного возраста преобладали мужчины, средняя многолетняя (за период изучения – с 2011 по 2018 годы) доля которых составила 52% по отношению к 48% женщин.

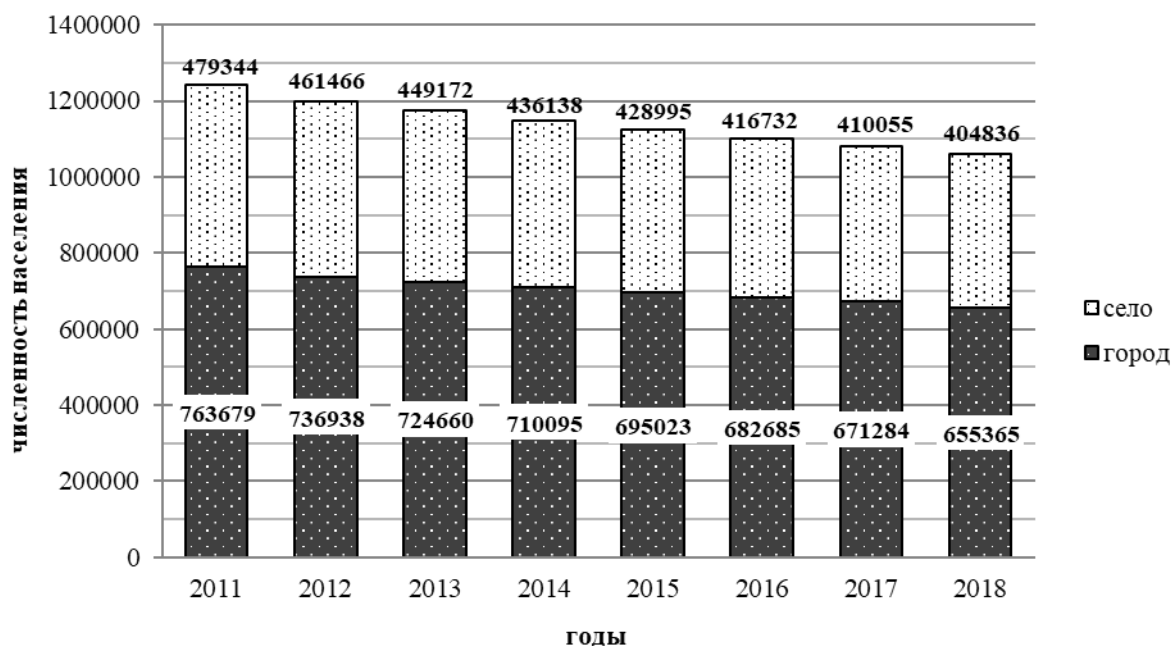


Рис. 3.1 Динамика численности населения трудоспособного возраста в Оренбургской области в зависимости от места жительства (2011 – 2018 гг.).

Из рисунка 3.2 видно, что в Оренбургской области за анализируемый период отмечалось снижение численности как женского (на 101 834 человека – на 16,8%), так и мужского (на 80 988 человек – на 12,7%) населения трудоспособного возраста.

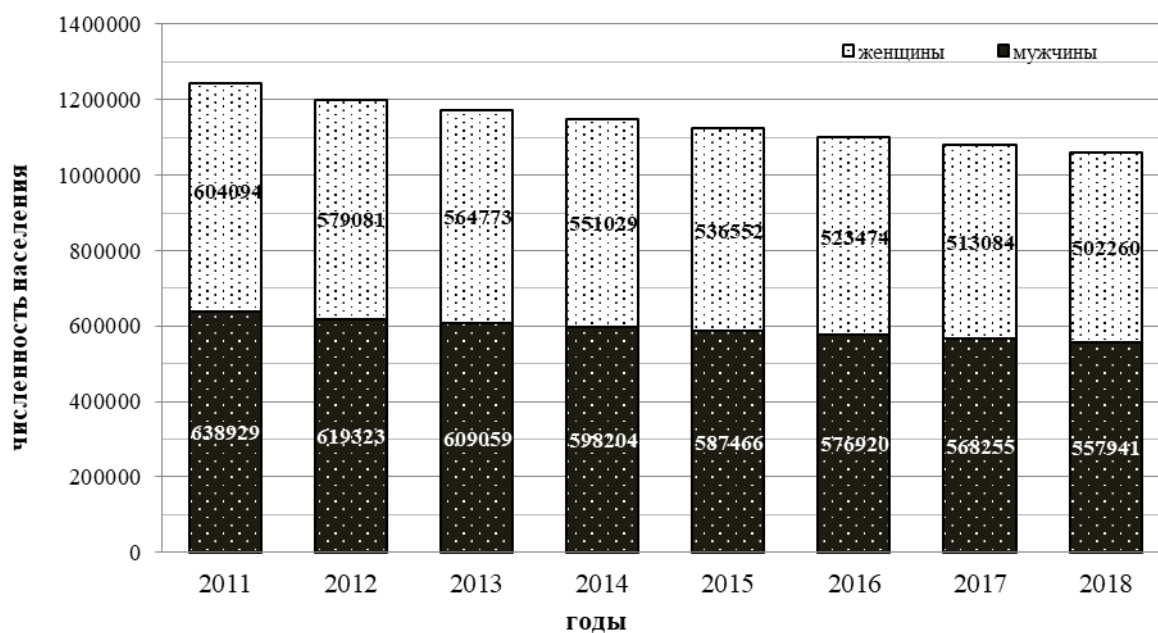


Рис. 3.2 Динамика численности населения трудоспособного возраста в Оренбургской области в зависимости от пола (2011 – 2018 гг.).

Динамика численности населения трудоспособного возраста Оренбургской области в зависимости от пола и места жительства

Годы	Численность населения (чел.)			
	Городские жители		Сельские жители	
	мужчины	женщины	Мужчины	Женщины
2011	384360	379319	254569	224775
2012	372000	364938	247323	214143
2013	366611	358049	242448	206724
2014	360004	350091	238200	200938
2015	353278	341745	234188	194807
2016	352483	330658	224437	192819
2017	341967	329317	226288	183767
2018	332654	322711	225287	179549

Установлено, что убыль мужского населения трудоспособного возраста за восьмилетний период наблюдения составила 12,7%. В то же время темпы убыли женщин трудоспособного возраста, проживающих в сельской местности, были гораздо выше, чем в городах Оренбургской области (20,1 и 14,9% соответственно).

Таким образом, анализ численности населения трудоспособного возраста, проживающего в Оренбургской области, выявил не только тенденцию к снижению численности данной возрастной группы населения в целом, но и более выраженное уменьшение численности женского населения трудоспособного возраста, проживающего в сельской местности.

С целью изучения показателей заболеваемости взрослого населения Оренбургской области БСК были проанализированы сведения, полученные из официальных статистических сборников Министерства здравоохранения Оренбургской области и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Отмечено, что показатели первичной и общей заболеваемости БСК среди взрослого населения Оренбургской области за исследуемый период

характеризовались повышением. Так за период 2011 – 2018 годов общая заболеваемость БСК повысилась на 15,6%, первичная – на 110,7%.

В результате анализа отмечено, что в Оренбургской области уровень общей заболеваемости БСК взрослого населения был выше, чем в целом по Российской Федерации.

В 2011 году в изучаемом регионе уровень общей заболеваемости БСК составил 330,7 на 1000 взрослого населения, а в 2018 году достиг уровня 382,4 на 1000 взрослого населения. При этом в Российской Федерации общая заболеваемость БСК за аналогичный период ежегодно повышалась, за восьмилетний период наблюдения темп роста данного показателя составил 8,4%. При этом минимальный уровень данного показателя отмечался в 2011 году – 279,0 на 1000 взрослого населения, максимальный - в 2018 году, составив 302,3 на 1000 взрослого населения, что наглядно видно на рисунке 3.3.

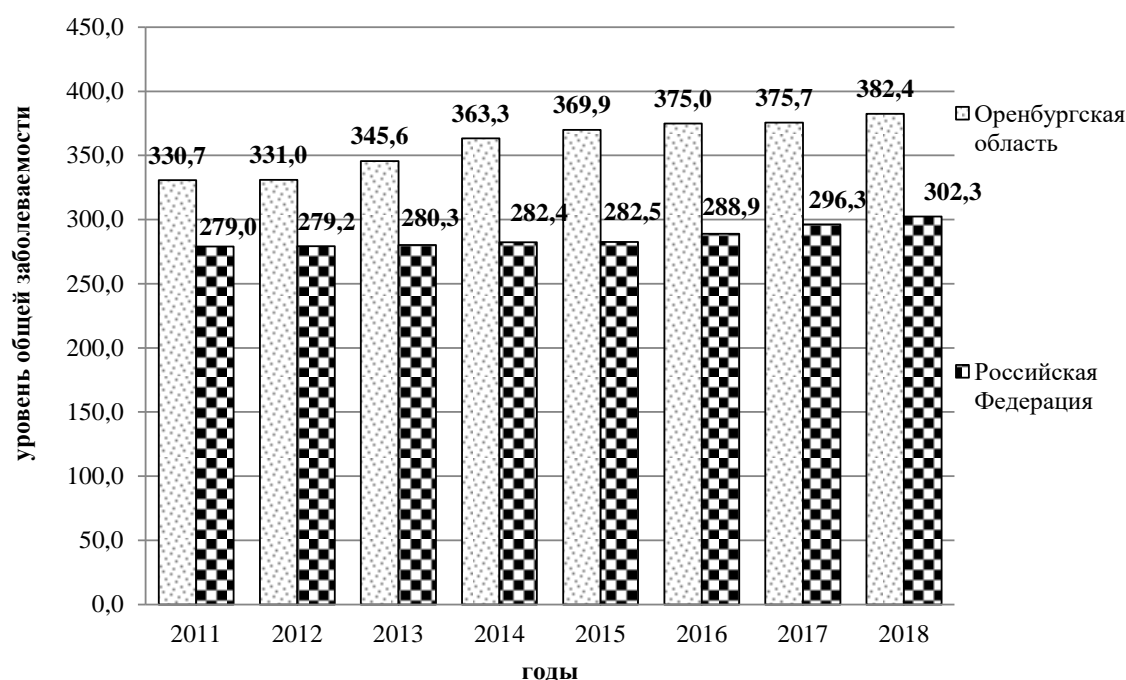


Рис. 3.3 Общая заболеваемость БСК в Оренбургской области и в Российской Федерации (на 1000 взрослого населения).

В Оренбургской области уровень первичной заболеваемости БСК взрослого населения за восемь лет повысился более значительно – в 2,1 раза и составил в 2018 году 67,0‰, в то время как в 2011 году равнялся 31,8‰.

На рисунке 3.4 видно, что в изучаемом регионе повышение первичной заболеваемости БСК среди взрослого населения наблюдалось ежегодно: в 2012 г. – на 2,5%, в 2013 г. – на 4,3%, самое значительное в 2014 г. - на 34,1%, в 2016 г. – на 10,7%, в 2017 г. – на 29,6%, и в 2018 г. – на 1,3%. В 2011 – 2013 годах существенной разницы среднерегionalных и среднероссийских показателей не отмечалось, но с 2014 года показатели первичной заболеваемости БСК среди взрослого населения в Оренбургской области резко выросли и на протяжении последующих лет значительно превышали среднероссийский уровень. Так в 2018 году разница между среднерегionalными и среднероссийскими значениями первичной заболеваемости БСК среди взрослого населения составила 1,7 раза (данный показатель в Оренбургской области равнялся 67,0‰, тогда как в Российской Федерации - 38,6‰).

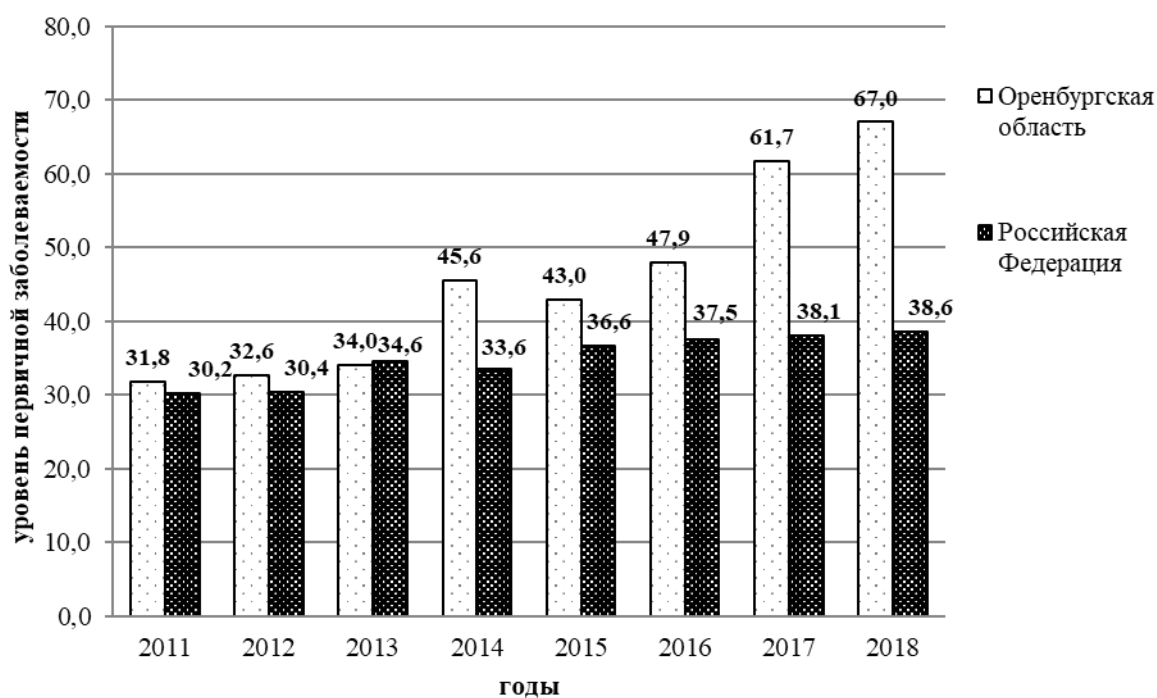


Рис. 3.4 Первичная заболеваемость БСК в Оренбургской области и в Российской Федерации (на 1000 взрослого населения).

Были детально изучены уровни заболеваемости БСК взрослого населения, проживающего в городах и в сельских районах Оренбургской области.

Установлено, что в 2018 году в городах области уровень первичной заболеваемости БСК был выше, чем в сельских районах, составляя 68,8‰ против 55,1‰. При этом, уровень общей заболеваемости БСК был выше в сельских районах – 388,7‰ против 375,7‰.

В результате анализа были выделены населенные пункты Оренбургской области с наименьшим и наибольшим значением показателей как первичной, так и общей заболеваемости БСК. В 2018 году максимальные значения показателей первичной заболеваемости БСК отмечались в таких городах, как Кувандык (124,9‰), Соль-Илецк (138,1‰), Бузулук (103,5‰) и Оренбург (68,8‰). За восьмилетний период наблюдения рост уровня первичной заболеваемости БСК в г. Оренбурге составил 3,4 раза, а в г. Бузулуке – 3,7 раза.

В сельских районах Оренбургской области максимальное значение первичной заболеваемости БСК наблюдались в Северном (171,0‰), Матвеевском (149,9‰) и Шарлыкском (134,0‰) районах. За прошедшие восемь лет темп роста данных показателей составил: в Шарлыкском районе в 4,4 раза, в Северном – на 86,1% и в Матвеевском – на 21,3%.

При этом в 2018 году минимальные значения показатели первичной заболеваемости БСК регистрировались: в Адамовском районе - 12,4‰ (за восемь лет снизился на 46,1%); в Светлинском районе – 20,0% (снизился на 34,2%); в Илекском районе – 21,7‰ (снизился на 50,2%) и в Ташлинском районе – 28,6‰ (снизился в 2,4 раза).

В таблицу 3.2 внесены отдельные города и сельские районы Оренбургской области, имеющие максимальные и минимальные уровни общей заболеваемости БСК среди взрослого населения.

Обращено внимание на то, что за прошедшие восемь лет отмечался резкий рост общей заболеваемости БСК среди взрослого населения в

Бугурусланском районе – на 120,0%. В тех сельских районах области, где в 2018 году отмечались наименьшие показатели общей заболеваемости БСК, это Светлинский, Илекский и Новоорский районы, регистрировалось снижение данного показателя.

Таблица 3.2

Динамика общей заболеваемости БСК в отдельных городах и сельских районах Оренбургской области

Населенные пункты	2011 год	2018 год	Темп прироста/убыли
Бузулук	358,8‰	394,4‰	+9,9%
Медногорск	382,1‰	400,0‰	+4,7%
Оренбург	338,9‰	376,6‰	+11,1%
Адамовский район	156,6‰	239,5‰	+52,9%
Бугурусланский район	499,6‰	1099,3‰	+120,0%
Илекский район	429,1‰	214,7‰	-49,9%
Красногвардейский район	348,3‰	497,6‰	+42,8%
Матвеевский район	528,9‰	902,1‰	+70,6%
Новоорский район	422,1‰	227,2‰	-46,2%
Октябрьский район	444,9‰	542,4‰	+21,9%
Первомайский район	181,7‰	253,9‰	+39,7%
Переволоцкий район	509,9‰	562,7‰	+10,3%
Саракташский район	504,0‰	578,8‰	+14,8%
Светлинский район	495,8‰	153,0‰	-69,1%

Установлено, что показатели общей заболеваемости БСК в Оренбургской области ($M \pm m$) за период 2011 - 2018 годов составили: $400,05 \pm 31,21$ (в 2011 году) и $460,16 \pm 72,31$ (в 2018 году). Сравнение полученных значения на основе U-критерия Уилкоксона показало, что общая заболеваемость БСК в целом не имела статистически значимых отличий ($p > 0,05$).

На следующем этапе исследования была проанализирована структура заболеваемости БСК среди взрослого населения. В изучаемом регионе в средней многолетней (2011 - 2018 годы) структуре общей заболеваемости

БСК преобладали болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (БХПКД), доля которых составила 44,3%, цереброваскулярные болезни (ЦВБ) – 18,6% и ишемическая болезнь сердца (ИБС) - 11,5%. Тогда как в структуре первичной заболеваемости БСК на первом месте также находились БХПКД (41,4%), на втором месте - ИБС (19,2%) и на третьем месте – ЦВБ (18,3%).

Результаты исследования показали, что в Оренбургской области за период изучения было зарегистрировано следующее число пациентов с инфарктом миокарда: в 2011 г. – 2790; в 2012 г. – 2722; в 2013 г. - 2584; в 2014 г. - 2317; в 2015 г. – 2315; в 2016 г. - 2305; в 2017 г. – 2300; в 2018 г. – 2507 человек. Установлена положительная динамика в виде снижения численности заболевших инфарктом миокарда – за восьмилетний период данный показатель снизился на 283 человека (на 10,1%).

В таблице 3.3 представлен динамический ряд числа пациентов с инфарктом миокарда в Оренбургской области. Отмечено, что начиная с 2012 года регистрировалось уменьшение числа пациентов с ИМ, при этом абсолютный прирост численности пациентов с ИМ в 2012 г. составил - 68 человек, а в 2018 г. -207 человек. Темп прироста численности пациентов с ИМ в 2012 г. составил – 2,1%, а в 2018 г. достиг 9,0%.

Таблица 3.3

Динамический ряд численности пациентов с инфарктом миокарда в Оренбургской области (2011 – 2018 гг.)

Год	Число пациентов (Всего)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп прироста (убыли), %	Показатель роста (убыли), %	Показатель наглядности, %
2011	2790	-	-	-	100,0
2012	2722	-68	-2	98,0	97,5
2013	2584	-138	-5	95,0	92,6
2014	2317	-267	-10	90,0	83,0
2015	2315	-2	-0,1	99,9	82,9
2016	2305	-10	-0,4	99,6	82,6
2017	2300	-5	-0,2	99,8	82,4
2018	2507	207	9	109,0	89,9

В целом в Российской Федерации за восемь лет число пациентов с инфарктом миокардом составило: в 2011 г. – 155334 чел.; в 2012 г. – 152022 чел.; в 2013 г. – 152 151 чел.; в 2014 г. – 156 818 чел.; в 2015 г. – 152 491 чел.; в 2016 г. – 152 390 чел.; в 2017 г. – 152 400 чел.; в 2018 г. – 153 534 чел. Были зарегистрированы колебания численности заболевших инфарктом миокарда, и установлено, что в 2012 году данный показатель был минимальным, а в 2014 году – максимальным (таблица 3.4).

Таблица 3.4

Динамический ряд численности пациентов с инфарктом миокарда в Российской Федерации (2011 – 2018 гг.)

Год	Число пациентов (Всего)	Абсолютный прирост (убыль)	Темп прироста (убыли), %	Показатель роста (убыли), %	Показатель наглядности, %
2011	155334	-	-	-	100,0
2012	152022	-3312	-2	98	97,5
2013	152151	129	1	101	99,2
2014	156818	4667	30	130	100,9
2015	152491	-4327	-2,8	97,2	98,1
2016	152390	-101	-0,6	99,4	98,1
2017	152400	10	-0,2	99,8	98,1
2018	153534	1134	0,7	100,7	98,8

Установлено, что в период 2011 - 2018 годов в Оренбургской области уровень общей заболеваемости ИМ был ниже, чем в Российской Федерации. В Оренбургской области за восьмилетний период показатель заболеваемости взрослого населения ИМ снизился на 9,0% (с 144,4 до 131,4 на 100 000 населения), а в России данный показатель увеличился на 4,4% (с 130,4 до 136,2 на 100 000 населения).

Из рисунка 3.5 видно, что до 2013 года уровень заболеваемости острым ИМ среди взрослого населения Оренбургской области был выше среднероссийских показателей, но с 2014 года ситуация изменилась и данный показатель стал ниже среднероссийских значений.

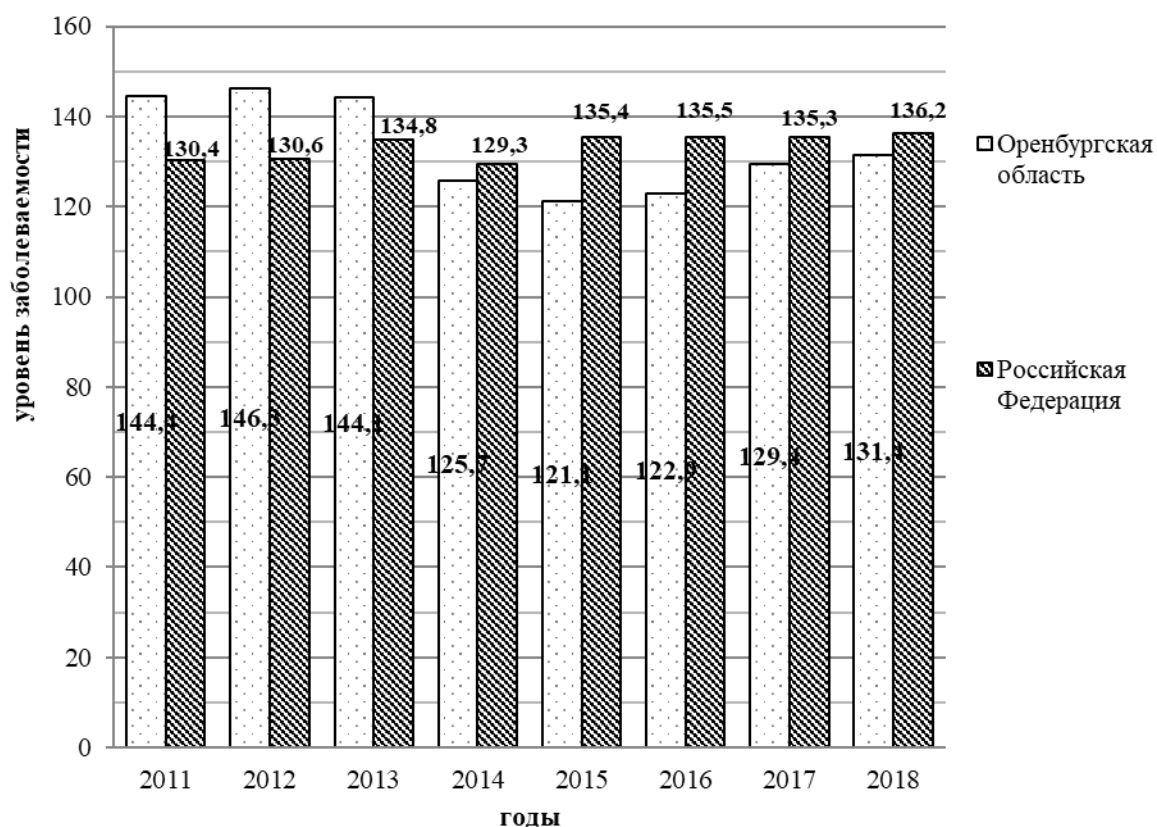


Рис. 3.5 Заболеваемость острым инфарктом миокарда в Оренбургской области и в Российской Федерации (на 100 000 взрослого населения).

При анализе заболеваемости повторным инфарктом миокарда было отмечено, что в Оренбургской области динамика данного показателя имела волнообразный характер: с 2011 по 2013 годы – отмечалось снижение, с 2014 по 2015 годы – отмечалось повышение и с 2016 по 2018 годы – вновь зарегистрировано снижение.

В результате изучения средне российских показателей заболеваемости взрослого населения повторным инфарктом миокарда отмечено, что в целом в Российской Федерации с 2013 года наметилась тенденция к снижению данного показателя, что видно из рис. 3.6.

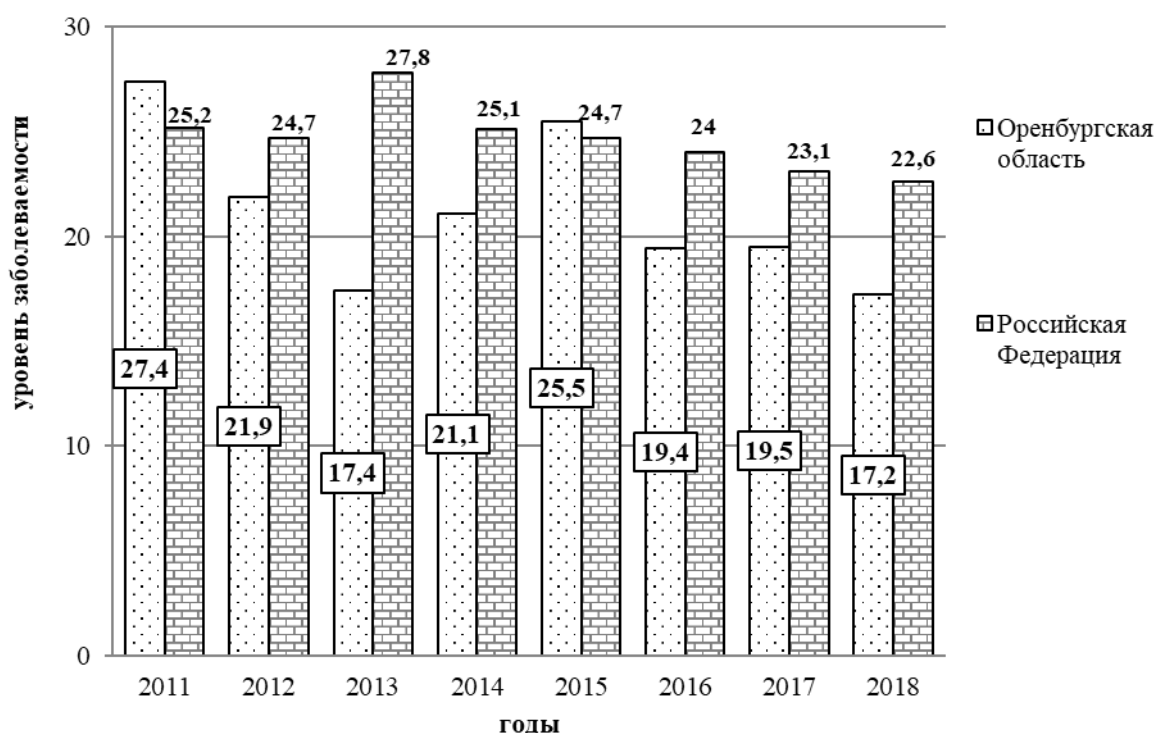


Рис. 3.6 Заболеваемость повторным инфарктом миокарда в Оренбургской области и в Российской Федерации (на 100 000 взрослого населения).

Сравнение средних значений ($M \pm m$) показателей заболеваемости повторным инфарктом миокарда показало, что в Оренбургской области этот показатель составил $21,2 \pm 1,3$, а в Российской Федерации - $24,7 \pm 0,6$, что свидетельствует о статистически значимом превышении средних значений показателя заболеваемости повторным инфарктом миокарда в Оренбургской области по сравнению с аналогичным показателем в Российской Федерации (U-критерий Уилкоксона равен $p=0,036$).

Результаты анализа заболеваемости БСК взрослого населения Оренбургской области показали, что за последние восемь лет в изучаемом регионе уровень общей заболеваемости БСК увеличился на 15,6%, а в Российской Федерации – на 8,4%. При этом в изучаемом регионе отмечено более значительное повышение уровня первичной заболеваемости БСК – в 2,1 раза. И с 2014 года данный региональный показатель в 1,7 раза превысил среднероссийские значения.

Установлено, что в изучаемом регионе уровень первичной заболеваемости БСК был выше среди городских жителей, а уровень общей заболеваемости БСК - среди сельских жителей. При этом обращено внимание на то, что в отдельных сельских районах области (Светлинский, Илекский и Новоорский районы) значительно снизился показатель общей заболеваемости БСК, что, вероятно, связано и с низкой доступностью населению первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В Оренбургской области в нозологической структуре заболеваемости БСК среди взрослого населения преобладали болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (БХПКД). Именно они являлись основной причиной (поводом) для обращения населения в поликлиники по месту жительства для получения первичной медико-санитарной помощи. Не случайно эта патология относится к социально значимым заболеваниям. Кроме того, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, нередко сопровождаются и другими нозологическими формами БСК. На долю ИБС в средней многолетней структуре заболеваемости БСК приходилось 11,5% (общая заболеваемость) и 19,2% (первичная заболеваемость). При этом в структуре ИБС инфаркт миокарда занимал 1 или 2 ранговое место.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что в Оренбургской области за прошедшие восемь лет численность пациентов с ИМ снизилась на 10,1%. При этом уровень заболеваемости населения острым инфарктом миокарда снизился на 9,0%, а в России отмечено увеличение данного показателя - на 4,4%. Но только с 2014 года региональный уровень заболеваемости острым инфарктом миокарда стал ниже среднероссийского уровня.

В Оренбургской области динамика уровня заболеваемости повторным инфарктом миокарда характеризовалась волнообразными изменениями: в период 2011 - 2013 годов отмечено снижение данного показателя, в период 2014 - 2015 годов - повышение, и в период 2016 - 2018 годов - вновь

зарегистрировано его снижение. При этом в течение последних восьми лет в Российской Федерации наметилась тенденция к снижению уровня заболеваемости взрослого населения повторным инфарктом миокарда.

Несмотря на положительную динамику в виде снижения (за период с 2011 по 2018 годы) заболеваемости взрослого населения Оренбургской области острым инфарктом миокарда, уровень данного показателя в регионе остается высоким.

3.2. Результаты анализа инвалидности населения вследствие болезней системы кровообращения

По данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) по Оренбургской области отмечено, что в течение 2011 - 2018 годов в регионе зарегистрирована тенденция к уменьшению числа граждан, освидетельствованных в бюро МСЭ (таблица 3.5).

Таблица 3.5

Динамика численности граждан, освидетельствованных в
бюро МСЭ в Оренбургской области

Численность граждан	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
Освидетельствовано - всего	54863	54172	51116	49019	43360	40713	39650	39661
из них: первично	17058	18078	16884	16454	13567	12125	11589	11659
повторно	37805	36094	34232	32565	29793	28588	28061	28002

Данные таблицы 3.5 демонстрируют тенденцию к снижению числа граждан, освидетельствованных в бюро МСЭ. В Оренбургской области за восемь лет наблюдения общее число освидетельствованных граждан значительно снизилось - на 27,7%. Так в 2011 году первично освидетельствованных граждан было 17 058 человек, а в 2018 году – только 11 659 человек. В изучаемом регионе за прошедшие восемь лет темп убыли числа освидетельствованных составил 32,0%.

Отмечено, что в Оренбургской области доля повторно освидетельствованных в бюро МСЭ граждан была больше, чем первично освидетельствованных. Доля повторно освидетельствованных в бюро МСЭ граждан имела колебания: от минимальной - 66,6% в 2012 году до максимальной – 72,6% в 2018 году. Но в целом темп убыли численности граждан, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ, за восьмилетний период наблюдения составил 25,9%.

На протяжении последних лет БСК находились на первом месте в структуре причин инвалидности взрослого населения Оренбургской области.

Была проанализирована динамика удельного веса показателя инвалидности по причине БСК в зависимости от места проживания граждан (таблица 3.6). Статистически значимо ($p \leq 0,05$) доля лиц, признанных инвалидами, которые проживали в городах области, превышала долю лиц, признанных инвалидами, которые проживали в сельских районах области. И в целом уровень первичной заболеваемости БСК был гораздо выше в городах, чем в сельских районах области.

Таблица 3.6

Динамика доли граждан, признанных инвалидами по причине БСК

Место проживания	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
город	61,0%*	62,8%*	62,9%*	62,6%*	66,6%*	70,1%*	66,7%*	66,9%*
село	39,0%	37,2%	37,1%	37,4%	33,4%	29,9%	33,3%	33,1%

* $p \leq 0,05$

Более детальному изучению были подвергнуты показатели инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие БСК. На рисунке 3.7 представлена динамика как первичной, так и общей инвалидности населения данной возрастной категории вследствие БСК. Установлено, что в Оренбургской области динамика данных показателей характеризовалась их снижением. В регионе в течение последних восьми лет первичная инвалидность вследствие БСК среди взрослого населения трудоспособного возраста снизилась на 47,7%, при этом общая инвалидность снизилась на 39,4%.

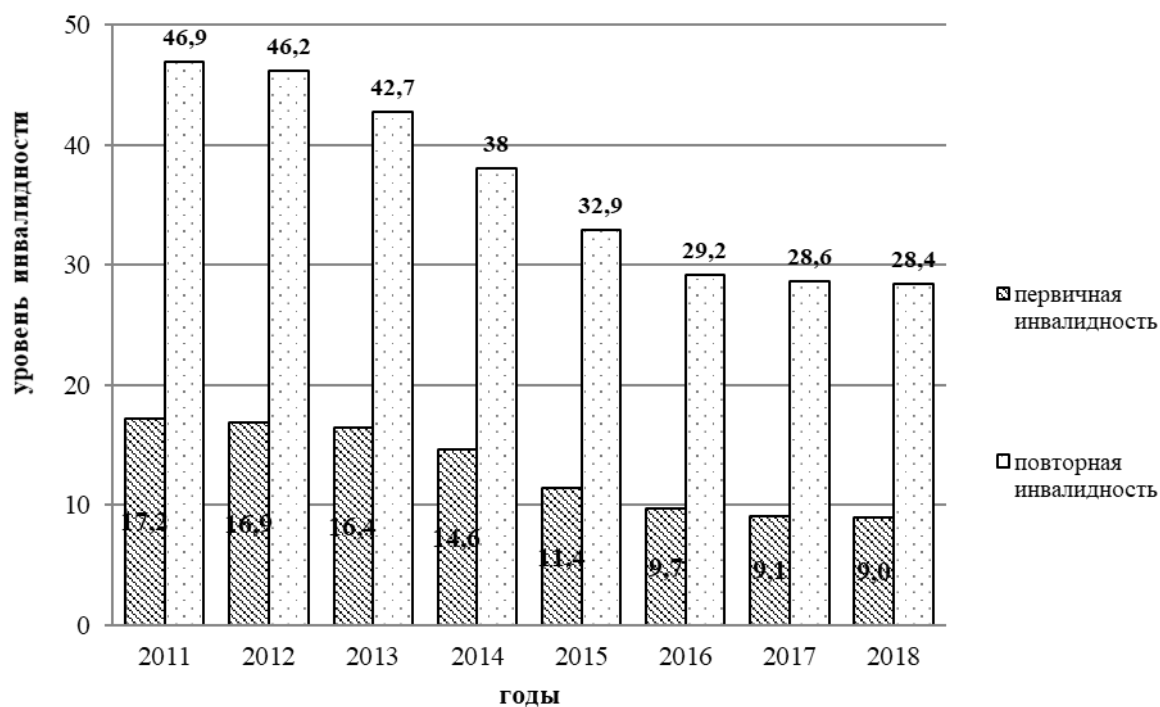


Рис. 3.7 Динамика уровня инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области (на 10 000 населения трудоспособного возраста).

Были рассчитаны показатели инвалидности населения трудоспособного возраста вследствие БСК в зависимости от места проживания в изучаемом регионе, что представлено на рисунке 3.8.

В результате анализа были выявлены следующие закономерности: на протяжении ряда лет: с 2012 по 2014 годы - показатели инвалидности были несколько выше среди сельских жителей, но с 2015 года отмечено незначительное превышение уровня общей инвалидности среди городских жителей.

Установлено, что в Оренбургской области наибольший уровень общей инвалидности вследствие БСК отмечался в городах: Новотроицке – 63,9 на 10 000 населения, в Бузулуке – 33,1 на 10 000, в Орске – 21,9 на 10000, в Гае – 27,9 на 10 000 и в Оренбурге – 17,9 на 10 000. Из представленных данных следует, что в конкретном населенном пункте не всегда высокий уровень заболеваемости БСК приводил к высокому уровню инвалидности вследствие данной патологии.

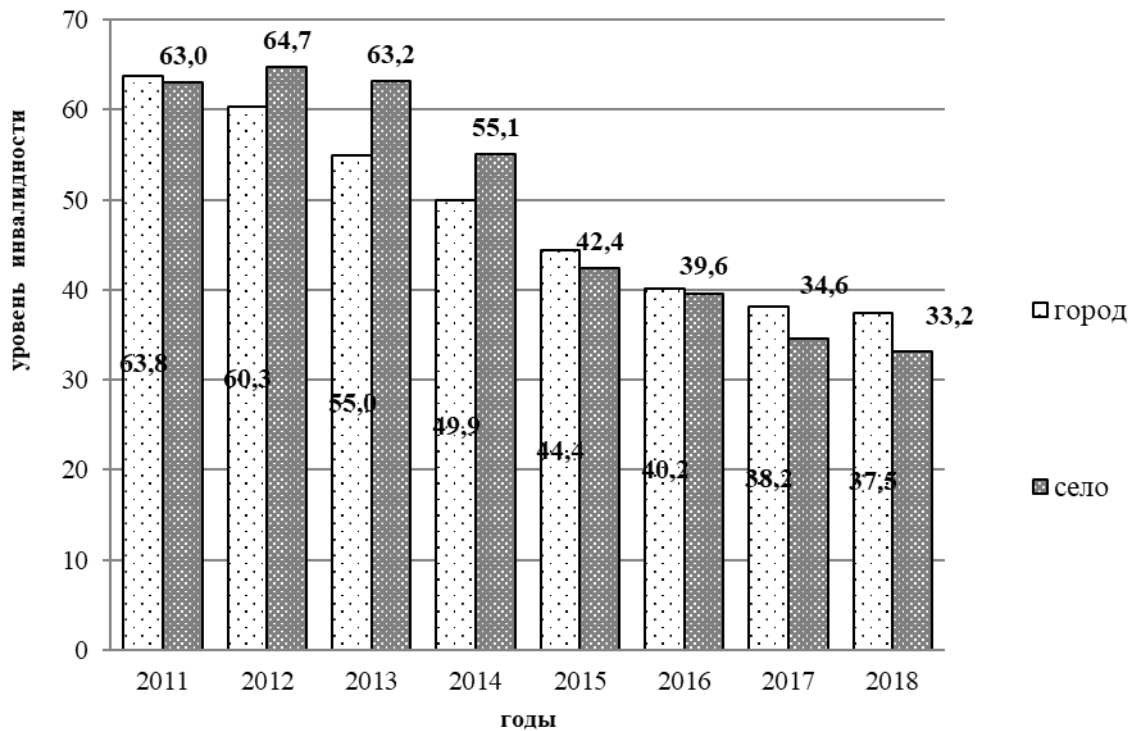


Рис. 3.8 Динамика уровня общей инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области (на 10 000 населения трудоспособного возраста) в зависимости от места жительства.

Сравнение значений общей инвалидность вследствие БСК в Оренбургской области ($M \pm m$) показало, что для жителей городов этот показатель составил $48,7 \pm 3,6$, а для жителей сельских районов - $49,5 \pm 4,8$. Таким образом, непараметрический U-критерий Уилкоксона не показал статистически значимых различий ($p=0,674$ или $p>0,05$).

На рисунке 3.9 представлен рейтинг уровней инвалидности населения вследствие БСК в городах и сельских районах Оренбургской области. Так по итогам 2018 года в Бугурусланском районе выявлен наибольший уровень общей заболеваемости населения БСК, в то же время в данном районе отсутствовал высокий уровень инвалидности вследствие БСК, который не превысил 10,2 на 10 000 населения.

Установлено, что уровень инвалидности населения вследствие БСК для всех 35 районов Оренбургской области в 2018 году составил $15,7 \pm 1,0$ человек

на 10 000 населения. При этом для 17 районов с относительно низким уровнем инвалидности населения вследствие БСК он составил $10,4 \pm 0,8$ человек на 10000 населения, и для 18 районов с относительно высоким уровнем инвалидности населения вследствие БСК он составил $20,8 \pm 0,8$ человек на 10000 населения. Отмеченные средние показатели инвалидности населения вследствие БСК для районов с относительно низким и относительно высоким уровнем инвалидности населения вследствие БСК имеют статистически значимые отличия ($p < 0,05$ по непараметрическому критерию Уилкоксона).

В 2018 году в сельских районах Оренбургской области максимальный показатель общей инвалидности по причине БСК был зарегистрирован: в Абдулинском – 28,1 на 10 000 населения, в Грачёвском – 27,4 на 10 000, в Октябрьском – 23,9 на 10 000, в Бузулукском и Пономаревском районах – по 22,0 на 10 000 (рис. 3.9). Минимальные значения показателя инвалидности по причине БСК отмечались в таких районах как Илекский – 7,8 на 10 000, Беляевский – 7,4 на 10 000, Соль-Илецкий – 6,1 на 10 000 и Ясненский район – 5,7 на 10 000 населения.

В 2018 году в структуре первичного выхода на инвалидность по причине БСК первое место занимала ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 47,5%, второе место - цереброваскулярные болезни (ЦВБ) – 37,3%, третье место – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (БХПКД) – 10,1% и последнее место – хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС – 5,1%).

Отмечено, что в 2018 году в результате первичного освидетельствования II группа инвалидности вследствие ИБС была установлена 28,7% лиц, впервые признанных инвалидами, и III группа инвалидности – 71,3%. При этом при первичном выходе на инвалидность I группа вследствие ИБС никому не была установлена.

Результаты повторного освидетельствования показали, что II группа инвалидности была установлена 19,5% пациентам с ИБС, и III группа

инвалидности – 80,5% граждан. При этом I группа инвалидности вследствие ИБС не была установлена ни одному пациенту.

В течение восьми лет наблюдения в Оренбургской области наметилась тенденция к снижению (на 27,7%) числа граждан, освидетельствованных в бюро МСЭ, что совпадает с общероссийской тенденцией. БСК находились на первом месте в структуре причин инвалидности взрослого населения Оренбургской области.

В структуре инвалидности взрослого населения по причине БСК в зависимости от места проживания преобладали жители городов области. Среди лиц трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие БСК, период с 2012 по 2014 годов характеризовался более высоким уровнем инвалидности среди сельских жителей, а с 2015 года зарегистрировано незначительное превышение данного показателя среди городских жителей.

Таким образом, в результате исследования установлено, что в изучаемом регионе в течение последних восьми лет уровень инвалидности вследствие БСК среди лиц трудоспособного возраста снизился: первичной инвалидности - на 47,7%, и общей инвалидности - на 39,4%. При этом в структуре первичного выхода на инвалидность вследствие БСК первое место занимала ИБС (47,5%), и второе место – ЦВБ (37,3%).

По данным главного бюро МСЭ по Оренбургской области нам не удалось детально изучить нозологическую структуру инвалидности вследствие ИБС, в которую входит ИМ.

В результате проведения освидетельствований пациентов с БСК в бюро МСЭ отмечено преобладание III группы инвалидности. Так доля инвалидов III группы составила 71,3% среди первично освидетельствованных лиц и 80,5% - среди повторно освидетельствованных лиц.

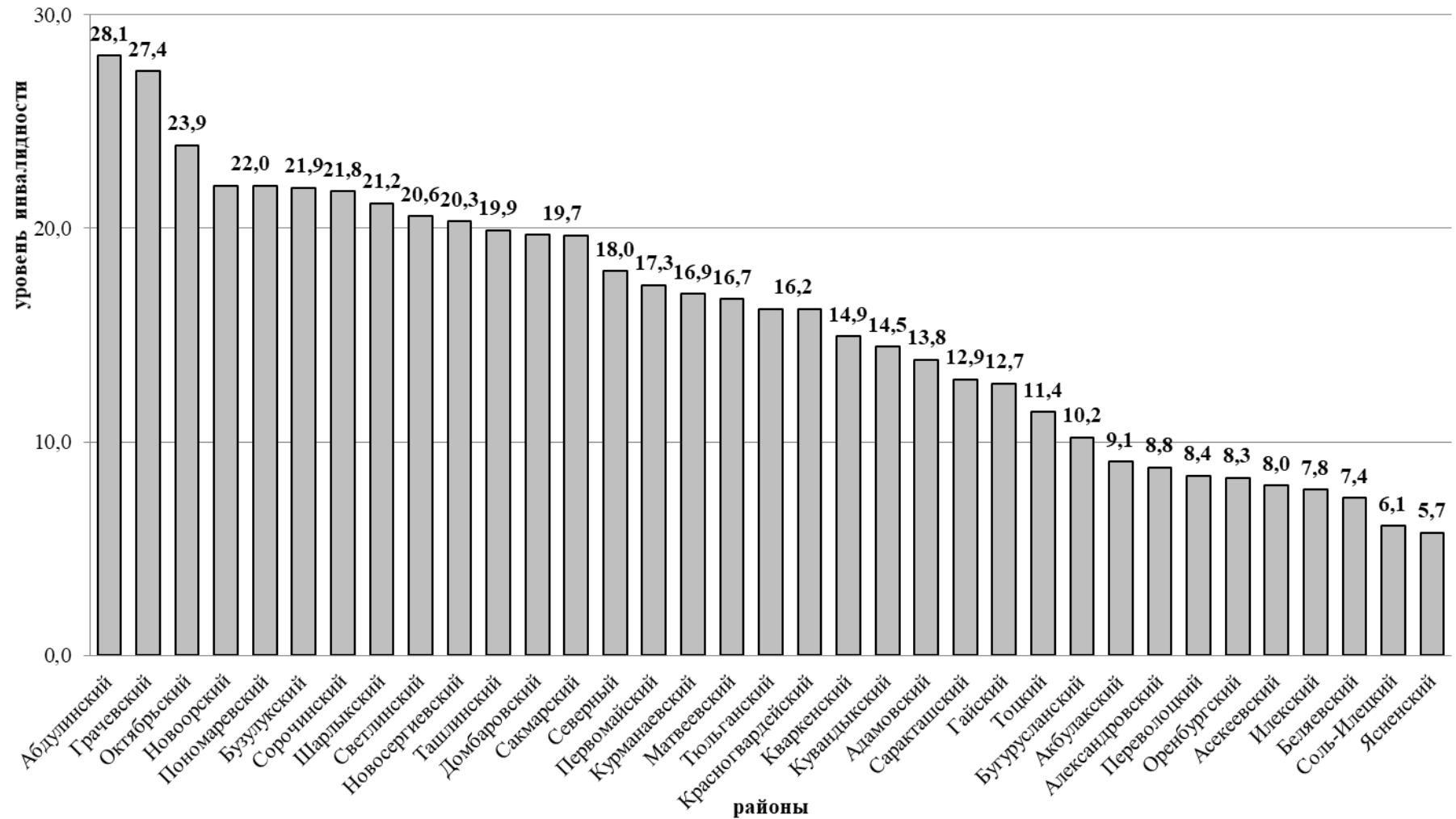


Рис. 3.9 Уровень общих инвалидности (на 10 000 населения) вследствие БСК в сельских районах Оренбургской области (2018 г.).

3.3. Результаты анализа смертности населения по причине болезней системы кровообращения

В Оренбургской области за анализируемый период показатели общей смертности населения превышали среднероссийские значения, что наглядно видно из рисунка 3.10. В исследуемом регионе с 2014 года регистрировалась тенденция к снижению уровня общей смертности населения.

Ведущей причиной смертности населения, как в Оренбургской области, так и в Российской Федерации, являлись БСК.

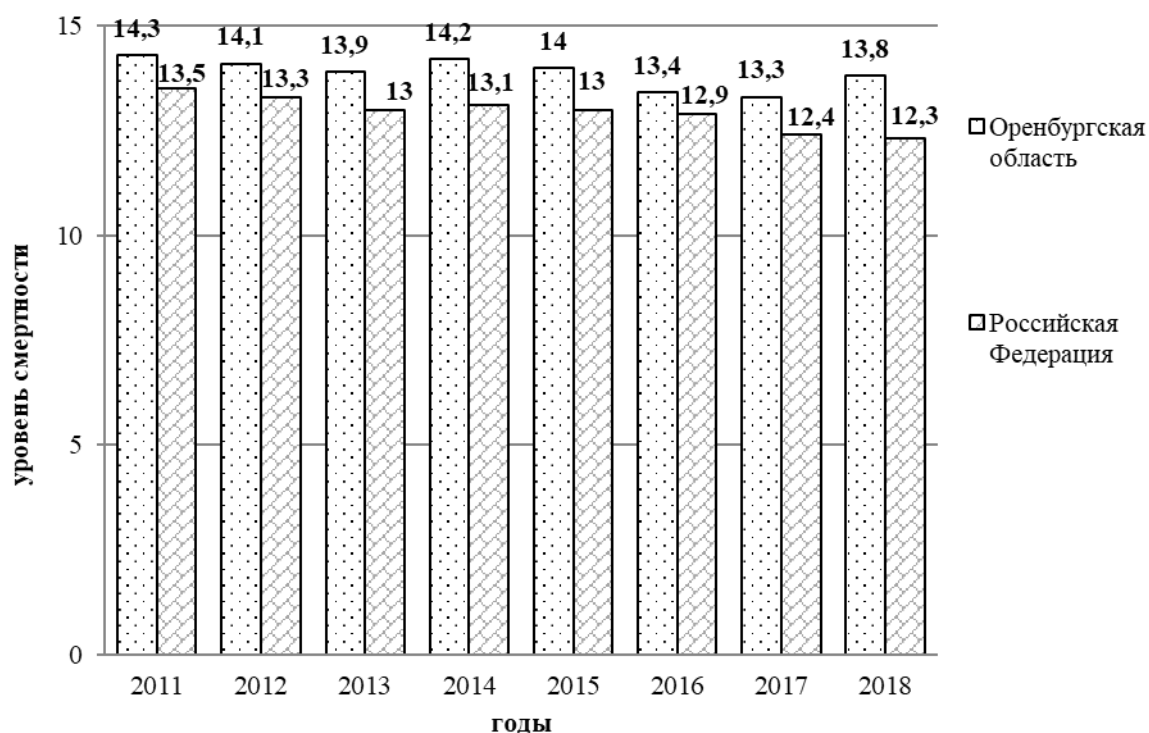


Рис. 3.10 Динамика общей смертности населения Оренбургской области и Российской Федерации (на 1 000 населения).

Анализ уровней смертности населения трудоспособного возраста показал многократное превышение показателя смертности мужчин по отношению к женщинам данной возрастной категории (рис. 3.11).

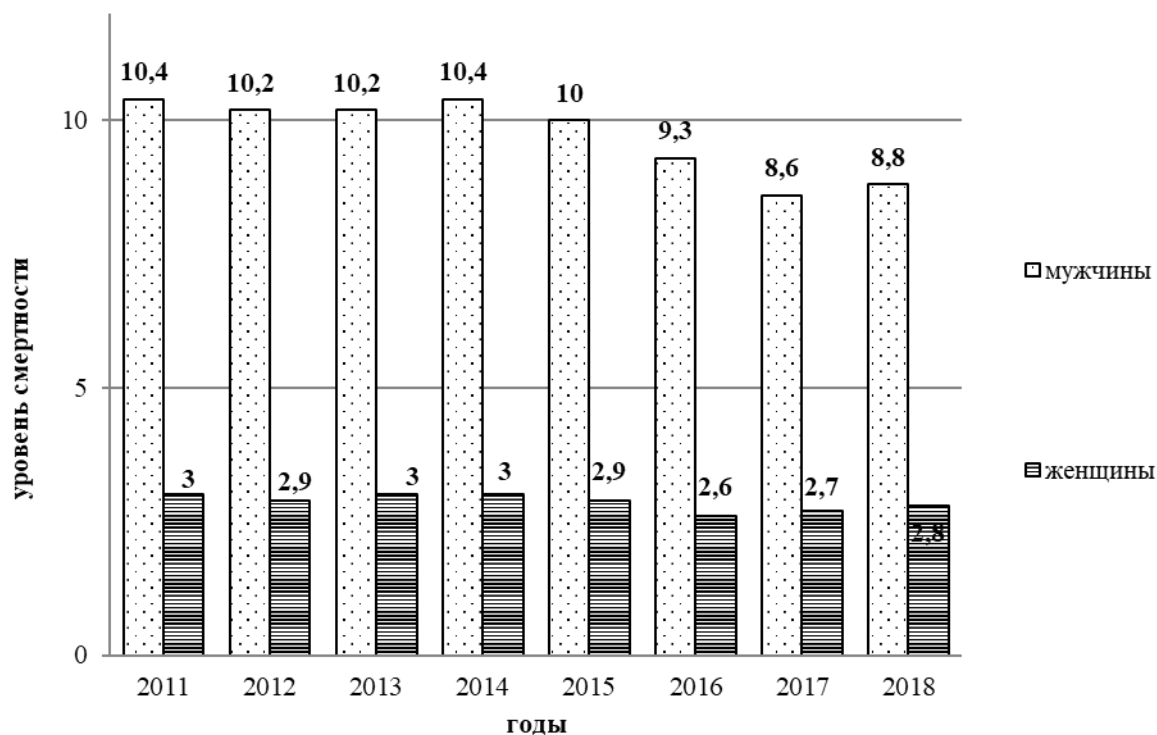


Рис. 3.11 Динамика смертности населения трудоспособного возраста в Оренбургской области и в Российской Федерации (на 1 000 населения).

В Оренбургской области уровень смертности по причине БСК среди взрослого населения за период 2011 - 2016 годов снизился на 25,9%, но в 2018 году данный показатель повысился на 4,5% по сравнению с 2016 годом (таблица 3.7). За прошедшие восемь лет в изучаемом регионе снижение показателя смертности от БСК среди взрослого населения составило 22,6%.

Таблица 3.7

Уровень смертности от БСК в Оренбургской области и в РФ
(на 100 000 взрослого населения)

Показатели	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Оренбургская область	820,7	796,8	770,5	729,6	676,5	607,8	616,2	635,1
Российская Федерация	749,0	729,3	698,1	653,9	631,8	614,1	587,6	592,3

В целом по Российской Федерации за последние восемь лет показатель смертности взрослого населения по причине БСК снизился на 20,9% (таблица 3.6).

Анализ данных официальной статистики показал, что в Оренбургской области за период с 2011 по 2018 годы уровень смертности населения трудоспособного возраста по причине БСК имел следующие значения: 2011 г. – 210,0 на 100 000, 2012 г. – 197,1 на 100 000, 2013 г. – 207,0 на 100 000, 2014 г. – 212,4 на 100 000, 2015 г. – 203,0 на 100 000, 2016 г. – 183,0 на 100 000, 2017 г. – 183,6 на 100 000, 2018 г. – 169,0 на 100 000 населения данной возрастной категории. Из представленных данных следует, что в регионе показатели смертности от БСК колебались, с 2014 года отмечена тенденция к снижению (на 20,4%) данного показателя.

Выявлены гендерные различия в динамике смертности от БСК в трудоспособном возрасте. Так, среди мужчин трудоспособного возраста снижение показателя смертности составило 16,7%, а среди женщин трудоспособного возраста - 11,8%, но с 2016 года отмечено повышение (на 8,4%) данного показателя. Кроме того, отмечено преобладание показателя смертности по причине БСК среди мужского населения трудоспособного возраста по сравнению с женским населением трудоспособного возраста. Так в 2018 году в регионе уровень смертности женщин составлял 66,7 на 100 000 населения, а уровень смертности мужчин – 289,2 на 100 000 населения, т.е. в 4,3 раза выше.

За период с 2011 по 2018 годов в Оренбургской области среди городского населения трудоспособного возраста доля мужчин, умерших от БСК, была несколько выше доли женщин, и составила 56,9%.

В структуре причин смертности населения Оренбургской области 1 место принадлежало БСК. Средняя многолетняя (за восемь лет) доля смертности от БСК составила 45,1% от всех классов болезней.

Отмечено, что в изучаемом регионе среди БСК доминировала смертность по причине ИБС, средняя многолетняя доля которой составила

53,1%. При этом доля цереброваскулярных болезней составила 30,9%, доля болезней, характеризующихся повышением кровяного давления (БХПКД) - 2,1% и доля остальных болезней класса БСК - 13,9%.

Структура смертности населения трудоспособного возраста по причине БСК несколько отличается, так доля ИБС в структуре этого класса болезней составляла – 35,4%, в тоже время доля ИМ в структуре ИБС достигала 25,6%. Вклад острого инфаркта миокарда в структуру смертности населения трудоспособного возраста в среднем составлял 9,0%.

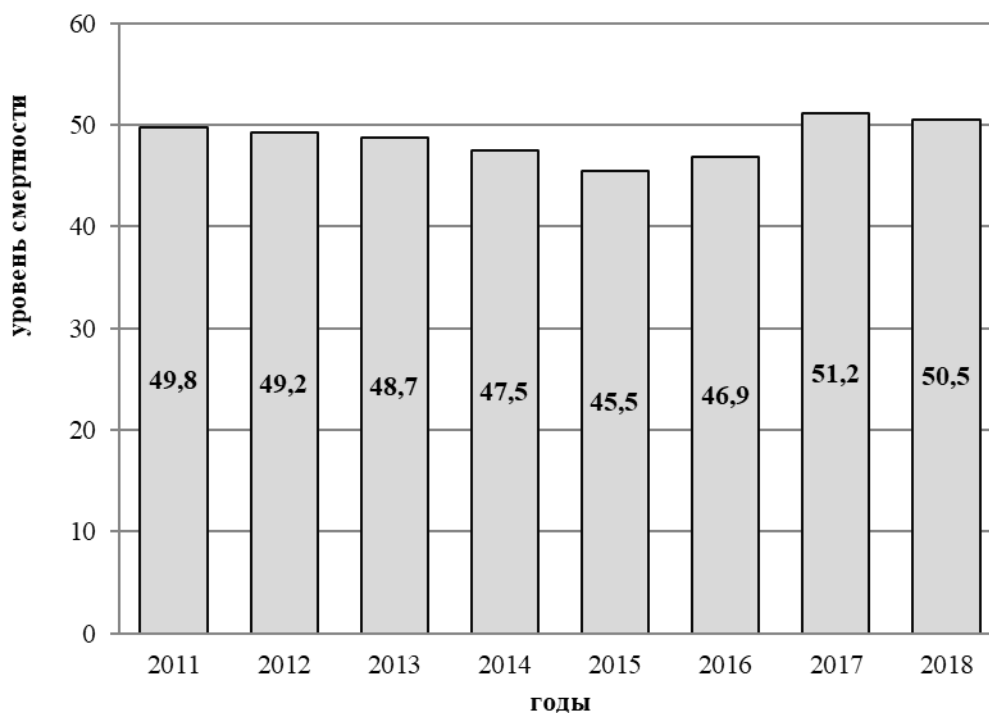


Рис. 3.12 Динамика смертности взрослого населения от инфаркта миокарда в Оренбургской области (2011 – 2017 гг.) - на 100 000 населения.

В течение восьмилетнего периода наблюдения в Оренбургской области уровень смертности взрослого населения по причине ИМ был максимальным в 2017 году, когда составил 51,2 на 100 000 взрослого населения, а минимальным в 2015 году – 45,5 на 100 000, что демонстрирует рисунок 3.12. Отмечено, что в регионе за период с 2011 по 2018 годы коэффициент

смертности взрослого населения по причине ИМ незначительно вырос – на 1,4%.

В Оренбургской области за 2013 – 2018 годы уровень смертности населения трудоспособного населения от ИМ снизился на 11,7%, составляя в 2013 году 17,9 случаев на 100 000 населения, а в 2018 году 15,8 на 100 000 населения трудоспособного возраста.

В таблице 3.8 представлена трехлетняя динамика региональных показателей смертности населения трудоспособного возраста по причине БСК, включая такие нозологические формы заболеваний, как ИБС и ИМ. Установлено, что в регионе снижаются уровни смертности от вышеуказанных причин. Так в Оренбургской области по сравнению с 2014 годом смертность населения трудоспособного возраста по причине БСК снизилась на 20,4%.

Таблица 3.8

Динамика смертности населения трудоспособного возраста
в Оренбургской области (на 100 000 населения трудоспособного возраста)

Класс болезней и нозологические формы	2016 год	2017 год	2018 год
БСК в целом	183,0	183,6	169,0
ИБС	63,6	64,6	61,3
ИМ	16,0	16,4	15,8

Отмечено, что в течение 2011 – 2018 годов в Оренбургской области уровень смертности взрослого населения по причине ИМ был максимальным в 2017 году (51,2 на 100 000), а минимальным в 2015 году (45,5 на 100 000). Обращено внимание на то, что за восемь лет наблюдения коэффициент смертности по причине ИМ в регионе увеличился на 1,4%.

Проанализировав показатели смертности населения Оренбургской области по причине инфаркта миокарда в зависимости от места проживания, было выявлено, что более высокие значения данного показателя

регистрировались среди городских жителей: в 2013 году он имел минимальный уровень - 27,6 на 100 000, а в 2015 году максимальный уровень - 32,1 на 100 000 населения.

В зависимости от пола были выявлены следующие особенности: в структуре смертности населения трудоспособного возраста по причине БСК преобладали мужчины, доля случаев смерти, среди которых в среднем составляла 83,6%, а в структуре смертности по причине ИБС, и в частности ИМ, доля случаев смерти мужчин равнялась 92,4% по отношению к доле случаев смерти женщин от данных причин.

Отмечена сезонность смертности населения по причине инфаркта миокарда среди взрослого населения Оренбургской области за исследуемый период. При расчете средней многолетней установлено, что наибольшее число умерших среди мужчин приходилось на январь месяц, а среди населения обоих полов - на март месяц (рис. 3.13).



Рис. 3.13 Сезонность смертности по причине инфаркта миокарда среди взрослого населения Оренбургской области (средние многолетние показатели – 2011 – 2018 гг.).

Установлено, что за анализируемый период в Оренбургской области уровень смертности по причине БСК среди взрослого населения в период с 2011 по 2018 годов снизился на 22,6%. При этом смертность населения трудоспособного возраста по причине БСК с 2014 года снизилась на 20,4%.

В структуре смертности взрослого населения Оренбургской области по причине БСК ишемическая болезнь сердца составляла 53,1%, а среди населения трудоспособного возраста - 35,4%. Отмечены более высокие показатели смертности среди мужского населения.

В Оренбургской области за период с 2011 по 2018 году смертность от инфаркта миокарда незначительно увеличилась – на 1,4%.

При этом за прошедшие восемь лет смертность населения трудоспособного возраста по причине ИМ снижалась, как среди мужского, так и среди женского населения. Установлено, что смертность населения по причине ИМ имела сезонные колебания, заключающиеся в увеличении случаев смерти в январе и в марте месяцах.

Таким образом, в результате исследования установлено, что в Оренбургской области за последние восемь лет уровень смертности взрослого населения по причине ИМ был максимальным в 2017 году (51,2 на 100 000), а минимальным в 2015 году (45,5 на 100 000). Средняя многолетняя структура смертности среди мужчин трудоспособного возраста от ИМ составила 56,9% от аналогичного показателя среди женщин.

Глава IV. Состояние организации оказания экстренной кардиологической помощи в Оренбургской области

С целью оценки ресурсного обеспечения оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в Оренбургской области были проанализированы: схема расположения сети медицинских организаций, их приближенность к жителям региона; медицинские кадры, оказывающие специализированную медицинскую помощь пациентам с сосудистыми катастрофами; показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с сосудистыми катастрофами (на примере регионального сосудистого центра и первичного сосудистого отделения).

До сентября 2018 года система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с острой сосудистой патологией в Оренбургской области объединяла работу: 10 межмуниципальных медицинских центров, 5 первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра. Для функционирования этой системы в регионе работало 4 ЧКВ-центра (в городах – Оренбург (2 ЧКВ-центра), Новотроицк и Бузулук).

Схема организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами в Оренбургской области представлена на рисунке 4.1.

В Оренбургской области ЧКВ-центры работали в трех территориальных зонах: центральной (РСЦ ГБУЗ «ООКБ», ПСО ГАУЗ «ГКБ им. Пирогова» г. Оренбурга), западной (ГБ «БСМП» г. Бузулука) и восточной (ГАУЗ «БСМП» г. Новотроицка).

Схема организации сосудистых центров в Оренбургской области

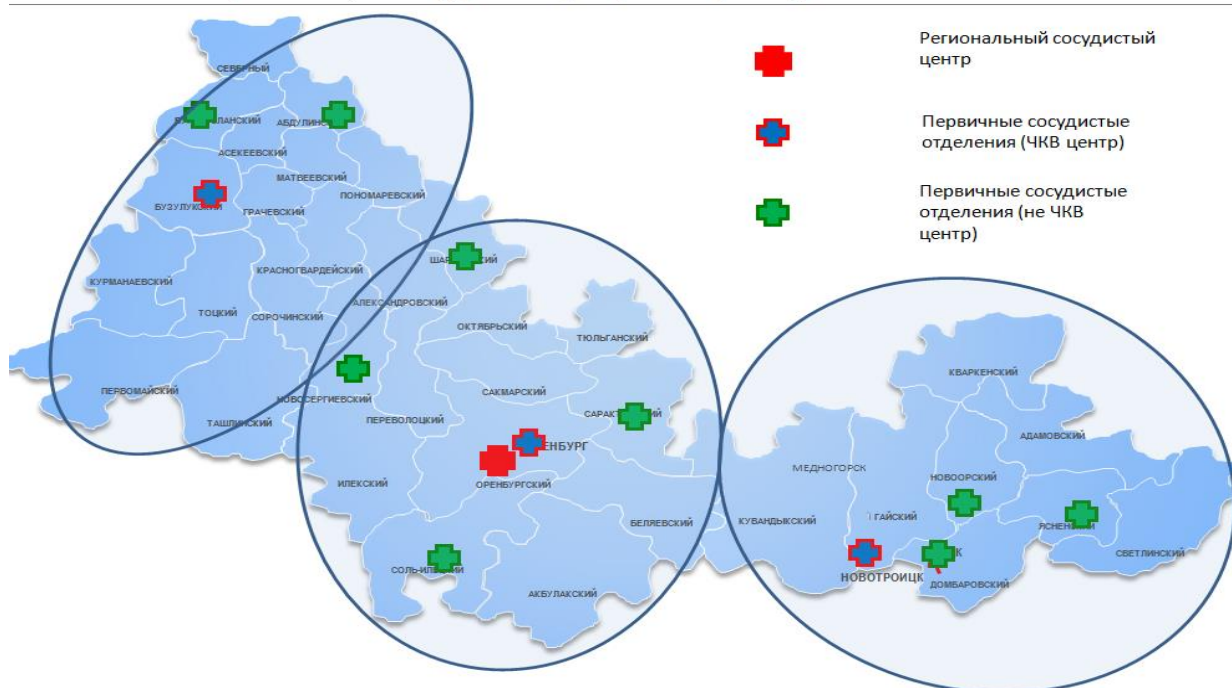


Рис. 4.1 Схема организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами в Оренбургской области (2012 - 2018 гг.).

Установлено, что 1 млн. 350 тыс. жителей Оренбургской области (68% населения области) имели территориальную приближенность ЧКВ-центров, в которые пациенты с сосудистыми катастрофами могли быть доставлены бригадами скорой медицинской помощи в течение 120 минут с момента установления диагноза ОКС. При этом 620 тыс. человек (32% населения области), проживали в территориях, удаленных от ЧКВ-центров (доставка пациентов бригадами скорой медицинской помощи превышала 120 минут).

В результате исследования были научно обоснованы предложения по изменению организационной структуры оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ, преимущественно за счет перепрофилирования межмуниципальных медицинских центров в первичные сосудистые отделения, а также открытия в регионе дополнительных ЧКВ-центров.

На следующем этапе исследования была проанализирована обеспеченность населения Оренбургской области врачами-кардиологами за пятилетний период – с 2014 по 2018 гг. Полученные данные, представленные на рисунке 4.2, свидетельствуют о том, что в изучаемом регионе за период 2014 – 2018 годов обеспеченность населения врачами-кардиологами существенно не изменилась, составляя колебания 0,91 – 0,92 врача-кардиолога на 10 тыс. взрослого населения. При этом в 2018 году среднероссийский показатель обеспеченности населения врачами-кардиологами был несколько выше, составляя 0,97 на 10 тыс. населения.

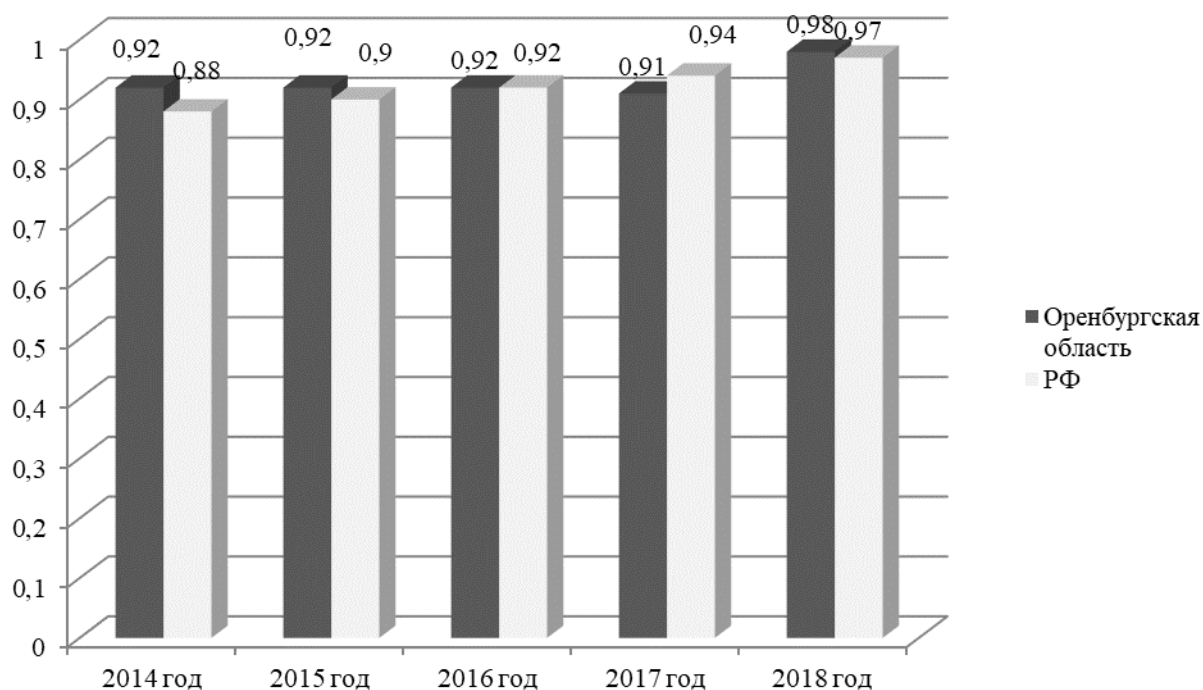


Рис. 4.2 Показатели обеспеченность врачами-кардиологами (на 10 тыс. взрослого населения, 2014 – 2018 годы).

Важную роль в оказании медицинской помощи по профилю «Кардиология» играют врачи-кардиологи, работающие в поликлиниках. Была проанализирована обеспеченность населения и укомплектованность медицинских организаций врачами данной специальности, которые

оказывают первичную медико-санитарную помощи пациентам в амбулаторных условиях.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» рекомендуемый штатный норматив составляет - 1,0 ставка врача-кардиолога на 20 тыс. прикрепленного населения.

Из таблицы 4.1 видно, что в 4 медицинских организациях Оренбургской области из-за низкой численности населения не предусмотрены ставки врачей-кардиологов в амбулаторных условиях, а еще в 12 медицинских организациях (г. Медногорск, Акбулакский, Александровский, Асекеевский, Беляевский, Курманаевский, Первомайский, Северный, Светлый и Тоцкий районы) отсутствуют врачи-кардиологи, хотя потребность в них составляет более 0,5 ставки на прикрепленное население.

Таблица 4.1

Показатели кадровой обеспеченности врачами-кардиологами населения
Оренбургской области (2018 г.)

Наименование медицинской организации	Нормати в	Врачи-кардиологи				Число физ. лиц
		Число должностей		из них в амбулаторных условиях		
		штатных	занятых	штатных	занятых	
ГБУЗ ГБ г. Абдулино	1,0	2,3	1,3	0,5	0,3	1
ГБУЗ ГБ г. Бугуруслан	1,9	1	1	1	1	1
ГБУЗ БСМП г. Бузулука	4,5	13,8	13,8	5	5	7
ГБУЗ ГБ г. Гай	1,7	2,8	1,8	2	1	1
ГБУЗ ГБ г. Кувандык	1,6	2	2	1	1	2
ГБУЗ ГБ г. Медногорска	1,1	0	0	0	0	0
ГАУЗ БСМП г. Новотроицка	3,7	11	11	3	3	6
г. Оренбург	23,0	46,3	44,3	21,5	20	44
ГАУЗ ГБ № 1 г. Орска	9,2	13,3	11,5	6,5	4,8	9
ГБУЗ ГБ г. Соль-Илецк	1,9	1,8	1,8	1	1	1

ГБУЗ ГБ г. Сорочинск	1,5	3	3	1	1	3
ГБУЗ ГБ г. Ясный	1,0	0,8	0	0	0	0
ГБУЗ Адамовская РБ	0,9	1	0	1	0	0
ГБУЗ Акбулакская РБ	0,9	0	0	0	0	0
ГБУЗ Александровская РБ	0,5	0	0	0	0	0
ГБУЗ Асекеевская РБ	0,7	0	0	0	0	0
ГБУЗ Беляевская РБ	0,6	0	0	0	0	0
ГБУЗ Бугурусланская РБ	0,7	4,8	4,8	1	1	4
ГБУЗ Грачевская РБ	0,5	0,5	0,3	0,5	0,3	0
ГБУЗ Домбаровская РБ	0,5	1	0,5	0,5	0,3	0
ГБУЗ Илекская РБ	0,9	1	0	1	0	0
ГАУЗ Кваркенская РБ	0,6	0	0	0	0	0
ГБУЗ Красногвардейская РБ	0,7	1	1	1	1	1
ГБУЗ Курманаевская РБ	0,6	0	0	0	0	0
ГБУЗ Матвеевская РБ	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0
ГАУЗ Новоорская РБ	1,0	2,3	2,3	0,5	0,5	1
ГБУЗ Новосергиевская РБ	1,3	4,5	4,5	1	1	3
ГБУЗ Октябрьская РБ	0,7	2,8	2,5	1	0,8	2
ГАУЗ Оренбургская РБ	3,8	3	3	2	2	3
ГБУЗ Первомайская РБ	0,9	0	0	0	0	0
ГБУЗ Переволоцкая РБ	1,0	0,5	0	0,5	0	0
ГБУЗ Пономаревская РБ	0,6	0,5	0	0,5	0	0
ГБУЗ Сакмарская РБ	1,1	1	1	1	1	1
ГБУЗ Саракташская РБ	1,5	3,3	3,3	2	2	3
ГБУЗ Светлинская РБ	0,4	0	0	0	0	0
ГБУЗ Северная РБ	0,5	0	0	0	0	0
ГБУЗ Ташлинская РБ	0,9	1	1	1	1	0
ГБУЗ Тоцкая РБ	1,2	0	0	0	0	0
ГБУЗ Тюльганская РБ	0,7	1	0	1	0	0
ГБУЗ Шарлыкская РБ	0,6	1	0,5	0,5	0,5	0
ГБУЗ ООКБ	0	47,8	45,3	9,5	8,3	47
ГАУЗ ООКБ №2	0	5	4	2	2	4
ГАУЗ ООБ №3	0	0,3	0,3	0,3	0,3	0
ГБУЗ ООКПГВВ	0	3,5	3,5	1	1	3
ГБУЗ ОЦМР	0	4	3,8	0	0	4
Всего	77,0	190	174	72,3	61,3	151

В 2018 году в медицинских организациях Оренбургской области число кардиологических коек составило – 742, из них 138 коек – в РСЦ, 435 коек в ПСО и 179 коек в районных и городских больницах.

Установлено, что в 2018 году обеспеченность населения региона койками кардиологического профиля равнялась – 3,7 на 10 тыс. всего населения или 4,8 на 10 тыс. взрослого населения. При этом работа кардиологической койки в изучаемом регионе составила 329,8 дней, средняя длительность пребывания больного на койке – 10,7 дня.

В Оренбургской области функционирует 46 кардиохирургических коек. Обеспеченность пациентов койками данного профиля составила – 0,2 на 10 тыс. всего населения или 0,3 на 10 тыс. взрослого населения. В 2018 году работа кардиохирургической койки составила 340,6 дней, средняя длительность пребывания больного на койке – 9,4 дня.

В 2018 году в Оренбургской области зарегистрировано 7257 пациентов с ОКС, которым было выполнено 2307 КАГ (охват КАГ составил 32%), из них в РСЦ – 1424 чел., ПСО г. Оренбурга – 707 чел., ПСО г. Бузулука – 94 чел., ПСО г. Новотроицка – 82 чел. Пациентам с ОКС было проведено 1502 ЧКВ (охват ЧКВ составил 21%), из них в РСЦ – 949 чел., ПСО г. Оренбурга – 482 чел., ПСО г. Бузулука – 45 чел., ПСО г. Новотроицка – 26 чел.

Таблица 4.2

Показатели работы кардиологических коек для пациентов с острым коронарным синдромом в Оренбургской области (2014 – 2018 гг.)

Показатели	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год
Обеспеченность койками (на 10 тыс. населения)	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9
Работа койки (дн.)	315,0	331,0	333,0	313,0	328,0
Средняя длительность пребывания больного на койке (дн.)	13,7	12,1	11,3	10,7	10,5
Летальность (%)	3,5	3,6	2,9	2,3	1,9

На следующем этапе исследования был выполнен углубленный анализ работы кардиологических коек, развернутых в медицинских организациях Оренбургской области для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС (таблица 4.2).

Установлено, что в изучаемом регионе за период 2014 - 2018 годов количество кардиологических коек колебалось и составляло: в 2014 г. – 172 койки, в 2015 г. – 170 коек, в 2016 г. – 194 койки, в 2017 г. – 188 коек, в 2018 г. – 336 коек.

Работа кардиологической койки в целом за пять анализируемых лет повысилась на 4,1%. При этом отмечено сокращение средней длительности пребывания пациентов на койке на 3,2 дня.

Одним из критериев качества медицинской помощи является показатель летальности пациентов с ИМ. Отмечено, что в Оренбургской области за пятилетний период наблюдения данный показатель значительно снизился – на 45,7%.

На следующем этапе исследования была проанализирована деятельность РСЦ – ведущего регионального медицинского центра, в котором пациентам с ОКС своевременно оказывается квалифицированная специализированная медицинская помощь.

РСЦ является структурно-функциональным подразделением ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», в его состав входят:

- отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с ОКС (на 12 коек);
- отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК (на 18 коек);
- кардиологическое отделение для больных с ОКС (на 48 коек);
- неврологическое отделение для больных с ОНМК (на 60 коек).

Оценка деятельности РСЦ осуществлялась за пятилетний период с 2013 по 2017 годы. Кроме того, отдельно выполнялся сравнительный анализ

показателей деятельности РСЦ за 2017, 2018 и 2019 годы, результаты которого представлены в главе 6.2.

Основные показатели деятельности РСЦ при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС представлены в таблицах 4.3 – 4.5.

Таблица 4.3

Число и структура пролеченных пациентов с ОКС в РСЦ
(2013 – 2017 гг.)

Показатели	2013	2014	2015	2016	2017
Инфаркт миокарда (ИМ) (чел., %)	540 (47%)	724 (54%)	802 (57%)	817 (55%)	902 (57%)
ИМ с подъемом ST (чел., %)	-	-	-	634 (78%)	695 (77%)
ИМ без подъема ST (чел., %)	-	-	-	183 (22%)	207 (23%)

Установлено, что за пятилетний период в РСЦ численность пролеченных пациентов с ОКС увеличилась на 33%.

Таблица 4.4

Показатели использования коечного фонда в РСЦ (2013 – 2017гг.)

Показатели	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1. Число пролеченных пациентов (чел.)					
Всего	1151	1341	1408	1485	1572
2. Работа койки (дни)					
ОРИТ ОИМ	161,9	214,8	256,5	281,8	307,6
Кардиологическое отделение	309,8	308,4	302,8	323,2	330,9
3. Средняя длительность пребывания на койке (дни)					
ОРИТ ОИМ	2,3	2,4	2,9	2,4	2,4
Кардиологическое отделение	13,9	11,8	11,0	11,3	10,8

Основные показатели работы РСЦ за пятилетний период, представленные в таблице 4.4, характеризовались следующей динамикой:

- показатель работы койки в отделении ОРИТ ОИМ увеличился на 89,9%;
- показатель работы койки в кардиологическом отделении (КО) вырос на 6,8%;
- показатель средней длительности пребывания пациента на койке в отделении ОРИТ ОИМ достиг максимума в 2015 году, а потом вновь снизился до уровня 2014 года;
- показатель средней длительности пребывания на койке в КО уменьшился на 3,1 дня.

Из таблицы 4.5 видно, что за пятилетний период работы РСЦ отмечена положительная динамика в виде увеличения доли пациентов с ОКС, которые выписаны с улучшением, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения. При этом только небольшая часть пациентов (в среднем 28%) были переведены на следующий этап медицинской реабилитации. Хотя отмечено увеличение числа и доли пациентов с ИМ, которые из РСЦ были переведены в кардиохирургическое отделение.

Таблица 4.5

Исходы ОКС пациентов, госпитализированных в РСЦ (2013 – 2017 гг.)

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017
Выписаны (чел.)	1095	1254	1328	1382	1480
Переведены на этап реабилитации (чел., %)	252 (23,1%)	403 (32,1%)	413 (31,1%)	362 (26,2%)	423 (28,6%)
Переведены в кардиохирургическое отделение (чел., %)	5 (0,5%)	9 (0,7%)	18 (1,4%)	37 (2,7%)	54 (3,6%)
Число умерших от ИМ (чел.)	52	76	68	79	86
Летальность от ИМ (%)	9,7%	10,5%	8,5%	9,7%	9,5%
Доля умерших от ИМ, получивших реперфузионную терапию (%)	-	6,8%	4,2%	6,5%	7,4%
Доля умерших от ИМ без реперфузионной терапии (%)	-	23,7%	20,5%	21,0%	17,6%

Установлено, что за пятилетний период работы РСЦ показатель летальности пациентов с ИМ имел незначительные колебания (от максимального – 10,5% в 2014 году до минимального – 8,5% в 2015 году). При этом доля умерших пациентов от ИМ, которым проводилась реперфузионная терапия, увеличилась (с 6,8 до 7,4%), а доля умерших пациентов от ИМ, которым не выполнялась реперфузионная терапия, уменьшилась (с 23,7 до 17,6%).

Другими структурными подразделениями в системе оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами являются первичные сосудистые отделения (ПСО). В составе таких отделений работают палаты реанимации и интенсивной терапии для больных с ОКС и ОНМК, а также имеются кардиологические и неврологические койки.

Были проанализированы показатели деятельности одного из таких ПСО, работающего в городе Оренбурге.

В состав ПСО ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга входят:

- отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с ОКС (на 12 коек);
- отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с ОНМК (на 12 коек);
- кардиологическое отделение для больных с ОКС (на 48 коек);
- неврологическое отделение для больных с ОНМК (на 48 коек).

В результате выполненного анализа показателей деятельности ПСО ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга отмечено, что за исследуемый период в нем было пролечено следующее число пациентов с ОКС: в 2013 г. – 384 чел., в 2014 г. – 578 чел., в 2015 г. – 600 чел., в 2016 г. – 664 чел., в 2017 г. – 544 чел.

Установлено, что за пять лет функционирования ПСО в городе Оренбурге число пролеченных больных с ОКС увеличилось на 41,6%.

Показатели использования коечного фонда в ПСО г. Оренбурга
(2013 – 2017 гг.)

Показатели	2013	2014	2015	2016	2017
1. Число пролеченных пациентов (чел.)					
Всего	384	578	600	664	544
2. Работа койки (дни)					
Кардиологическое отделение	291,7	301,4	302,8	322,2	330,9
3. Средняя длительность пребывания на койке (дни)					
Кардиологическое отделение	16,1	14,2	12,7	9,5	9,3

В результате анализа работы кардиологического отделения ПСО г. Оренбурга отмечено, что за пятилетний период показатель работы койки вырос на 11,8%, а показатель средней длительности пребывания пациента на койке увеличился на 42,2%.

Показатели работы ПСО г. Оренбурга (2013 – 2017 гг.)

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017
Охват пациентов с ИМ ТЛТ (чел., %)	42 (11%)	40 (7%)	35 (6%)	14 (2%)	9 (2%)
Число и доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания (%)	122 (32%)	210 (36%)	235 (39%)	351 (53%)	310 (57%)
Число и доля пациентов с ИМ, выписанных с улучшением (чел., %)	346 (90%)	520 (90%)	540 (90%)	611 (92%)	500 (92%)
Число и доля пациентов с ИМ, которые переведены на следующий этап реабилитации (чел., %)	142 (37%)	197 (34%)	228 (38%)	259 (39%)	141 (26%)
Число умерших от ИМ (чел.)	40	55	61	52	44
Летальность от ИМ (%)	11,6%	10,5%	11,3%	8,4%	8,8%

На следующем этапе исследования был выполнен анализ отдельных показателей работы ПСО г. Оренбурга, которые согласно программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи характеризуют качество оказания медицинской помощи пациентам с ИМ. Данные показатели представлены в таблице 4.7.

Отмечено, что в ПСО г. Оренбурга за период с 2013 по 2017 годы тромболитическая терапия была проведена 140 пациентам: в 2013 г. – 42 чел., в 2014 г. – 40 чел., в 2015 г. – 35 чел., в 2016 г. – 14 чел., в 2017 г. – 9 чел. Снижение числа проведения ТЛТ с 2016 года обусловлено, прежде всего, открытием ЧКВ-центра в ПСО г. Оренбурга.

В ПСО г. Оренбурга за пятилетний период доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, имела тенденцию к увеличению и составила: в 2013 г. – 122 чел. (36,3%), в 2014 г. – 210 чел. (39,1%), в 2015 г. – 235 чел. (39,1%), в 2016 г. – 351 чел. (52,8%), в 2017 г. – 310 чел. (56,9%).

Установлено, что за пять лет доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов, существенно выросла: с 31,7 до 56,9%.

За пятилетний период работы ПСО в городе Оренбурге отмечена положительная динамика такого показателя, как доля пациентов с ОКС, которые выписаны с улучшением. Если в течение трех лет (2013 - 2015 гг.) доля пациентов с ОКС, выписанных с улучшением, равнялась 90%, то в 2016 и 2017 годах данный показатель вырос до 92%.

Установлено, что в ПСО города Оренбурга уровень показатель летальности пациентов с ИМ за пятилетний период снизилась на 31,8% (с 10,5% в 2014 году до 8,8% в 2017 году).

Таким образом, выполненный анализ ресурсного обеспечения системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ показал, что в Оренбургской области необходимо: выполнить структурные преобразования – перепрофилировать ММЦ в ПСО, открыть новые ЧКВ-

центры; улучшить кадровое обеспечение медицинских организаций – повысить показатели укомплектованности поликлиник и обеспеченности населения врачами-кардиологами, особенно в сельской местности.

Глава V. Качество жизни, распространенность основных факторов риска и удовлетворенность пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда оказанием медицинской помощи

5.1. Результаты оценки качества жизни пациентов с инфарктом миокарда

С целью изучения качества жизни (КЖ) пациентов с ИМ использован международный стандартизированный опросник «Quality of Life after Myocardial Infarction» (QLMI), который позволил сгруппировать ответы респондентов по трем шкалам КЖ: эмоциональное, физическое и социальное функционирование.

Результаты анкетирования показали, что в подострую стадию ИМ наиболее выраженное снижение КЖ было обусловлено физическим функционированием. Шкала физического функционирования пациентов с ИМ составила минимальное значение – 3,4 балла (из 7,0 баллов максимально возможных).

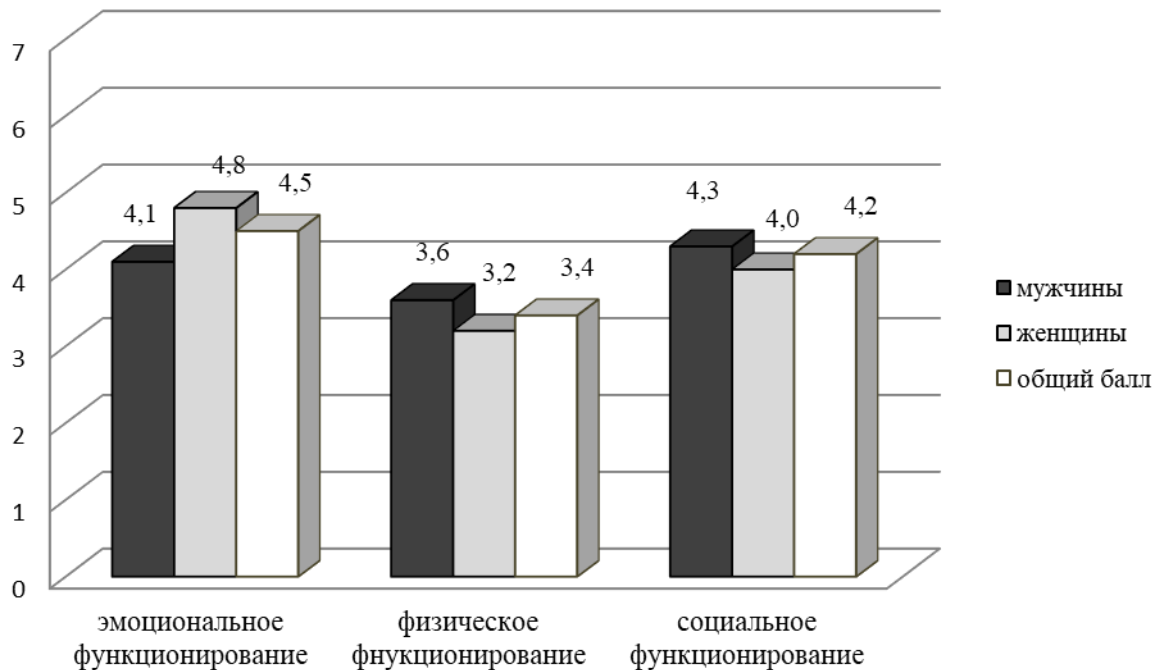


Рис. 5.1. Показатели качества жизни пациентов с инфарктом миокарда (по данным опросника QLMI) - в баллах.

Оценка КЖ пациентов с ИМ свидетельствует о том, что минимальные значения имела шкала физического функционирования, составляя среди мужчин 3,6 балла, а среди женщин – 3,2 балла. При этом максимальные значения имела шкала эмоционального функционирования, составляя среди мужчин – 4,1 балла и среди женщин – 4,8 балла, что видно на рисунке 4.6.

При изучении гендерных особенностей КЖ пациентов трудоспособного возраста с ИМ, установлено, что с учетом эмоционального функционирования у женщин чаще наблюдались: чувство подавленности (6,2 балла), желание плакать (6,4 балла), страх (6,3 балла), боязнь стать обузой для родных и близких (6,1 балла). При этом мужчины с ИМ чаще были расстроенными и считали себя бесполезными (по 6,7 баллов), но при этом испытывали большую уверенность в том, что смогут справиться с болезнью (4,8 балла).

С помощью опросника QLMI отмечено, что шкала физического функционирования также имела гендерные особенности. Так, женщины на протяжении последних недель ощущали чрезвычайно сильную одышку (6,3 балла), а мужчин – достаточно сильную (5,1 балла). При этом боль и тяжесть в ногах у женщин отмечались в течение достаточно длительного времени (5,2 балла), а у мужчин – в течение некоторого времени (5,3 балла). Но все пациенты отмечали значительные физические ограничения из-за болезни (женщины – 5,8 балла; мужчины – 6,2 балла).

Результаты социального функционирования свидетельствуют о том, что женщины немного больше, чем мужчины, ощущали, что стали зависимы от других (5,1 балла), и как следствие нуждались в большей заботе со стороны родных и близких (6,2 балла).

Таким образом, результаты оценки КЖ, полученные с помощью международного стандартизированного опросника Quality of Life after Myocardial (QLMI), показали, что пациенты трудоспособного возраста в ранний восстановительный период ИМ испытывали более выраженные

эмоциональные переживания (чувствовали себя угнетенно, их не покидали мысли о болезни и др.), что сопровождалось переживаниями о своем социальном и физическом функционировании.

5.2. Результаты изучения распространенности основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Научный интерес представляло исследование распространенности факторов риска ИМ среди пациентов трудоспособного возраста. Для выполнения поставленной задачи исследования было выполнено анонимное анкетирование среди 300 респондентов. Вопросы анкеты содержали сведения о различных факторах риска развития сердечно-сосудистой патологии, включая особенности образа жизни и наличие вредных привычек.

При анализе результатов социологического опроса установлено, что более половины (56,5%) пациентов с ИМ считали свою массу тела нормальной, 39,1% считали свою массу тела повышенной, и 4,4% - пониженной.

При этом только 1/3 часть участников опроса считали, что питаются правильно. Более половины (56,5%) респондентов указали на то, что не всегда удавалось питаться правильно, а 13,0% респондентов ответили, что питались неправильно.

На вопрос «Соблюдаете ли Вы режим труда и отдыха» положительно ответили только 13,0% пациентов, отрицательно – 26,1%. При этом 60,9% пациентов с ИМ ответили, что не всегда соблюдали правильный режим труда и отдыха. По мнению респондентов несоблюдение данного режима преимущественно касалось недостаточной продолжительности отдыха.

Следующий вопрос анкеты о полноценном ночном сне показал, что у 52,2% респондентов длительность ночного сна не достигала 7-8 часов в сутки. И только 17,4% респондентов ответили, что их ночной сон был полноценным и имел продолжительность не менее 7-8 часов в сутки.

В результате выполненного социологического исследования отмечено, что регулярные физические нагрузки практически не имел ни один пациент до возникновения ИМ. 43,5% респондентов имели редкие физические нагрузки, а 39,1% респондентов ответили, что практически никогда не имели

физических нагрузок. Только 17,4% пациентов регулярно занимались физкультурой или спортом.

Результаты анкетирования показали, что до возникновения ИМ регулярные физические нагрузки практически не имел ни один пациент. 43,5% респондентов имели редкие физические нагрузки, а 39,1% респондентов вообще не имели регулярных физических нагрузок. Только 17,4% респондентов регулярно занимались физкультурой и/или спортом.

В ходе социологического исследования установлено, что больше половины (60,9%) пациентов с ИМ не имели повышения сахара крови (натошак). При этом 21,7% респондентов не были уверены в этом. 17,4% респондентов указали на то, что страдают сахарным диабетом. Кроме того, те же пациенты с сахарным диабетом указали на то, что также страдают и артериальной гипертонией. О повышении уровня холестерина в крови знали только 34,8% пациентов с ИМ. 26,1% респондентов ответили, что имеют нормальный уровень холестерина в крови. Но 39,1% респондентов затруднились с ответом на данный вопрос.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что 34,8% респондентов знали о сердечно-сосудистых заболеваниях среди родственников по материнской линии, а 30,4% - по отцовской. При этом 24,4% респондентов указали на наследственную предрасположенность к болезням сердечно-сосудистой системы по материнской и отцовской линиям – одновременно. Но около 1/3 респондентов затруднились с ответом на вопрос о наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Выполненное анкетирование позволило установить распространенность вредных привычек среди пациентов трудоспособного возраста с ИМ. Так факт курения табака признали более половины (60,9%) респондентов. Этот показатель был в 3 раза выше среди мужчин. Как среди мужчин, так и среди женщин, половиной курящих являлись лица моложе 50 лет, а другой половиной – старше 50 лет.

Не употребляли пива более половины (52,3%) респондентов. Отмечено, что редко употребляли пиво 47,8% участников социологического исследования. При этом на вопрос о количестве употребляемого пива отрицательно ответили 39,1% респондентов. Распределение ответов пациентов трудоспособного возраста с ИМ на вопрос о кратности употребления пива было следующим: реже 1 раза в месяц – 26,1% и 1-2 раза в месяц – 21,7% (рис. 5.2).

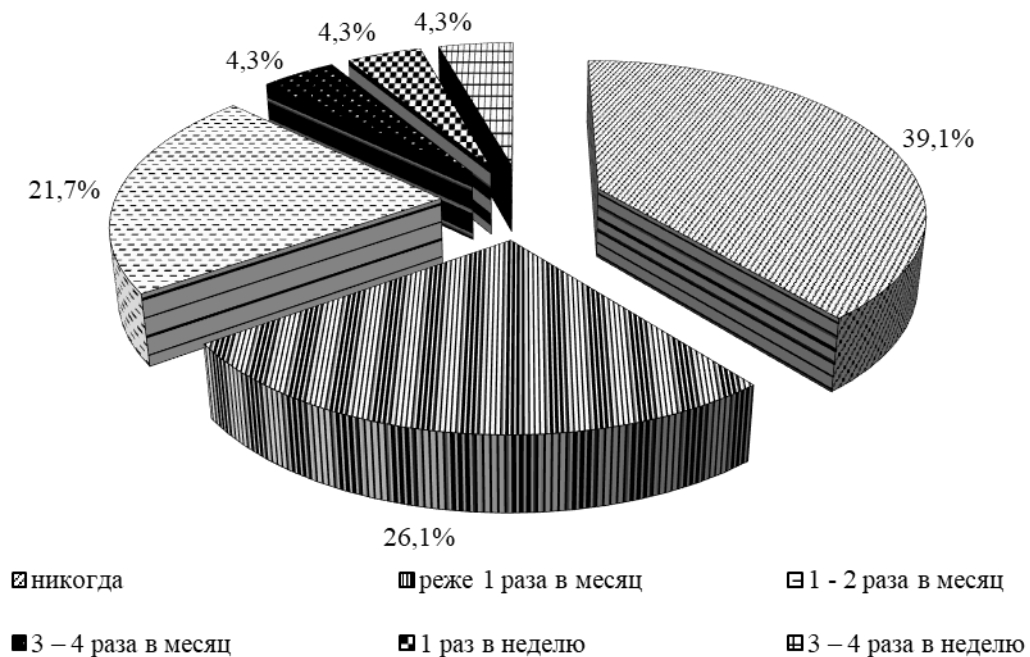


Рис. 5.2 Распределение ответов респондентов на вопрос о частоте употребления пива (результаты анонимного анкетирования).

Из ответов респондентов установлено, что объем однократного употребления пива составил: до 0,5 л – 26,1%, до 1 л – 22,4%, до 3 л – 13,5%.

Обращено внимание на то, что мужчины чаще, чем женщины, употребляли алкогольные напитки, на их долю приходилось 82,6% респондентов. В целом 66,3% респондентов отмечали факт регулярного употребления алкоголя. Причем среди мужчин 21,7% употребляли алкоголь «только по праздникам», 26,1% - ежемесячно, 13,0% - еженедельно и 8,6% -

чаще. Все женщины указали на то, что употребляют алкоголь только по праздникам. Таким образом, анкетирование показало, что 21,6% респондентов имели злоупотребление алкоголем.

Из рисунка 5.3 следует, что наибольший удельный вес, как среди мужчин, так и женщин, имел ответ о частоте употребления алкоголя – 1-2 раза в месяц. Затем следовал ответ «реже 1 раза в месяц». Практически одинаковый удельный вес имели ответы «3-4 раза в месяц» и «1 раз в неделю». На последнем месте находился ответ «3-4 раза в неделю» и «ежедневно».

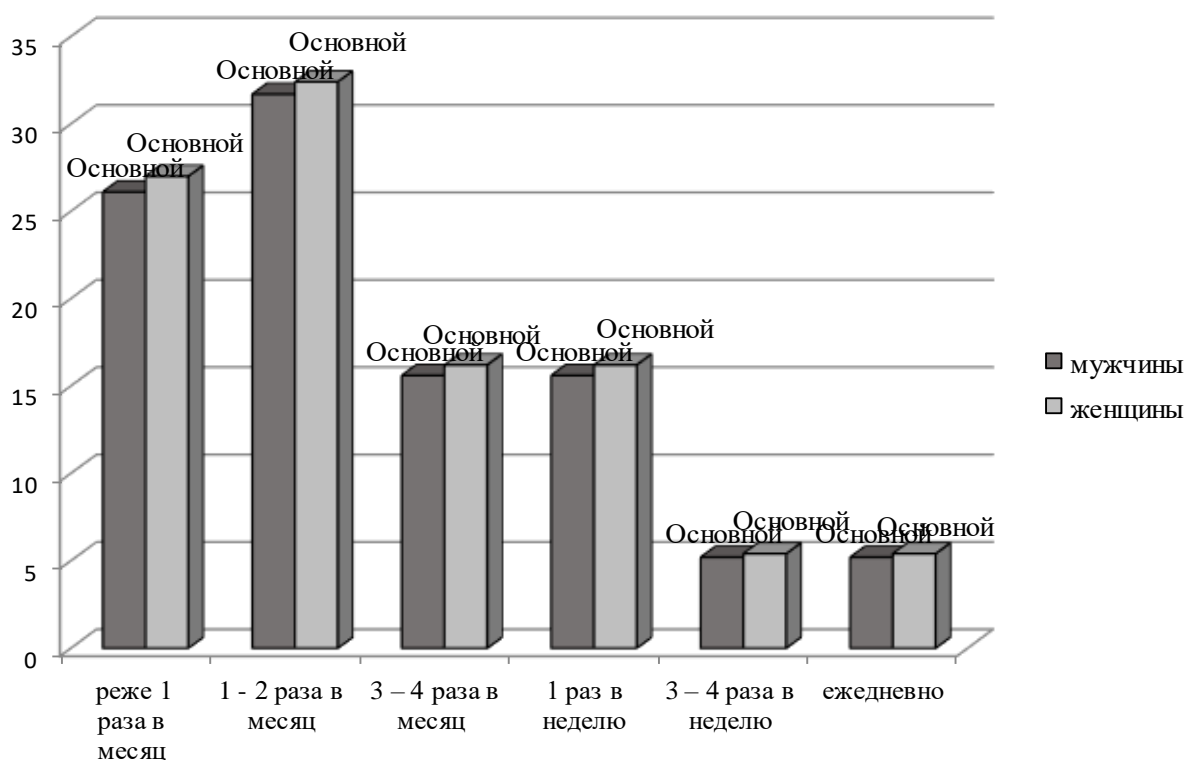


Рис. 5.3 Распределение ответов респондентов на вопрос о частоте употребления алкоголя (результаты анонимного анкетирования).

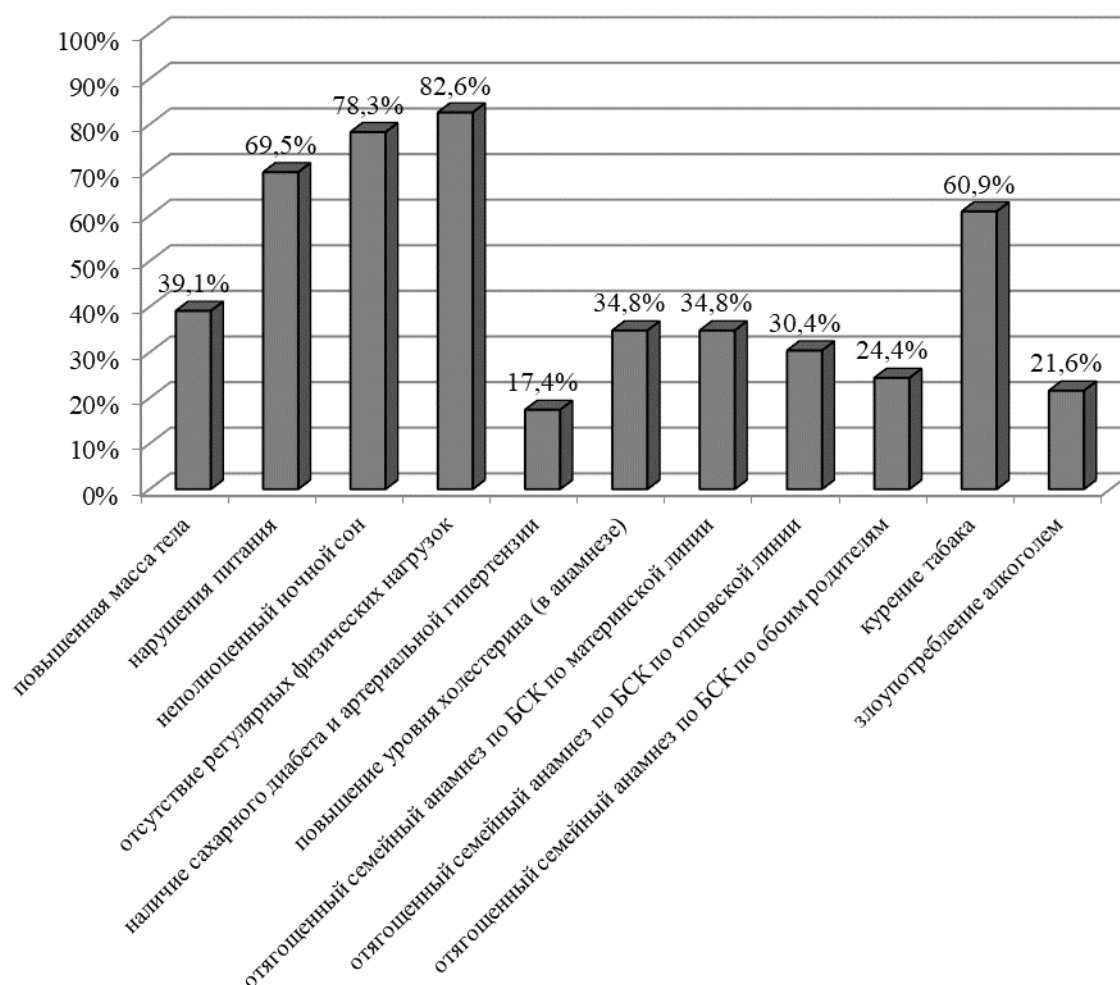


Рис. 5.4 Распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, согласно результатам анкетирования была установлена распространенность факторов риска ИМ среди пациентов трудоспособного возраста. С учетом результатов социологического исследования установлена следующая распространенность факторов риска развития ИМ среди пациентов трудоспособного возраста: отсутствие регулярных физических нагрузок (82,6%), неполноценный ночной сон (78,3%), нарушения питания (69,5%), регулярное употребление алкоголя (66,3%), курение табака (60,9%), повышенная масса тела (39,1%), повышение уровня холестерина (34,8%). Другие факторы риска имели распространенность менее, чем у 1/3 респондентов.

5.3. Результаты удовлетворенности пациентов оказанием экстренной кардиологической помощи

В Программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи один из разделов посвящен критериям доступности и качества медицинской помощи. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью является одним из таких критериев. Поэтому научный интерес представляло изучение удовлетворенности пациентов с ИМ организацией и качеством оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях Оренбургской области. Для этого было выполнено анонимное анкетирование 300 пациентов трудоспособного возраста с ИМ, пролеченных в ПСО и РСЦ.

По данным анкетирования установлено, что большинство опрошенных высоко оценили качество и объем диагностических обследований (95,7%) и лечения (95,7%) в данных отделениях. Все респонденты (100%) были полностью удовлетворены лекарственным обеспечением. В целом 91,8% пациентов, перенесших ИМ, высказали мнение о полной удовлетворенности результатами оказания медицинской помощи в ПСО и РСЦ.

В результате выполненного социологического исследования отмечено, что 95,7% респондентов были полностью удовлетворены профессиональной подготовкой врачей данных медицинских организаций. Также пациенты, перенесшие ИМ, высоко оценили отношение врачей (91,3%), медицинских сестёр (95,7%) и санитарок (95,7%) к ним, а также к их родственникам.

Результаты удовлетворенности пациентов с ИМ доступностью и качеством оказанной специализированной медицинской помощи в ПСО г. Оренбурга и РСЦ представлены в таблице 5.1.

Результаты удовлетворенности пациентов с ИМ
доступностью и качеством оказанной медицинской помощи

№ п/п	Показатель	% полностью удовлетворенных
1	Удовлетворенность объемом и качеством диагностических обследований в данном отделении	95,7
2	Удовлетворенность объемом и качеством лечения в данном отделении	95,7
3	Удовлетворенность материально-техническим оснащением медицинской организации (наличие современного медицинского оборудования, аппаратуры и т.д.)	96,2
4	Удовлетворенность лекарственным обеспечением в данном отделении	100
5	Удовлетворенность результатами оказания медицинской помощи	91,8
6	Удовлетворенность санитарно-гигиеническими и бытовыми условиями в данном отделении	91,3
7	Удовлетворенность профессиональной подготовкой врачей	95,7
8	Удовлетворенность отношением врачей к пациентам и их родственникам	91,3
9	Удовлетворенность отношением медицинских сестер к пациентам и их родственникам	95,7
10	Удовлетворенность отношением санитарок к пациентам и их родственникам	95,7

Результаты анкетирования в целом продемонстрировали высокую удовлетворенность пациентов трудоспособного возраста с ИМ доступностью и качеством оказания специализированной медицинской помощи в стационарах медицинских организаций Оренбургской области.

Глава VI. Пути совершенствования оказания экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области

6.1. Результаты разработки комплекса мероприятий, направленных на совершенствование экстренной кардиологической помощи

За пятилетний период работы РСЦ и ПСО в городе Оренбурге, результаты оценки деятельности которых с 2013 по 2017 годы представлены в главе 5.1., отмечена положительная динамика многих показателей. При этом установлено снижение удельного веса пациентов с ОКС, переведенных на следующий этап – этап медицинской реабилитации, в другие медицинские организации. Так из РСЦ на следующий этап медицинской реабилитации переведено: в 2013 г. – 23%, 2014 году - 32%, в 2015 году – 31%, в 2016 году - 26%, в 2017 году - 29%. Из ПСО в городе Оренбурге на этап медицинской реабилитации переведено: в 2013 г. – 37%, 2014 г. - 34%, в 2015 г. – 38%, в 2016 г. - 39%, в 2017 г. - 26%. С одной стороны, это свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения и об отсутствии потребности в продолжение медицинской реабилитации на следующем этапе (в другой медицинской организации). С другой стороны, это свидетельствует о недостаточных региональных возможностях для проведения следующего этапа медицинской реабилитации в других медицинских организациях Оренбургской области.

О недостатке коечного фонда для проведения медицинской реабилитации пациентам с ИМ, пролеченным как в РСЦ, так и в ПСО, свидетельствует тот факт, что на территории Оренбургской области функционирует всего 290 коек для реабилитации пациентов с соматической патологией, а именно, в ГБУЗ ООКБ – 30 коек, в ГБУЗ ОЦМР г. Соль-Илецка – 160 коек и в ГБУЗ ГЦМР г. Оренбурга – 100 коек. Поэтому открытие отделений для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших острый/подострый период сосудистой катастрофы (ОКС), в Оренбургской области сохраняет свою актуальность.

В результате исследования отмечено, что только 49% пациентов с ОКС выполнялись высокотехнологические хирургические вмешательства, что свидетельствует о необходимости открытия дополнительных ЧКВ-центров в регионе.

Для совершенствования системы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ были разработаны предложения, которые включали проведение структурных изменений – репрофилирование ММЦ в ПСО и открытие новых ЧКВ-центров. Данные научно обоснованные предложения были внедрены в регионе с сентября 2018 года. Выполнен анализ эффективности внедренных предложений. Результаты оценки эффективности внедрения мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ, представлены в главе 6.2.

Комплекс мер по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ также должен включать следующие направления:

1. Повышение информированности населения о ранних симптомах ОКС и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

Для этого необходимо:

- Информировать, прежде всего, население групп высокого сердечно-сосудистого риска, а также информировать их родственников о ранних симптомах ОКС и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью;
- Создать и утвердить в регионе единую форму памятки для населения по раннему реагированию на симптомы ОКС;
- Активно распространять памятки на терапевтических участках;
- Вручать памятки лицам групп высокого сердечно-сосудистого риска, а также их родственникам;

- Привлекать сотрудников социальной защиты, почты, пенсионного фонда и других организаций для распространения памяток;
- Медицинским работникам информировать граждан при плановых медицинских осмотрах, диспансеризации, а также при каждом обращении за медицинской помощью о ранних симптомах ОКС и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью;
- Широко привлекать средства массовой информации.

2. Улучшение кадровой обеспеченности амбулаторных и стационарных медицинских организаций, оказывающих как первичную медико-санитарную, так и специализированную, медицинскую помощь пациентам при ОКС, ОНМК, и БСК в целом.

Для этого необходимо:

- Внести изменения в штатные расписания медицинских организаций, которые должны соответствовать рекомендуемым штатным нормативам, представленным в Приказе Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- Осуществлять отбор старшекурсников медицинских ВУЗов, особенно Оренбургского государственного медицинского университета, в целевую ординатуру по специальностям кардиология и сердечно-сосудистая хирургия.
- Заключать с медицинскими работниками эффективные контракты, предусматривающие стимулирующие выплаты за качество оказанной медицинской помощи.
- Специалистам, оказывающим медицинскую помощь пациентам с острой сосудистой патологией, регулярно повышать квалификацию и активно участвовать в системе непрерывного медицинского образования (НМО).

3. Увеличение охвата пациентов с ОКС высокотехнологическими хирургическими вмешательствами.

Для этого необходимо:

- Улучшать оснащения медицинских организаций, выполняющих кардиохирургические вмешательства пациентам с ОКС;
- Открыть в регионе два ЧКВ-центра;
- Подготовить медицинские кадры для выполнения подобных хирургических вмешательств, а также регулярно повышать квалификацию медицинских работников.

4. Совершенствование информационного обеспечения оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения.

В регионе необходимо создать единую электронную базу данных о пациентах, перенесших ОКС.

5. Повышение полноты и качества диспансерного наблюдения за пациентами с БСК.

6. Расширение охвата пациентов, перенесших ОКС, медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением.

Таким образом, основными направлениями совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с ИМ являются: повышение информированности населения о ранних симптомах ОКС и необходимости раннего обращения за медицинской помощью; повышение укомплектованности врачами-кардиологами медицинских организаций; открытие двух новых ЧКВ-центров; перепрофилирование ММЦ в ПСО; повышение охвата, полноты и качества диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими ОКС; увеличение объемов медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения для пациентов, перенесших ИМ.

6.2. Результаты внедрения и оценка эффективности мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда

В Оренбургской области с 2012 года реализуется Программа «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», одним из ведущих направлений которой является снижение смертности населения по причине сосудистых катастроф. В ходе реализации данной программы во всех районах Оренбургской области внедрены:

- методы дистанционной ЭКГ-диагностики,
- тромболитическая терапия, начиная с догоспитального этапа;
- госпитализация пациентов в первые часы от начала сосудистой катастрофы – в период «терапевтического окна»;
- просветительская работа по информированию населения о первых проявлениях острой сосудистой патологии и необходимости максимально раннего обращения за медицинской помощью.

11 сентября 2018 года вышло распоряжение Минздрава Оренбургской области №2013 «О реорганизации межмуниципальных центров, оказывающих экстренную помощь пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией в первичные сосудистые отделения». В основу данного Распоряжения легли научно обоснованные предложения, разработанные в ходе выполнения настоящего исследования.

Согласно данному распоряжению в регионе произошло репрофилирование ММЦ в ПСО. И с сентября 2018 года в Оренбургской области стали функционировать 12 ПСО и РСЦ, что представлено в схеме 6.1. Изменение структуры и выполнение стандарта оснащения ПСО потребовало значительных финансовых вложений в медицинские организации, на базе которых открылись ПСО. Кроме того, был решен вопрос о повышении квалификации, а подчас и о профессиональной переподготовке медицинских кадров для работы в ПСО.

Схема организации сосудистых центров в Оренбургской области

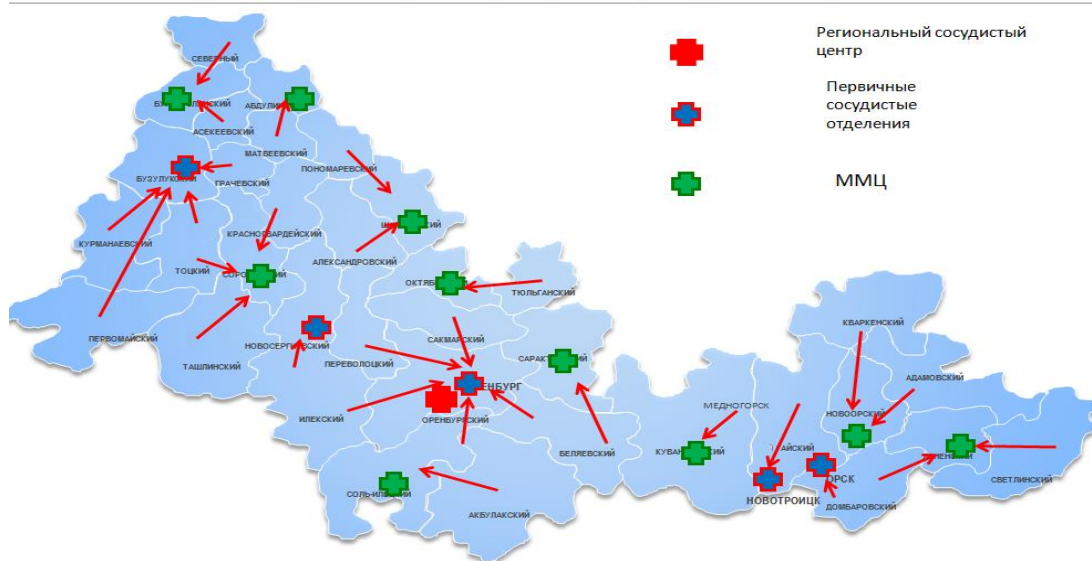


Схема 6.1 Схема организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами в Оренбургской области (с сентября 2018 г.).

С сентября 2018 года организация оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в изучаемом регионе представлена функционированием следующих медицинских организаций:

- региональный сосудистый центр, функционирующий в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»,
- 12 первичных сосудистых отделений, функционирующих в: ГБУЗ «Бузулукская больница скорой медицинской помощи» с ЧКВ-центром, ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга с ЧКВ-центром, ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Новотроицка с ЧКВ-центром, ГАУЗ «Городская больница № 4» г. Орска с ЧКВ-центром, ГБУЗ «Городская больница» г. Соль-Илецка, ГБУЗ «Городская больница» г. Ясный, ГБУЗ «Городская больница» г. Абдулино, ГБУЗ «Новосергиевская районная больница», ГАУЗ «Новоорская районная больница», ГБУЗ «Саракташская районная больница», ГБУЗ «Шарлыкская районная больница».

За период 2017 - 2018 годов в Оренбургской области охват пациентов с ОКС высокотехнологичными хирургическими вмешательствами, включая ЧКВ, составил только 49%. В связи с высокой потребностью населения изучаемого региона было принято решение об открытии двух новых ЧКВ-центров – в городе Орске и районном центре Новосергиевке. Открытие новых ЧКВ-центров призвано улучшить доступность подобных медицинских вмешательств для всех жителей региона.

Обоснованием к открытию в Оренбургской области дополнительных ЧКВ-центров является тот факт, что в изучаемом регионе до 2019 года только 1 млн. 350 тыс. жителей (68% населения) имели территориальную приближенность к функционирующим ЧКВ-центрам, и время доставки пациентов бригадами скорой медицинской помощи в подобные центры не превышало 120 минут от момента установления диагноза ОКС. Но 620 тыс. человек (32% населения области), проживали в территориях удаленных от ЧКВ-центров (доставка бригадами скорой медицинской помощи превышала 120 минут).

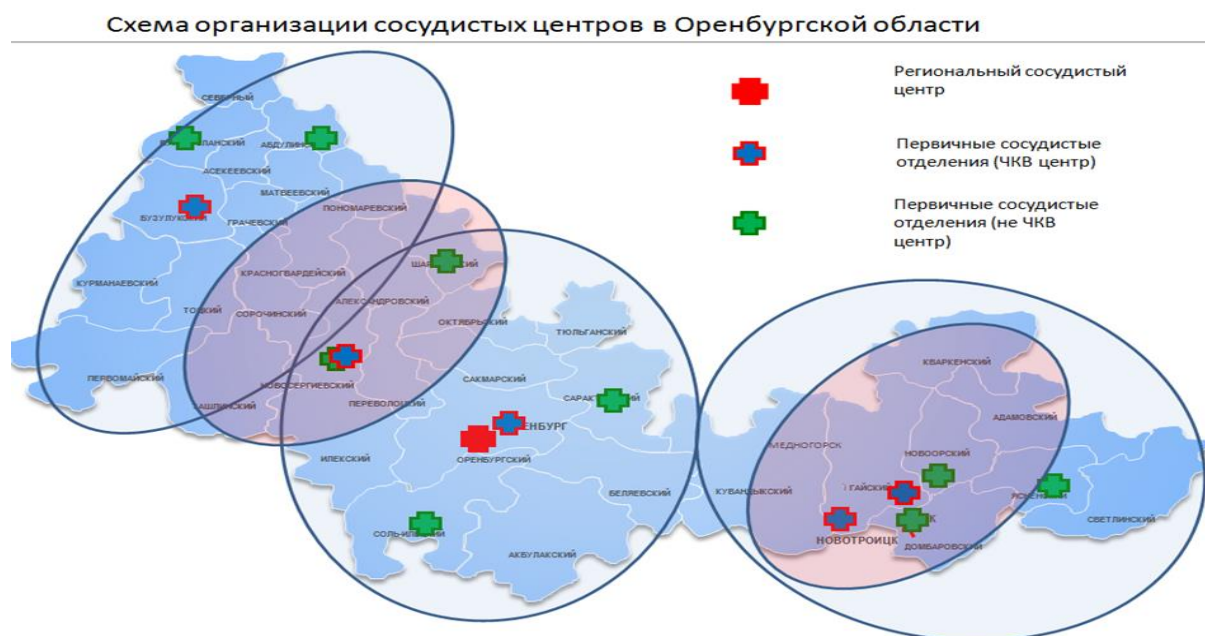


Схема 6.2 Схема организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами в Оренбургской области (до 2024 года).

На примере работы РСЦ и ПСО г. Оренбурга была выполнена оценка эффективности новой организационной схемы оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ. Для этого были проанализированы показатели деятельности этих структурных подразделений медицинских организаций, которые, согласно Программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, характеризуют качество медицинской помощи пациентам с ИМ.

Таблица 6.1

Показатели работы РСЦ и ПСО г. Оренбурга (2017 – 2019 гг.)

Показатель	2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	РСЦ	ПСО	РСЦ	ПСО	РСЦ	ПСО
Пролечено пациентов с ОКС (чел.)	902	500	695	635	794	657
Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи (%)	90%	92%	92%	96%	95%	95%
Охват пациентов с ИМ ТЛТ (чел., %)	8 (0,8%)	9 (1,8%)	4 (0,6%)	10 (1,6%)	2 (0,3%)	5 (0,8%)
Число и доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания (%)	521 (57,7%)	310 (62,0%)	423 (60,8%)	396 (62,3%)	557 (70,0%)	479 (73,0%)
Число и доля пациентов с ИМ, выписанных с улучшением (чел., %)	816 (90,5%)	440 (88,0%)	609 (87,6%)	568 (89,4%)	722 (90,9%)	579 (88,1%)
Число и доля пациентов с ИМ, которые переведены на следующий этап реабилитации (чел., %)	235 (28,7%)	175 (39,8%)	285 (46,8%)	150 (26,4%)	359 (49,7%)	210 (36,2%)
Число умерших от ИМ (чел.)	86	60	69	67	72	78
Летальность от ИМ (%)	9,5%	12,0%	12,3%	10,5%	9,1%	11,9%

Результаты сравнительного анализа этих показателей за 2017 год, когда в регионе функционировали ММЦ, а также за 2018 и 2019 годы, когда ММЦ были перепрофилированы в ПСО, представлены в таблице 6.1.

Из таблицы 6.1 видно, что менее чем за 1,5 года (с сентября 2018 г. и в течение всего 2019 г.) в регионе произошло улучшение следующих показателей: увеличение доли пациентов, полностью удовлетворенных качеством оказания медицинской помощи; увеличение доли пациентов, госпитализированных с инфарктом миокарда (ИМ) в первые 12 часов от начала заболевания (в РСЦ рост данного показателя составил 17,6%, в ПСО – 15,0%). По сравнению с 2017 годом увеличилась доля пациентов с ИМ, которые были переведены на следующий этап реабилитации из РСЦ (в 2019 году около половины всех пациентов с ИМ были переведены на следующий этап реабилитации). Показатели летальности от ИМ как в РСЦ, так и в ПСО г. Оренбурга, хотя и имели низкие темпы снижения, но были значительно ниже целевого регионального норматива, который составил 13,9%.

На следующем этапе исследования для оценки эффективности внедренной новой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС был составлен прогноз изменения таких показателей общественного здоровья, как заболеваемость, инвалидность и смертность по причине БСК. Для этого были построены линии аппроксимации в виде полинома второй степени, а также рассчитан коэффициент детерминации.

С целью оценки возможной динамики заболеваемости взрослого населения ИМ в Оренбургской области и в Российской Федерации были получены следующие линии аппроксимации и коэффициент детерминации:

- для Оренбургской области - $Y_1 = 1,02 * x^2 - 4106,91 * x + 4139733,10$ (Коэффициент детерминации $R^2 = 0,84$);
- для Российской Федерации в целом - $Y_2 = (-0,01) * x^2 + 56,09 * x - 57233,79$ (Коэффициент детерминации $R^2 = 0,75$).

Значение коэффициентов детерминации R^2 меньше 0,85 показывает, что полученные уравнения Y_1 и Y_2 могут служить лишь для оценки тенденций в динамике заболеваемости населения ИМ в Оренбургской области и в Российской Федерации. Анализ линий аппроксимации (они «сглаживают» случайные колебания показателей заболеваемости ИМ в отличие от реальных показателей), показал, что для Оренбургской области характерным явилось снижение заболеваемости ИМ в 2011 – 2015 (2016) годах. После чего стало наблюдаться увеличение данного показателя. Для Российской Федерации вследствие малого значения коэффициента при переменной второго порядка, полином второй степени «вырождался» в уравнение линейной регрессии, которое характеризовало рост заболеваемости населения ИМ в целом по стране.

Рисунки 6.1 и 6.2 отражают динамику изменения показателей заболеваемости населения ИМ в Оренбургской области и в целом по Российской Федерации.

Представляло научный интерес составление прогноза динамики первичной и повторной инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области. Для этого были построены функции прогноза:

- для первичной инвалидности вследствие БСК - $Y_1 = (-1,43)*x + 2883,70$ (Коэффициент детерминации $R_1^2 = 0,931$);

- для повторно освидетельствованных пациентов с БСК - $Y_2 = (-3,13)*x + 6346,31$ (Коэффициент детерминации $R_2^2 = 0,943$), где Y_1 и Y_2 - значения прогноза первичной и повторной инвалидности вследствие БСК, соответственно; x – прогнозируемый год.

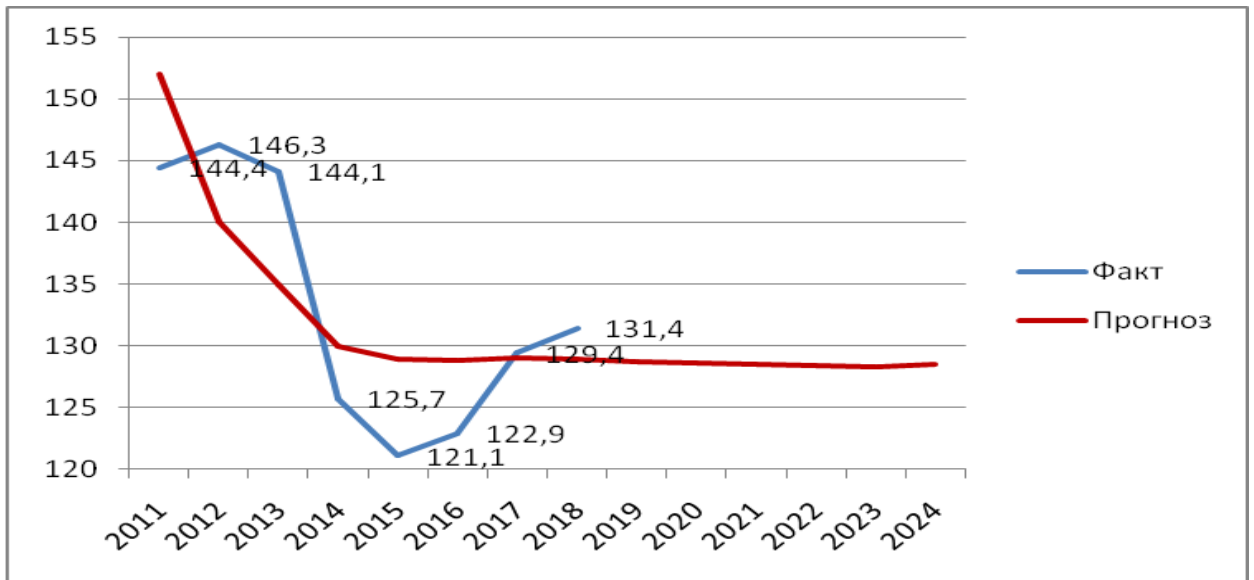


Рис. 6.3. Динамика заболеваемости острым инфарктом миокарда в Оренбургской области (на 100 000 взрослого населения).

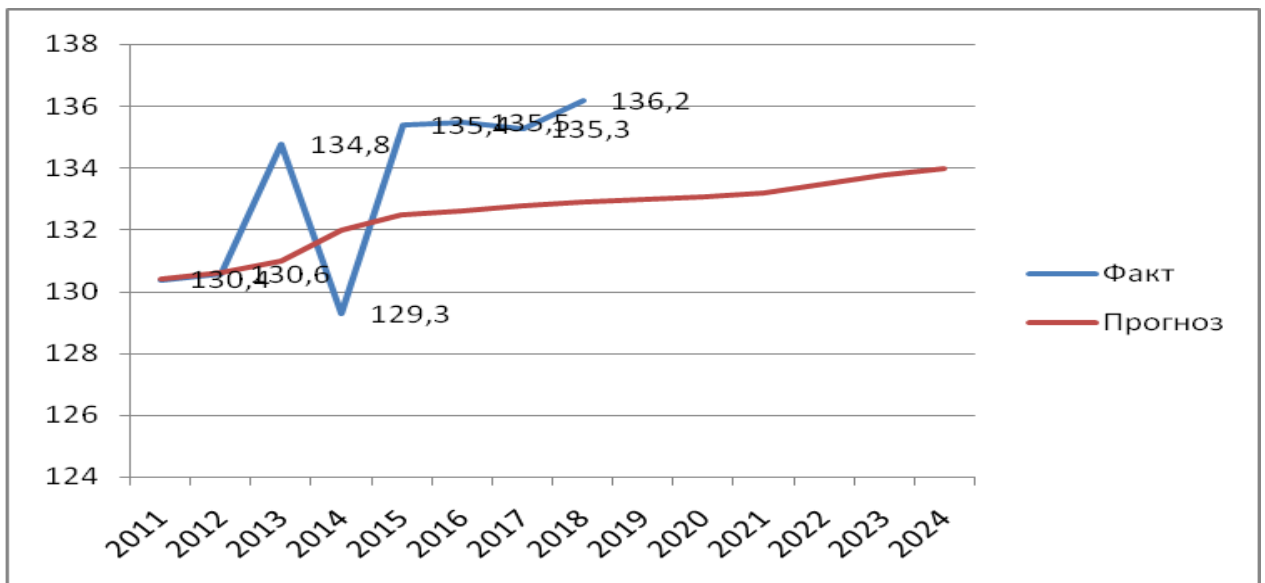


Рис. 6.4. Динамика заболеваемости острым инфарктом миокарда в Российской Федерации (на 100 000 взрослого населения).

Рисунки 6.5 и 6.6 отражают динамику изменения показателей первичной инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области и в Российской Федерации.

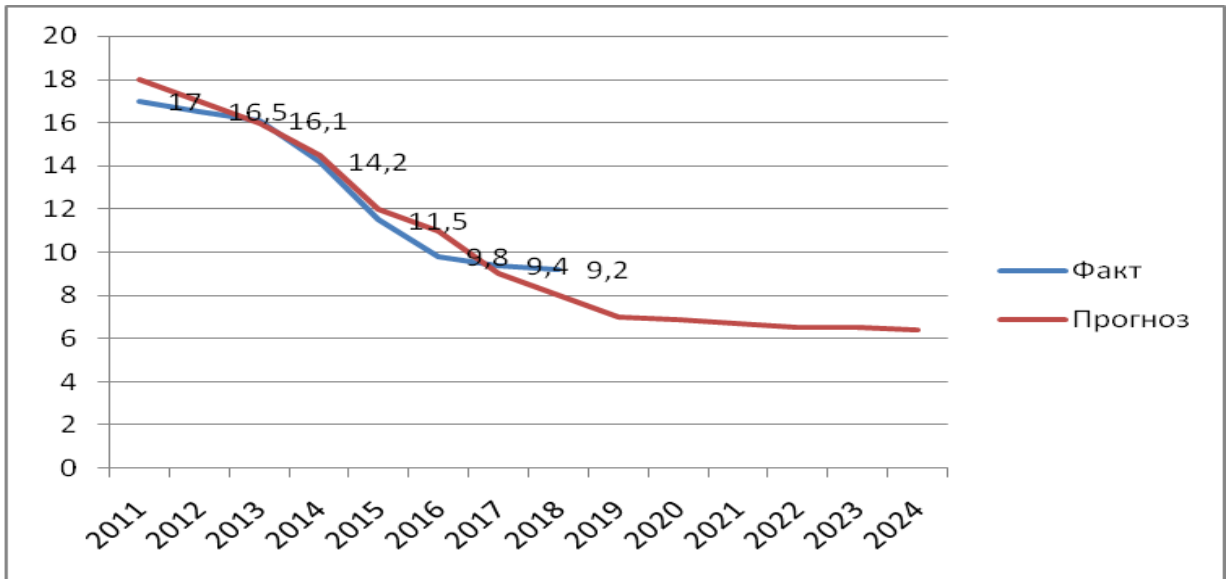


Рис. 6.5. Динамика уровня первичной инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области (на 10 000 населения трудоспособного возраста).

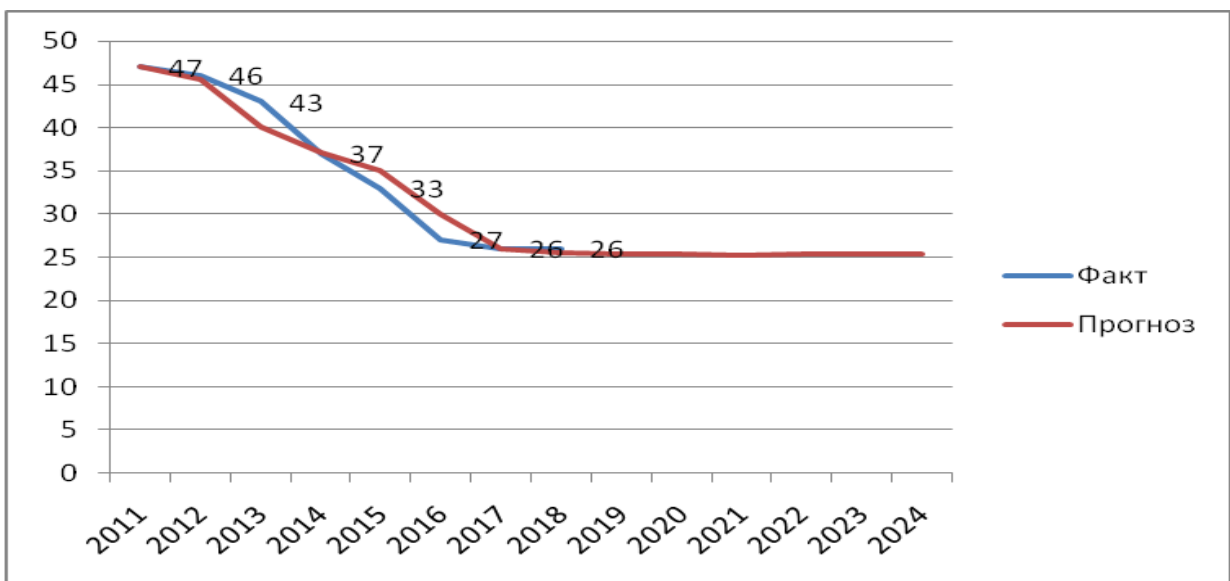


Рис. 6.6. Динамика уровня первичной инвалидности вследствие БСК в Российской Федерации (на 10 000 населения трудоспособного возраста).

Полученные значения коэффициентов детерминации R_1^2 и R_2^2 характеризуют функции Y_1 и Y_2 , которые отражают прогноз первичной инвалидности вследствие БСК до 2023 года в Оренбургской области и в Российской Федерации. Отрицательные значения коэффициента при переменной x характеризуют уменьшение значений Y_1 и Y_2 с течением

времени. Поскольку коэффициент при переменной x в функции Y_2 больше по абсолютной величине, следовательно, уменьшение значений первичной инвалидности вследствие БСК в изучаемом регионе происходит более быстрыми темпами, чем в целом по Российской Федерации.

Затем были построены функции прогноза динамики показателя общей смертности в Оренбургской области и в Российской Федерации.

Расчеты показали, что в изучаемом регионе: $Y_1 = (-0,1095)*x+234,5107$ (Коэффициент детерминации $R_1^2=0,551$), а в целом по Российской Федерации: $Y_2 = (-0,1583)*x+331,9000$ (Коэффициент детерминации $R_2^2=0,893$).

Значения F-критерия, соответственно равные $F_1(1,6) = 7,352$ и $F_2(1,6) = 50,205$ характеризуют функции Y_1 и Y_2 , как способные дать прогноз общей смертности населения Оренбургской области и Российской Федерации на период 2019 - 2023 годов. Отрицательные значения коэффициента при переменной x характеризуют уменьшение значений Y_1 и Y_2 с течением времени. Поскольку коэффициент при переменной x в функции Y_2 больше по абсолютной величине, следовательно, уменьшение значений общей смертности населения в Оренбургской области идет меньшими темпами, чем в целом по Российской Федерации, что отражают рисунки 6.7 и 6.8.

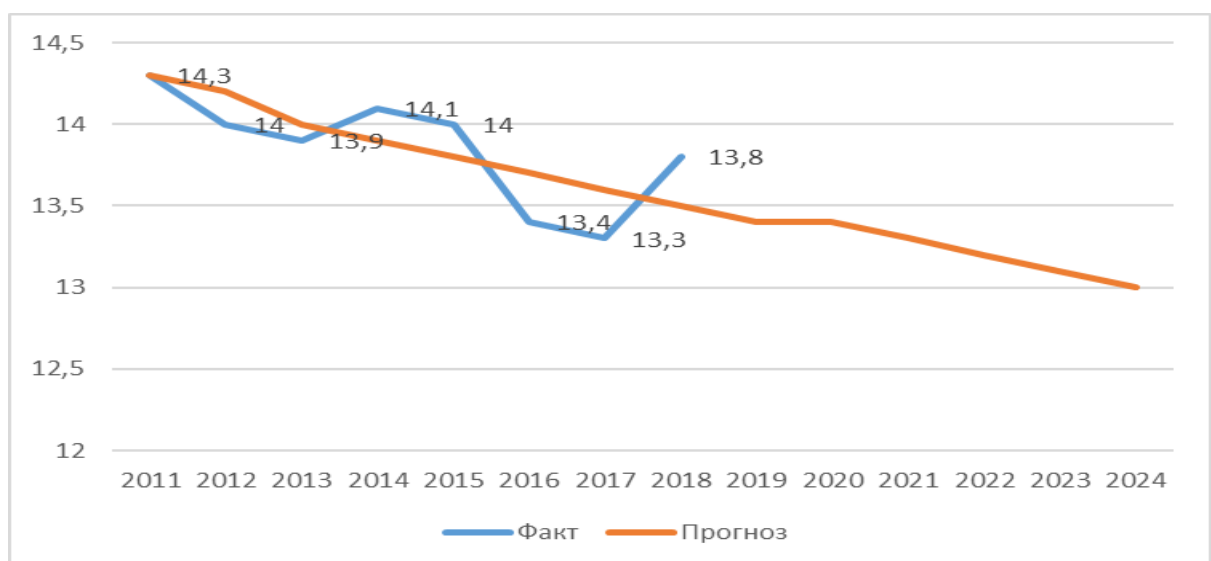


Рис. 6.7. Динамика уровня общей смертности в Оренбургской области (на 1 000 населения).

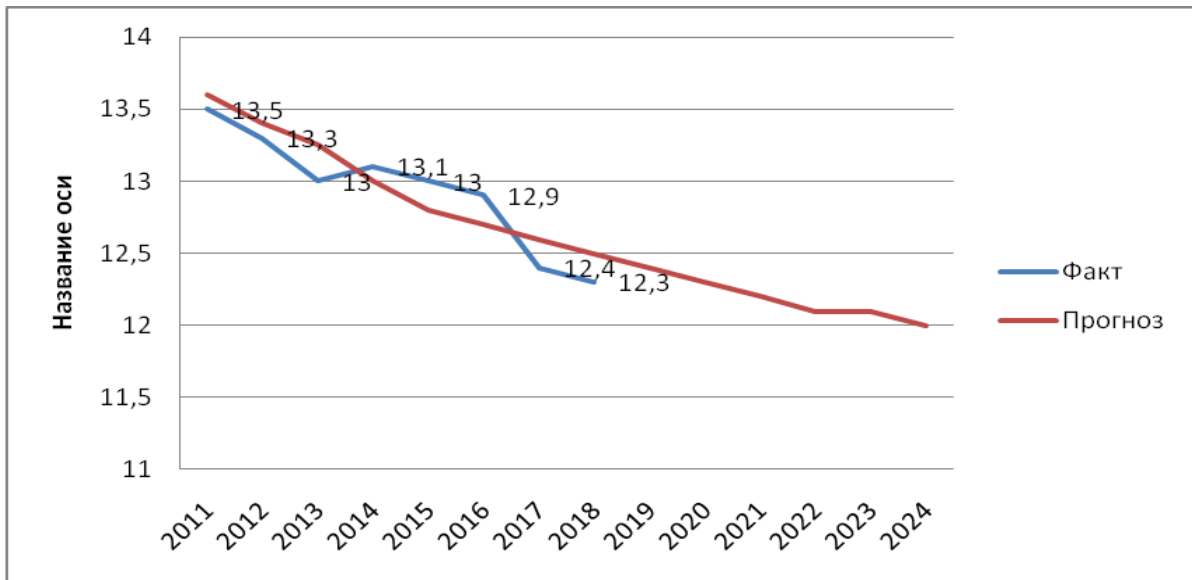


Рис. 6.8. Динамика уровня общей смертности в Российской Федерации (на 1 000 населения).

Рисунок 6.9. отражает прогноз изменения уровня смертности от ИМ в Оренбургской области. Прогноз данного показателя свидетельствует о том, что в регионе, начиная с 2018 и вплоть до 2023 года будет регистрироваться положительная динамика уровня смертности от ИМ.

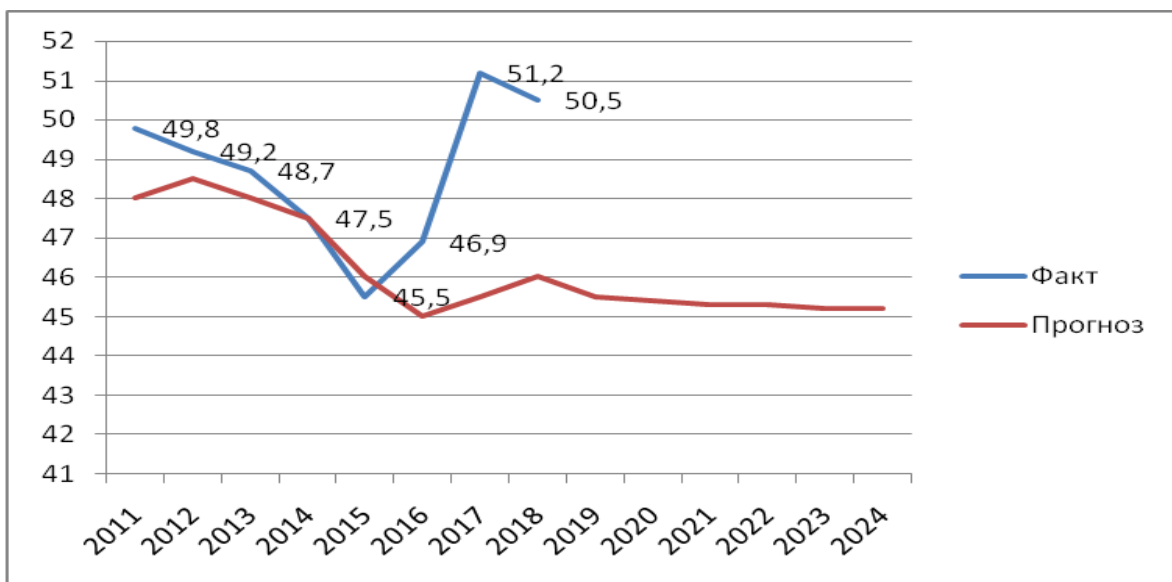


Рис. 6.9. Динамика смертности взрослого населения по причине инфаркта миокарда в Оренбургской области (на 100 000 населения).

Таким образом, внедрение научно обоснованных предложений, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в Оренбургской области, в целом, привело к улучшению не только показателей качества оказания медицинской помощи больным с данной патологией, но и таких показателей регионального здоровья, как заболеваемость, инвалидность и смертность по причине БСК.

6.3. Результаты SWOT-анализа новой организационной модели оказания экстренной кардиологической помощи в регионе

SWOT-анализ представляет собой метод анализа, результаты которого используются для стратегического планирования. SWOT-анализ позволяет разделить все факторы и явления, оказывающие влияние как на отдельную организацию, так и на систему в целом, на четыре категории: Strengths (Сильные стороны), Weaknesses (Слабые стороны), Opportunities (Возможности) и Threats (Угрозы).

В настоящем исследовании SWOT-анализ применен по отношению к новой организационной модели оказания экстренной кардиологической помощи в Оренбургской области. Данная организационная модель, эффективность которой доказана в главах 6.1. и 6.2., объединила работу 1 регионального центра и 15 первичных сосудистых отделений, в 4 из которых выполнялись ЧКВ.

Методика проведения SWOT-анализа является исключительно эффективной, доступной и малозатратной. SWOT-анализ следует проводить регулярно, а его результаты необходимо использовать для принятия управленческих решений, и в целом для стратегического планирования.

СИЛА (преимущества организации или системы)	СЛАБОСТЬ (недостатки организации или системы)
ВОЗМОЖНОСТИ (благоприятные факторы внешней среды)	УГРОЗЫ (противодействие внешней среде)

Рис. 6.10. Матрица SWOT-анализа.

В общем виде технология SWOT-анализа сводится к заполнению матрицы, в которой отражаются сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы, что отражено на рисунке 6.10. Эти сопоставления позволяют четко определить, какие шаги могут быть приняты для развития организации или системы в целом, и на какие проблемы необходимо обратить особое внимание.

Сильные стороны – это присущие организации черты, которые делают ее сильной.

Слабые стороны – это присущие организации черты, которые делают ее слабой, т.е. ограничивают ее развитие.

Возможности – это обстоятельства, выявленные в ходе анализа внешней среды, которые организация в перспективе может использовать для повышения эффективности своей деятельности.

Угрозы – это факторы, способные в будущем негативно сказаться на деятельность организации.

По сути матрица SWOT-анализа представляет собой удобный инструмент структурного описания характеристик организации среды. При построении матрицы применяется, так называемая дихотомическая процедура (*dihotomia* (греч.) – разделять на две части), позволяющая рассматривать взаимоисключающие друг друга признаки в виде дихотомической пары, что ведет к снижению неопределенности (энтропии) взаимодействия среды и организации за счет описания ситуации «крупным мазком».

SWOT-анализ новой региональной модели оказания экстренной кардиологической помощи осуществлялся последовательно. Вначале был выполнен анализ внешней среды, который включал анализ двух составляющих: факторов макросреды и факторов микросреды (непосредственного окружения). Затем был осуществлен анализ внутренней среды, который представлял собой исследование сильных и слабых сторон данной модели. На следующем этапе исследования возможности и угрозы

были ранжированы в порядке убывания, что способствовало оценке внешних факторов с позиции наибольшего положительного или отрицательного влияния на модель.

В результате выполненного анализа факторы внешней среды были разделены на факторы прямого и косвенного (опосредованного) воздействия, что представлено в таблице 6.2.

Таблица 6.2.

Факторы внешней среды, оказывающие воздействие на новую региональную модель оказания экстренной кардиологической помощи

Факторы прямого воздействия	Факторы косвенного воздействия
1. Поставщики: 1.1. Медицинских изделий, вкл. расходные материалы 1.2. Лекарственных препаратов 1.3. Финансов (средства ОМС, областного бюджета и др.) 1.4. Трудовых ресурсов (образовательные медицинские и немедицинские организации) 1.5. Коммунальных услуг 1.6. Бытовых и сервисных услуг	1. Социально-экономическое окружение (уровень развития и состояние экономики страны и региона)
2. Нормативные правовые документы: - Порядки оказания медицинской помощи, - Клинические рекомендации, - Стандарты медицинской помощи и др.	2. Политическое окружение (политическая стабильность в мире, стране и регионе)
3. Потребители: Пациенты (с учетом Факторов риска и Качества жизни)	3. Эпидемиологическая ситуация (в мире, стране и регионе)
4. Конкуренты: Другие государственные и частные медицинские организации	4. Технологическое окружение (новые высокотехнологичные методики, состояние телекоммуникационного и информационного пространства и др.)
5. Органы управления здравоохранением	5. Социально-культурное окружение

Результаты выполненного SWOT-анализа представлены в таблице 6.3.

Таблица 6.3.

Результаты SWOT-анализа новой региональной модели оказания экстренной кардиологической помощи

Сильные стороны (S)	Слабые стороны (W)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Широкий спектр клинических и параклинических медицинских услуг, вкл. ВМП, в одной медицинской организации. Принцип оказания МП «под одной крышей». 2. Высокая квалификация медицинских и немедицинских работников. 3. Приближение ЧКВ, рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, и др. видов ВМП к населению. 4. Высокое качество и безопасность медицинской деятельности. Проведение регулярного контроля. 5. Четкая маршрутизация пациентов. 6. Государственное задание по выполнению программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значительные финансовые затраты при оказании МП, вкл. оказание ВМП. 2. Значительные финансовые затраты на повышение квалификации медицинских и немедицинских работников. 3. Недостаточно высокая самостоятельность в выборе ресурсов, в т.ч. поставщиков.
Возможности (O)	Угрозы (T)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Возможности развития новых видов ВМП. 2. Возможности профессионального роста медицинских и немедицинских работников. 3. Рост доверия пациентов. 4. Высокая удовлетворенность пациентов оказанием МП. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рост цен на медицинские изделия, включая расходные материалы, и лекарственные препараты. 2. Рост цен на коммунальные, бытовые и сервисные услуги. 3. Повышение требовательности пациентов к качеству медицинской помощи. 4. Сложная эпидемиологическая ситуация, в т.ч. по Ковид-19. 5. Изменения законодательства.

Таким образом, результаты выполненного SWOT-анализа следует использовать для стратегического планирования, направленного на совершенствование организации оказания экстренной кардиологической помощи в регионе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования определяется тем, что болезни системы кровообращения характеризуются значительной распространенностью в популяции, частым развитием тяжелых осложнений, что приводит к инвалидности и даже к смерти (Е.И. Чазов, 2009; В.О. Щепин и соавт., 2013; М.В. Путилина, 2014; В.И. Скворцова, 2018).

Каждый год в Российской Федерации от инфаркта миокарда, относящегося к классу болезней системы кровообращения, умирает более 65 тысяч человек (А.Н. Белова, С.В. Прокопенко и соавт., 2016; О.С. Левин и соавт., 2017).

В Российской Федерации регистрируется высокий уровень заболеваемости жителей болезнями системы кровообращения. Так в течение последнего десятилетия показатели общей заболеваемости болезнями системы кровообращения колебались в Российской Федерации: от минимального уровня – 279,0 до максимального – 302,3 на 1000 населения, а в Оренбургской области: от 330,7 до 382,4 на 1000 населения.

С 2012 года в Оренбургской области специализированную медицинскую помощь больным с сосудистыми катастрофами оказывали: региональный сосудистый центр, пять первичных сосудистых отделений и десять межмуниципальных кардиологических центров. При этом системный анализ эффективности работы данных медицинских организаций ранее не выполнялся.

В последнее десятилетие в медицине возрос научный интерес к изучению качества жизни пациентов. Исследование качества жизни больных с инфарктом миокарда рекомендуется проводить с помощью международного стандартизированного опросника Quality of Life after Myocardia Infarction (QLMI). Результаты подобного исследования представлены в работах Н.Н. Крюкова и М.А. Качковского (2005). В Оренбургской области подобные исследования не выполнялись.

В результате исследования установлены тенденции изменения показателей заболеваемости, инвалидности и смертности по причине БСК, включая ИМ, среди взрослого населения Оренбургской области за период с 2011 по 2018 годы.

Отмечено, что в изучаемом регионе за исследуемый период показатели заболеваемости БСК взрослого населения характеризовались увеличением. Так за прошедший период уровень общей заболеваемости БСК вырос на 15,6%, а уровень первичной заболеваемости БСК – на 110,7%.

Результаты статистической оценки показателей общей заболеваемости БСК ($M \pm m$) по всем муниципальным образованиям Оренбургской области за период 2011 - 2018 годов показали, что в 2011 году уровень общей заболеваемости БСК составил $400,05 \pm 31,21$ на 1000 взрослого населения, а в 2018 году - $460,16 \pm 72,31$ на 1000. Сравнительный анализ, выполненный на основе расчета непараметрического U-критерия Уилкоксона, показал, что в целом в регионе уровень общей заболеваемости БСК в 2011 и в 2018 годах не имел статистически значимых отличий ($p > 0,05$).

Средняя многолетняя структура общей заболеваемости БСК взрослого населения, проживающего в Оренбургской области, была следующей: болезни, сопровождающиеся повышенным кровяным давлением, составляли 44,3%, цереброваскулярные болезни – 18,6% и ишемическая болезнь сердца – 11,5%. При этом в средней многолетней структуре первичной заболеваемости БСК взрослого населения также отмечено преобладание болезней, сопровождающихся повышенным кровяным давлением (41,4%), но ишемическая болезнь сердца имела больший удельный вес, чем цереброваскулярные болезни (19,2 и 18,3% соответственно). Установлено, что в структуре заболеваемости ишемической болезнью сердца инфаркт миокарда занимал лидирующую позицию.

За период 2011 - 2018 годов в Оренбургской области уровень заболеваемости ИМ среди взрослого населения составил колебания: от максимальных значений – 146,3 на 100 000 в 2012 году до минимальных –

121,1 на 100 000 в 2015 году. В целом за восьмилетний период наблюдения данный показатель снизился незначительно – на 9,0%, что не является статистически значимым.

Анализируя линию аппроксимации заболеваемости острым ИМ, которая «сглаживает» случайные колебания показателей, установлено, что в Оренбургской области отмечено снижение показателя заболеваемости острым инфарктом миокарда в период 2011-2015 и 2016 годов, после чего зарегистрировано его увеличение. При этом линия аппроксимации заболеваемости острым инфарктом миокарда в Российской Федерации характеризовала постоянный рост этого показателя в течение всего периода наблюдения.

Сравнение средних значений ($M \pm m$) показателей заболеваемости повторным инфарктом миокарда в Оренбургской области ($21,2 \pm 1,3$) и в Российской Федерации ($24,7 \pm 0,6$), выполненное с помощью расчета непараметрического U-критерия Уилкоксона, показало статистически значимое превышение данного показателя в изучаемом регионе по сравнению с аналогичным показателем в Российской Федерации ($p=0,036$).

Результаты исследования показали, что в Оренбургской области за прошедшие годы уменьшилось число граждан, освидетельствованных в бюро МСЭ. При этом болезни системы кровообращения находились на первом месте в структуре причин инвалидности взрослого населения, проживающего в изучаемом регионе.

В ходе построения уравнений линейной регрессии показателей численности первично и повторно освидетельствованных в бюро МСЭ Оренбургской области за 2011 – 2018 годы установлено, что уменьшение численности повторно освидетельствованных шло более быстрыми темпами по сравнению с уменьшением численности первично освидетельствованных.

Отмечена закономерность в виде преобладания доли лиц, признанных инвалидами, которые проживали в городах области по отношению к тем, кто проживал в сельских районах области.

По данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) по Оренбургской области отмечено, что в течение 2011 - 2018 годов в регионе зарегистрирована тенденция к снижению (на 45,5%) первичной инвалидности взрослого населения вследствие БСК.

В изучаемом регионе наибольший темп убыли показателя первичной инвалидности взрослого населения вследствие БСК зарегистрирован в 2015 году, когда составил 27,7% по сравнению с предыдущим годом.

За прошедшие восемь лет в Оренбургской области зарегистрировано более значительное снижение показателей первичной инвалидности вследствие БСК среди лиц трудоспособного возраста – на 47,7%, и повторно установленной инвалидности – на 39,4%.

Были построены функции прогноза значений первичной и повторной инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области за период наблюдения - с 2011 по 2018 годы: $Y_1 = (-1,43)*x+2883,70$ ($R_1^2=0,931$); $Y_2 = (-3,13)*x+6346,31$ ($R_2^2=0,943$). Отмечено, что в регионе уменьшение значений повторной инвалидности вследствие БСК (Y_2) имело более быстрые темпы, чем соответствующие значения первичной инвалидности вследствие БСК (Y_1).

При этом сравнительный анализ значений общей инвалидности вследствие БСК в Оренбургской области ($M \pm m$) показал, что для жителей городов этот показатель составил $48,7 \pm 3,6$ на 10 000, а для жителей сельских районов - $49,5 \pm 4,8$ на 10 000. Результаты расчета критерия Уилкоксона свидетельствуют о том, что различия средних значений данных показателей не являются статистически значимыми ($p=0,674$ или иначе $p>0,05$).

В 2018 году в Оренбургской области в структуре первичного выхода на инвалидность вследствие БСК первое место занимала ИБС – 47,5%, второе место - ЦВБ (37,3%), третье место – БХПКД (10,1%) и четвертое место – прочие болезни данного класса (5,1%).

Отмечено, что в 2018 году в результате первичного освидетельствования II группа инвалидности вследствие ИБС была установлена 28,7% лиц, и III группа инвалидности – 71,3%.

Результаты повторного освидетельствования показали, что II группа инвалидности была установлена 19,5% пациентов с ИБС, и III группа инвалидности – 80,5%.

В результате построения функции прогноза динамики значений общей смертности населения в Оренбургской области и в Российской Федерации отмечено, что $Y_1 = (-0,1095)*x+234,5107$ ($R_1^2=0,551$); $Y_2 = (-0,1583)*x+331,9000$ ($R_2^2=0,893$). Таким образом, установлено, что снижение уровня общей смертности в Оренбургской области в течение 2011 - 2018 годов шло более медленными темпами, чем в целом по Российской Федерации.

Отмечено, что в Оренбургской области уровень смертности по причине БСК среди взрослого населения за период 2011 - 2016 годов снизился на 25,9%, но в 2018 году данный показатель повысился на 4,5% по сравнению с 2016 годом.

В регионе в средней многолетней структуре смертности по причине БСК среди взрослого населения ИБС составила 53,1%, а среди населения трудоспособного возраста - 35,4%.

В течение 2011 – 2018 годов в Оренбургской области уровень смертности по причине ИМ был максимальным в 2017 году, когда составил 51,2 на 100 000 взрослого населения, а минимальным в 2016 году – 46,9 на 100 000. Отмечено, что за прошедшие восемь лет в регионе коэффициент смертности от ИМ незначительно вырос – на 1,4%

В изучаемом регионе показатели смертности по причине ИМ среди взрослого населения имели сезонные колебания. Так, ежегодно статистически значимо регистрировалось увеличение случаев смерти от ИМ в январе и марте месяцах.

В результате исследования установлены гендерные различия уровня смертности от ИМ. Так смертность мужчин трудоспособного возраста по причине ИМ была выше, чем смертность женщин трудоспособного возраста. Средняя многолетняя (за период 2011 – 2017 годов) доля смертности среди мужчин от ИМ составила 56,9%.

Представляло научный интерес изучение организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ на территории Оренбургской области.

В результате оценки кадрового обеспечения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ИМ, отмечено, что в изучаемом регионе в течение восьми лет наблюдения, показатель обеспеченности населения врачами-кардиологами в целом был выше норматива и выше, чем в Российской Федерации.

В Оренбургской области за период с 2011 – 2018 годов динамика обеспеченности населения врачами-кардиологами характеризовалась повышением данного показателя на 36,1%.

Отмечено, что в исследуемом регионе за период наблюдения, несмотря на колебания, показатель укомплектованности врачами-кардиологами был максимальным в 2014 году, когда составил 98,2%. При этом в 2018 году укомплектованность медицинских организаций Оренбургской области врачами-кардиологами составила 98,0%, тогда как в целом по Российской Федерации данный показатель был несколько выше - 99,4%, и в Приволжском Федеральном округе – 99,2%.

С 2013 года в Оренбургской области функционирует система оказания экстренной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами, объединяющая работу 5 ПСО, 9 ММЦ и РСЦ. С сентября 2018 года ММЦ перепрофилированы в ПСО. Таким образом, в настоящее время в Оренбургской области в оказании экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС, включая ИМ, участвуют 12 ПСО и РСЦ.

Установлено, что 1 млн. 350 тыс. жителей изучаемого региона (68% населения области) имеют территориальную приближенность (доступность) ЧКВ-центров, в которые они могут быть доставлены бригадами скорой медицинской помощи в течение 120 минут с момента установления диагноза ОКС. При этом 620 тыс. человек (32% населения области), проживают в территориях, удаленных от ЧКВ-центров.

В ПСО г. Оренбурга за период с 2013 по 2017 годы тромболитическая терапия была проведена 140 пациентам. Снижение числа проведения ТЛТ с 2016 года обусловлено, прежде всего, открытием ЧКВ-центра. При этом доля пациентов с ИМ, госпитализированных в первые 12 часов, существенно выросла: с 31,7 до 56,9%. Отмечена положительная динамика такого показателя, как доля пациентов с ОКС, которые выписаны с улучшением. Если в течение трех лет (2013 - 2015 гг.) доля пациентов с ОКС, выписанных с улучшением, равнялась 90,0%, то в 2016 и 2017 годах выросла до 92,0%.

В ПСО города Оренбурга уровень летальности пациентов с ИМ за пятилетний период снизилась на 31,8% (с 11,6% в 2013 году до 8,8% в 2017 году).

Установлено, что за пять лет работы РСЦ число пролеченных больных с ОКС увеличилось на 33%. Показатели работы РСЦ за пятилетний период характеризовались следующей динамикой: показатель работы койки в реанимационном отделении увеличился на 89,9%; показатель работы койки в кардиологическом отделении вырос на 6,8%; показатель средней длительности пребывания пациентов с ОКС на койке в кардиологическом отделении уменьшился на 22,3%.

За пятилетний период работы РСЦ отмечена положительная динамика в виде увеличения доли пациентов с ОКС, которые выписаны с улучшением, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения. При этом только 28,0% пациентов были переведены на следующий этап медицинской реабилитации. Хотя отмечено увеличение числа и доли

пациентов с ИМ, которые из РСЦ переведены в кардиохирургическое отделение ООКБ.

Установлено, что за пятилетний период работы РСЦ уровень летальности пациентов с ИМ имел незначительные колебания (от максимального – 10,5% в 2014 году до минимального – 8,5% в 2015 году). При этом доля умерших пациентов от ИМ, которым проводилась реперфузионная терапия, увеличилась (с 6,8 до 7,4%), а доля умерших пациентов от ИМ, которым не проводилась реперфузионная терапия, уменьшилась (с 23,7 до 17,6%).

С целью изучения качества жизни (КЖ) пациентов с ИМ был использован международный стандартизированный опросник «Quality of Life after Myocardial Infarction» (QLMI), который позволил сгруппировать ответы респондентов по трем шкалам КЖ: эмоциональное, физическое и социальное функционирование.

При изучении гендерных особенностей КЖ пациентов трудоспособного возраста с ИМ, установлено, что с учетом эмоционального функционирования у женщин чаще наблюдались: чувство подавленности (6,2 балла), желание плакать (6,4 балла), страх (6,3 балла), боязнь стать обузой для родных и близких (6,1 балла). При этом мужчины с ИМ чаще были расстроенными и считали себя бесполезными (по 6,7 баллов), но при этом испытывали большую уверенность в том, что смогут справиться с болезнью (4,8 балла).

Отмечено, что шкала физического функционирования также имела гендерные особенности. Так, женщины на протяжении последних недель ощущали чрезвычайно сильную одышку (6,3 балла), а мужчин – достаточно сильную (5,1 балла). При этом боль и тяжесть в ногах у женщин отмечались в течение достаточно длительного времени (5,2 балла), а у мужчин – в течение некоторого времени (5,3 балла). Но все пациенты отмечали значительные физические ограничения из-за болезни (женщины – 5,8 балла; мужчины – 6,2 балла).

Результаты социального функционирования свидетельствуют о том, что женщины немного больше, чем мужчины, ощущали, что стали зависимы от других (5,1 балла), и как следствие нуждались в большей заботе со стороны родных и близких (6,2 балла).

Таким образом, результаты оценки КЖ, полученные с помощью международного стандартизированного опросника Quality of Life after Myocardial (QLMI), показали, что пациенты трудоспособного возраста в ранний восстановительный период ИМ испытывали более выраженные эмоциональные переживания (чувствовали себя угнетенно, их не покидали мысли о болезни и др.), что сопровождалось переживаниями о своем социальном и физическом функционировании.

На следующем этапе исследования была установлена распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов трудоспособного возраста.

С помощью анонимного анкетирования установлено, что факт курения табака признали более половины (60,9%) респондентов. Этот показатель был в 3 раза выше среди мужчин. Как среди мужчин, так и среди женщин, половиной курящих являлись лица моложе 50 лет, а другой половиной – старше 50 лет. Мужчины чаще, чем женщины, употребляли алкогольные напитки, на их долю приходилось 82,6% респондентов. В целом 66,3% респондентов отмечали факт регулярного употребления алкоголя. Причем 21,7% мужчин употребляли алкоголь «только по праздникам», 26,1% - ежемесячно, 13,0% - еженедельно и 8,6% - чаще. При этом все женщины, участвующие в анкетировании, указали на то, что употребляли алкоголь «только по праздникам».

Таким образом, в результате выполненного социологического опроса была установлена следующая распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: отсутствие регулярных физических нагрузок (82,6%), неполноценный ночной сон (78,3%), нарушения питания (69,5%), регулярное употребление алкоголя (66,3%), курение табака (60,9%),

повышенная масса тела (39,1%), повышение уровня холестерина крови (34,8%).

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что 34,8% респондентов знали о сердечно-сосудистых заболеваниях среди родственников по материнской линии, а 30,4% - по отцовской. При этом 24,4% респондентов указали на наследственную предрасположенность к болезням сердечно-сосудистой системы по материнской и отцовской линиям – одновременно. Но около 1/3 респондентов затруднились с ответом на вопрос о наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Одним из критериев оценки качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов. С этой целью было проведено социологическое исследование среди 300 пациентов трудоспособного возраста с ИМ.

В результате анкетирования отмечено, что удовлетворенность пациентов с ИМ объемом и качеством диагностических обследований составила 95,7%, удовлетворенность объемом и качеством лечения – 95,7%, удовлетворенность лекарственным обеспечением - 100%, санитарно-гигиеническими условиями и комфортностью пребывания в стационаре – 91,3%.

При этом 95,7% респондентов полностью удовлетворяла профессиональная подготовка врачей реанимационных и кардиологических отделений. Кроме того, пациенты с ИМ высоко оценили отношение врачей (91,3%), медицинских сестер (95,7%) и санитарок (95,7%) к ним и к их родственникам.

Таким образом, результаты социологического исследования продемонстрировали в целом высокую удовлетворенность пациентов с ИМ качеством оказания экстренной специализированной медицинской помощи в стационарах.

На основе полученных материалов исследования были научно обоснованы основные направления совершенствования организации медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми катастрофами на региональном уровне:

1) Повышение информированности населения о ранних симптомах ОКС и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью;

2) Улучшение кадровой обеспеченности медицинских организаций, оказывающих как первичную медико-санитарную, так и специализированную, медицинскую помощь пациентам с ОКС, ОНМК, и БСК в целом;

3) Повышение квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с острой сосудистой патологией, а также активное их участие в системе непрерывного медицинского образования (НМО);

4) Увеличение охвата пациентов с ОКС высокотехнологическими видами медицинскими помощи;

5) Совершенствование информационного обеспечения оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения;

6) Повышение полноты и качества диспансерного наблюдения за пациентами с БСК;

7) Расширение охвата пациентов, перенесших ОКС, медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением.

Одним из ведущих мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ в Оренбургской области, является внедрение новой организационной модели, включающей мероприятия по перепрофилированию ММЦ в ПСО и открытию новых (приближенных к населению) ЧКВ-центров.

11 сентября 2018 года вышло распоряжение Минздрава Оренбургской области №2013 «О реорганизации межмуниципальных центров, оказывающих экстренную помощь пациентам с острой сердечно-сосудистой

патологией в первичные сосудистые отделения». В основу данного Распоряжения легли научно обоснованные предложения, разработанные в ходе выполнения настоящего исследования.

На примере работы РСЦ и ПСО г. Оренбурга была выполнена оценка эффективности новой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ. Для этого были проанализированы основные показатели деятельности этих структурных подразделений медицинских организаций, которые, согласно программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, характеризуют качество оказания медицинской помощи пациентам с ИМ.

За период 2018 - 2019 гг. отмечено улучшение следующих показателей: увеличение доли пациентов, полностью удовлетворенных качеством медицинской помощи; увеличение доли пациентов, госпитализированных с ИМ в первые 12 часов от начала заболевания (в РСЦ рост данного показателя составил 17,6%, в ПСО – 15,0%). По сравнению с 2017 годом увеличилась доля пациентов с ИМ, которые были переведены на следующий этап реабилитации из РСЦ (в 2019 году около половины всех пациентов с ИМ были переведены на следующий этап реабилитации). Показатели летальности от ИМ как в РСЦ, так и в ПСО г. Оренбурга хотя и имели низкие темпы снижения, но были значительно ниже целевого регионального показателя, который составлял 13,9%.

Оценка эффективности внедренных мероприятий была дополнена результатами прогноза изменения показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, составленными на период до 2024 года включительно.

В настоящем исследовании выполнен SWOT-анализ работы новой организационной модели оказания экстренной кардиологической помощи в Оренбургской области.

С помощью методологии SWOT-анализа была дана оценка сильным и слабым сторонам, а также возможностям и угрозам новой организационной

модели оказания экстренной кардиологической помощи в регионе. Практическое использование результатов SWOT-анализа заключается в том, что полученные данные должны стать основой стратегического планирования, которое будет способствовать эффективному управлению организацией оказания экстренной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на региональном уровне.

В результате исследования доказано, что совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ИМ должно включать: улучшение укомплектованности медицинских организаций врачами-кардиологами и повышение их квалификации; приближение и доступность чрескожных коронарных вмешательств и других высокотехнологичных видов медицинской помощи; изменение организационной структуры за счет перепрофилирования межмуниципальных медицинских центров в первичные сосудистые отделения; увеличение охвата и повышение качества медицинской реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Эффективность внедрения новой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области доказана улучшением показателей, характеризующих качество работы первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра, а также результатами составленного прогноза заболеваемости, инвалидности и смертность по причине болезней системы кровообращения в регионе.

ВЫВОДЫ

1. В Оренбургской области за период 2011 - 2018 годов

- уровни общей и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения увеличились на 15,6% и 110,7% соответственно. При этом уровни заболеваемости инфарктом миокарда снизились на 9,0%;

- уровни инвалидности взрослого населения трудоспособного возраста вследствие болезней системы кровообращения статистически значимо снизились: впервые установленной инвалидности на 47,7%, повторно установленной инвалидности на 39,4%;

- уровень смертности взрослого населения по причине болезней системы кровообращения статистически значимо снизился (на 22,6%).

2. Основные проблемы организации экстренной кардиологической помощи в регионе были связаны с недостаточными: оснащенностью межмуниципальных медицинских центров оборудованием и дефицитом медицинских кадров; охватом жителей отдаленных территорий чрескожными коронарными вмешательствами и другими видами высокотехнологичной медицинской помощи; охватом пациентов медицинской реабилитацией в ранний восстановительный период.

3. В результате оценки качества жизни пациентов трудоспособного возраста, перенесших острый инфаркт миокарда, отмечено, что они испытывали более выраженные изменения эмоционального функционирования (4,5 балла) по сравнению с социальным (4,2 балла) и физическим (3,4 балла) функционированием. Выявлены гендерные отличия результатов оценки качества жизни: женщины имели более выраженные эмоциональные изменения (4,8 балла) на фоне более низких показателей социального (4,0 балла) и физического (3,2 балла) функционирования.

С помощью анонимного анкетирования установлена следующая распространенность основных факторов риска: отсутствие регулярных

физических нагрузок (82,6%), неполноценный ночной сон (78,3%), нарушения питания (69,5%), регулярное употребление алкоголя (66,3%), курение табака (60,9%), повышенная масса тела (39,1%), повышение уровня холестерина в крови (34,8%).

4. В результате социологического исследования выявлено, что пациенты трудоспособного возраста, перенесшие острый инфаркт миокарда, имели высокую (95,7%) удовлетворенность оказанной медицинской помощью в стационарах региона.

5. Совершенствование организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда включает: приближение и доступность чрескожных коронарных вмешательств и других видов высокотехнологичной медицинской помощи; изменение организационной структуры за счет перепрофилирования межмуниципальных медицинских центров в первичные сосудистые отделения; увеличение охвата и повышение качества медицинской реабилитации в ранний восстановительный период.

Об эффективности внедрения новой организационной модели оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области свидетельствует улучшение: показателей качества работы первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра; показателей прогноза заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения в регионе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Руководителям региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения:

1. Разработать и внедрить мониторинг основных показателей здоровья населения, включая заболеваемость, инвалидность и смертность населения от болезней системы кровообращения, в том числе острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда.

2. На основе полученных результатов мониторинга своевременно проводить корректировку структуры, оснащенности и обеспеченности медицинскими кадрами учреждений здравоохранения, оказывающих экстренную медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. В Оренбургской области создать единую электронную базу данных о пациентах, перенесших острый коронарный синдром и инфаркт миокарда.

4. Продолжить открытие новых (приближенных к населению) отделений, в которых проводятся чрескожные коронарные вмешательства и другие высокотехнологичные виды медицинской помощи, включая рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения.

5. Осуществлять мониторинг показателей качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

6. В Оренбургской области расширить коечный фонд для проведения медицинской реабилитации пациентов, перенесших острый период инфаркта миокарда.

7. Повышать результативность мер внедрения здорового образа жизни населения на основе выявленных факторов риска.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

1. Продолжить широкое информирование населения групп высокого сердечно-сосудистого риска, а также их родственников, о ранних симптомах острого коронарного синдрома и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью.

2. Осуществлять контроль за повышением квалификации и участием в системе непрерывного медицинского образования специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией.

3. Повысить охват, полноту и качество диспансерного наблюдения пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда.

4. Расширить охват и качество медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

5. Расширить работу школ здоровья для пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

6. Врачам центров здоровья и кабинетов/отделений медицинской профилактики поликлиник увеличить охват пациентов, перенесших инфаркт миокарда, обучением в школах здоровья.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с сердечно-сосудистыми катастрофами:

1. Организовать проведение мониторинга показателей качества жизни среди пациентов с инфарктом миокарда. С учетом полученных результатов оценки качества жизни своевременно корректировать показатели эмоционального, социального и физического функционирования.

2. Расширить использование пациентам с сосудистыми катастрофами высокотехнологичных видов медицинской помощи, включая рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения.

3. Осуществлять контроль за повышением квалификации и участием в системе непрерывного медицинского образования специалистов,

оказывающих медицинскую помощь пациентам с острой сосудистой патологией.

4. Выполнять мониторинг показателей доступности, качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами.

5. Заключать с медицинскими работниками эффективные контракты, предусматривающие стимулирующие выплаты за качество оказанной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алленов, А.М. Болезни системы кровообращения: эпидемиологическая ситуация в Свердловской области [Текст] / А.М. Алленов, С.А. Никифоров, Д.Р. Медведская // Врач. – 2012. – № 4. – С. 116-118.
2. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России [Текст] / С.А. Шальнова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. – Т. 97. - № 5. – С. 6-11.
3. Аронов, Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
4. Архиповский, В. Л. Сердечно-сосудистая патология: распространенность, основные факторы риска [Текст] / В. Л. Архиповский // Экология человека. – 2007. – № 7. – С. 20-24.
5. Ацель, Е. А. Оценка удовлетворенности пациентов с болезнями системы кровообращения качеством оказываемой первичной медико-санитарной помощи / Е. А. Ацель, А. В. Фомина // Дневник казанской медицинской школы. – 2017. – № 1 (15). – С. 22-26.
6. Беленков, Ю. Н. Кардиология [Текст]: национальное руководство / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 848 с.
7. Белова, С. А. Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи при ишемической болезни сердца на региональном уровне (на примере Челябинской области) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Светлана Александровна Белова. – М., 2015. – 24 с.
8. Бойко, Ю. П. Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения у взрослого и детского населения России [Электронный ресурс] / Ю. П. Бойко, Д. И. Лаврова. – Режим доступа:

<https://docplayer.ru/57533003-Invalidnost-vsledstvie-bolezney-sistemy-krovoobrashcheniya-u-vzroslogo-i-detskogo-naseleniya-rossii.html>.

9. Бойцов, С. А. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и США [Текст] / С. А. Бойцов, Е. М. Андреев, И. В. Самородская // Кардиология. – 2017. – Т. 57, № 1. – С. 5-16.
10. Бойцов, С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира [Текст] / С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16. - № 5. – С. 9-19.
11. Болотова, Е. В. Гендерно-возрастные особенности смертности от болезней системы кровообращения на примере прикрепленного населения территориальной поликлиники Краснодара / Е. В. Болотова, А. В. Концевая, И. В. Ковригина, Л. П. Люберицкая // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26, № 3. – С. 101-109.
12. Боровая, Т. В. Смертность от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте / Т. В. Боровая, А. Г. Захаренко // Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – № 52. – С. 31.
13. Бунова, С. С. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда в регионах Российской Федерации [Текст] / С. С. Бунова, Е. В. Усачева, О. В. Замахина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6. – С. 3.
14. Бызов, Н. С. Медико-социальные аспекты смертности населения от болезней системы кровообращения в промышленном регионе [Текст] / Н. С. Бызов, Т. В. Зарипова, Н. В. Ножкина // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. – М., 2019. – С. 37-40.
15. Вклад региональных сосудистых центров в снижение смертности населения трудоспособного возраста [Текст] / А. В. Зубко [и др.] // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. Серия «Демография. Социология. Экономика». – М., 2019. – С. 61-64.
16. Все региональные сосудистые центры будут переоснащены [Электронный ресурс] / Р. Шевченко // Медвестник. Портал российского

врача. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Vse-regionalnye-sosudistye-centry-budut-pereosnasheny.html>.

17. Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья [Текст] / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 3. – С. 4-10.

18. Гербекова, И. Д. Комплексное медико-социальное исследование заболеваемости населения инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения и мероприятия по профилактике на муниципальном уровне [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Ирина Джашауовна Гербекова. – М., 2014. – 25 с.

19. Гинзбург, М. Л. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных острым инфарктом миокарда в рамках регистра [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.05 / Моисей Львович Гинзбург. – М., 2016. – 211 с.

20. Глезер, М. Г. Половая и возрастная характеристики смертности от заболеваний системы кровообращения в Московской области. Данные 2016 года [Текст] / М. Г. Глезер // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 1. – С. 49-56.

21. Голощапов-Аксенов, Р.С. Социально-гигиенические аспекты профилактики инфаркта миокарда на основе прогнозирования в зависимости от факторов риска [Текст] / Р.С. Голощапов-Аксенов, С.К. Фролов, А.В. Гурин // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2018. – № 1. – С. 27-29.

22. Девальд, И. В. Медико-демографический портрет пациента с ишемической болезнью сердца и оперативным вмешательством по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» [Текст] / И. В. Девальд, Е. В. Каракулова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2018. – Т. 33, № 3. – С. 111-117.

23. Дегтяренко, Л. В. Болезни системы кровообращения и их факторы риска на амбулаторно-поликлиническом этапе ведения больных [Текст] / Л.

В. Дегтяренко, О. Н. Красноруцкая, Е. В. Белозерова // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, № 7 (24). – С. 7-8.

24. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2012 году: курс на благополучие [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/234911/The-European-health-report-2012.-Charting-the-way-to-well-being-Rus.pdf.

25. Дорофеев, А. Л. Динамика сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в Хабаровском крае [Текст] / А. Л. Дорофеев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 3. – С. 68.

26. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе [Текст] / С. А. Бойцов [и др.] // Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 3. – С. 53-59.

27. Заболевания сердечно сосудистой системы как причина смертности в Российской Федерации: пути решения проблемы [Текст] / Д. О. Иванов [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2019. – Т. 4, № 2. – С. 4-12.

28. Здоровье населения и приоритеты развития здравоохранения [Текст] / под ред. О. П. Щепина, В. А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

29. Здравоохранение в России – 2017 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: https://gks.ru/bgd/regl/b17_34/Main.htm.

30. Измеров, Н. Ф. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых стран Европы: тенденции последнего двадцатилетия [Текст] / Н. Ф. Измеров, Г. И. Тихонова, Т. Ю. Горчакова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 69, № 7-8. – С. 121-126.

31. Индивидуальное прогнозирование риска развития ишемической болезни сердца в рамках первичной профилактики [Текст] / Л. Л. Берштейн [и др.] // Кардиология. – 2012. – Т. 52, № 10. – С. 65-74.

32. Качковский, М. А. Комплексная оценка качества жизни больных инфарктом миокарда в регионе [Текст]: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.33, 14.00.06 / Михаил Аркаевич Качковский. – Самара., 2005. – 382 с.
33. Кондрикова, Н. В. Динамика показателей смертности от болезней системы кровообращения в Кемеровской области за период 2006-2014 гг. [Текст] / Н. В. Кондрикова, И. В. Самородская, О. Л. Барбараш // Медицина в Кузбассе. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 23-30.
34. Куш, О. В. Научное обоснование совершенствования организации специализированной медицинской помощи при остром коронарном синдроме [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Оксана Васильевна Куш – М., 2016. – 48 с.
35. Лапкина, Е. Е. Научное обоснование приоритетных направлений развития медицинской помощи кардиологическим больным в крупном промышленном регионе [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Елена Евгеньевна Лапкина. – М., 2007. – 188 с.
36. Линденбратен, А.Л. Актуальные проблемы совершенствования здравоохранения в субъектах Российской Федерации [Текст] / А. Л. Линденбратен // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 4. – С. 23-26.
37. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник [Текст] / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
38. Максимова, Т. М. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных [Текст] / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина, Е. В. Огрызко // Вестник российской академии медицинских наук. – 2012. – № 3. – С. 15-22.
39. Максимова, Т. М. Средняя длительность пребывания в стационарах больных с патологией системы кровообращения в России и в некоторых европейских странах [Текст] / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2013. – № 2 – С. 5-7.

40. Медведская, Д.Р. Оценка влияния здравоохранения на эпидемиологическую ситуацию по болезням системы кровообращения в муниципальных образованиях Свердловской области [Текст] / Д.Р. Медведская, А.М. Алленов // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 6. – С. 62-67.
41. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения [Текст] / В.А. Медик. – М.: Медицина, 2003. – 512 с.
42. Медик, В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне [Текст] / В.А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 3-7.
43. Мешкова, Д. В. Факторы, влияющие на заболеваемость острым инфарктом миокарда, и возрастно-половой состав пациентов [Текст] / Д. В. Мешков // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – № 2. – С. 33-35.
44. Мониторинг выполнения индивидуальных профилактических программ с использованием стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения [Текст] / Г.В. Артамонова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2012. – Т. 15. - № 2-1. – С. 137-138.
45. Назаров, А. М. Информационное управление диспансерным наблюдением больных стенокардией [Текст] / А. М. Назаров, Д. И. Кича, В. В. Марковская // Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 5 (149). – С. 148-153.
46. Николаева, И. Е. Особенности смертности населения Республики Башкортостан от болезней системы кровообращения в 2018 году [Текст] / И. Е. Николаева, А. Я. Шарафутдинов, И. Р. Валиев // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 100-летию Иркутского гос. мед. ун-та (1919-2019). – Иркутск, 2019. – С. 289-293.

47. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Медицина, 2007. – 320 с.
48. Нозологическая и возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 годах [Текст] / И. В. Самородская [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 21, № 6. – С. 7-14.
49. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 8 дек. 2017 г. № 1492. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/30487>.
50. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 19 дек. 2016 г. № 1403. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71472248>.
51. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 19 дек. 2015 г. № 1382. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/25859>.
52. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 28 нояб. 2014 г. № 1273. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/25859>.
53. О развитии высокотехнологичной медицинской помощи [Электронный ресурс] // Правительство России: [официальный сайт]. – Режим доступа: <http://government.ru/news/9147>.
54. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895.
55. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями [Электронный ресурс]: приказ

Министерства здравоохранения РФ от 15 нояб. 2012 г. № 918н. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70199174>.

56. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 2. – 160 с.
57. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / под ред. В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.
58. Оганов, Р. Г. Качество и продолжительность жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца: новые возможности улучшения [Текст] / Р.Г. Оганов // Врач. – 2017. – № 1. – С. 57-60.
59. Оганов, Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения [Текст] / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 1. – С. 5-10.
60. Оганов, Р.Г. Концепция факторов риска как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Р.Г. Оганов // Врач. – 2011. – № 7. – С. 3-6.
61. Оганов, Р.Г. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации [Текст] / Р.Г. Оганов, А.М. Калинина, А.В. Концевая // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 4. – С. 4-9.
62. Организационные подходы к оказанию помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Кемерово [Текст] / Л.С. Барбараш [и др.] // Доктор. ру. – 2013. – № 6 (84). – С. 24-29.
63. Организация медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре [Текст] / И.А. Урванцева [и др.] // Вестник СурГУ. Медицина. – 2010. – № 6. – С. 72-77.
64. Особенности динамики качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца при чрескожных коронарных вмешательствах со

стентированием [Текст] / Н. П. Дорофеева [и др.] // Клиническая практика. – 2018. – Т. 9, № 3. – С. 10-15.

65. Панина, Ю. Н. Моделирование и прогнозирование острого инфаркта миокарда в зависимости от факторов риска, лабораторных параметров и качества жизни [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 03.01.09 / Юлия Николаевна Панина. – Курск, 2013. – 166 с.

66. Папанова, Е. Смертность от болезней системы кровообращения в России и Москве в свете мировых тенденций [Текст] / Е. Папанова, С. Тимонин // Московская медицина. – 2017. – № 4 (19). – С. 57-64.

67. Перепелкина, Н. Ю. Качество жизни населения Оренбургской области [Текст]: монография / Н.Ю. Перепелкина, Е.А. Калинина, Е.А. Соловьева. – Оренбург: Изд-во ОрГМУ, 2016. – 128 с.

68. Перепелкина, Н.Ю. Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения протезирования зубов [Текст] / Н.Ю. Перепелкина, К.В. Шматов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 62-64.

69. Перепелкина, Н.Ю. Показатели качества жизни лиц в возрасте 65 лет и старше (на примере города Оренбурга) [Текст] / Н.Ю. Перепелкина, Ю.В. Паршина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 80-84.

70. Петрова, М.М. Показатели качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда [Текст] / М.М. Петрова, И.В. Романова, Н.А. Рыжкова // Российский кардиологический журнал. – 1999. – № 4, Приложение: Тез. докл. VI Всерос. съезда кардиологов. – С. 125.

71. Погосова, Н.В. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы [Текст] / Н.В. Погосова // Кардиология. – 2010. – № 4. – С. 66-78.

72. Предикторы позднего обращения за медицинской помощью при инфаркте миокарда [Текст] / Д. Ю. Седых [и др.] // Вопросы неотложной кардиологии: материалы X Всерос. форума. – М., 2017. – С. 22.

73. Приверженность больных хронической ишемической болезнью сердца к врачебным рекомендациям (по данным амбулаторного регистра профиль) / Ю. В. Лукина [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 3 (143). – С. 14-19.
74. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Текст]: учебное пособие для практических занятий / под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 192 с.
75. Проблемы применения региональных и федеральных стандартов при оказании медицинской помощи больным с заболеваниями органов кровообращения [Текст] / Г.Ю. Сазанова [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 5. – С. 52-55.
76. Ратманова, А.А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам [Текст] / А.А. Ратманова // *Medicine review*. – 2009. – № 1. – С. 6-12.
77. Региональные особенности заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения [Текст] / М. Г. Москвичева [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2016. – Т 15, № 4. – С. 66-69.
78. Региональные особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца с учетом гендерных и возрастных различий [Электронный ресурс] / А. А. Хрипунова [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. – 2017. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/viewid=27175>.
79. Роль информационных систем в сопоставлении стандартов с реальной клинической практикой (на примере «Стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией») [Текст] / Л.А. Бокерия [и др.] // *Здравоохранение*. – 2007. – № 11. – С. 23-30.
80. Роль систолического и диастолического артериального давления для прогноза смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Р.Г.

Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – Т. 1. - № 1. – С. 10-15.

81. Рытченков, С. В. Динамика заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения населения Волгоградской области в 2012-2016 гг. [Текст] / С. В. Рытченков, Л. П. Кнышова // Современные научные исследования и разработки. – 2017. – № 8 (16). – С. 491-494.

82. Сагайдак, О. В. Разработка алгоритма расчета потребности в сосудистых центрах [Текст] / О. В. Сагайдак, Е. В. Ощепкова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2019. – Т. 63, № 1. – С. 29-34.

83. Самородская, И.В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных странах [Текст] / И.В. Самородская // Здравоохранение. – 2009. – № 7. – С. 7-11.

84. Сверхсмертность населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения по сравнению с развитыми странами [Текст] / В.И. Харченко [и др.] // Проблемы прогнозирования. – 2006. – № 5. – С. 34-56.

85. Семенова, В. Г. Первые результаты программы по снижению сердечно-сосудистой смертности: пилотные регионы на фоне России [Электронный ресурс] / В. Г. Семенова, Г. Н. Евдокушина // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – Режим работы: https://elibrary.ru/download/elibrary_16216487_85151650.pdf.

86. Сидуллина, Е. Ю. Сравнительная характеристика общей заболеваемости болезни системы кровообращения в динамике 2012-2016 годы [Текст] / Е. Ю. Сидуллина, С. А. Сиудиллина // Вопросы образования и науки: сборник науч. тр. по материалам междунар. науч.-практ. конф. – 2017. – С. 84-88.

87. Стародубов, В.И. Некоторые итоги реформирования здравоохранения [Текст] / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Стародубов, А.В. Погонин // Социальные аспекты здоровья. 2018. - № 6 (64). - С. 1 – 19.

88. Стародубов, В.И. Концепция предотвратимой смертности и особенности ее применения в России в качестве инструмента принятия

- решений в здравоохранении [Текст]/ В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 6. – С. 3-10.
89. Столярова, Е. А. Выявление факторов риска болезней системы кровообращения у взрослого населения Сахалинской области [Текст] / Е. А. Столярова, В. В. Ганеева // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. – № 3 (36). – С. 5.
90. Структура и факторы инвалидности у пациентов после лечения инфаркта миокарда с применением высокотехнологичных операций на сердце и сосудах в г. Хабаровске за 2014-2017 гг. [Текст] / Ю. В. Коваленко [и др.] // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2019. – № 2 (80). – С. 11-16.
91. Сыркин, А.Л. Влияние клинических показателей и антиангинальной терапии на качество жизни больных стабильной стенокардией [Текст] / А.Л. Сыркин, Е.А. Печорина, С.В. Дриницина // Клиническая медицина. – 2001. – Т. 79. - № 7. – С. 28-31.
92. Теринова, В. В. Заболеваемость ишемической болезнью сердца в трудоспособном возрасте и сравнительная оценка результативности маршрутов реабилитации [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Виталия Владимировна Теринова. – М., 2017. – 23 с.
93. Тимошенко, С. С. Оценка качества жизни больных с ишемической болезнью сердца на амбулаторно-поликлиническом уровне [Текст] / С. С. Тимошенко // Центральный научный вестник. – 2017. – Т 2, № 7 (24). – С. 24-25.
94. Указ Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».
95. Улумбекова, Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Гузель Эрнстовна Улумбекова. – М., 2011. – 30 с.

96. Уровень и структура заболеваемости и смертности населения Оренбургской области при болезнях системы кровообращения [Текст] / В.Е. Апрельев [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – Вып. 4. – С. 16-18.
97. Уровень и структура смертности от болезней системы кровообращения в регионах республики Башкортостан (2002-2015 гг.) [Текст] / Р. А. Аскарлов [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61, № 6. – С. 300-308.
98. Факторы, ассоциированные с поздним обращением за медицинской помощью при инфаркте миокарда [Текст] / Д.Д. Косягина [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 104-112.
99. Факторы, определяющие прогноз у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца (по результатам пятилетнего проспективного наблюдения) [Текст] / А.Л. Комаров [и др.] // Кардиология. – 2012. – Т. 52, № 1. – С. 4-14.
100. Фуфаев, В.Н. Факторы, влияющие на доступность и результативность медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях (обзор литературы) [Текст] / В.Н. Фуфаев // Здравоохранения Российской Федерации. – 2008. – № 4. – С. 41-43.
101. Хабриев, Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи [Текст] / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко. – М.: Гэотар-Медиа, 2017. – 232 с.
102. Хадзегова, А. Б. Качество жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда в процессе реабилитации [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06, 19.00.04 / Алла Блаловна Хадзегова. – М., 1995. – 24 с.
103. Хамидуллина, Г.Р. Актуальные проблемы менеджмента качества в здравоохранении [Текст] / Г.Р. Хамидуллина // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 2. – С. 114-117.

104. Ходакова, О. В. Организационно-правовое регулирование в системе управления качеством медицинской помощи на территориальном уровне [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Ольга Владимировна Ходакова. – Чита, 2013. – 309 с.
105. Чазов, Е. И. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации [Текст] / Е. И. Чазов, С. А. Бойцов. – 2008. – Т. 3, № 2 (15). – С. 5-11.
106. Черепанова, В. В. Особенности течения ишемической болезни сердца у женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.04 / Виктория Викторовна Черепанова. – Архангельск, 2017. – 21 с.
107. Чылбак-оол, Р. Ч. Болезни системы кровообращения в Республике Тыва [Текст] / Р. Ч. Чылбак-оол, А. Д. Дуктен-оол // Современные достижения неврологии и кардиологии в диагностике и лечении пациентов после острых сосудистых катастроф. Профилактика и реабилитация – на стыке дисциплин: материалы IV Межрегион. научн.-практ. конф., – 2018. – С. 28-35.
108. Шальнова, С. А. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) [Текст] / С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактики. – 2011. – Т. 10, № 6. – С. 5-10.
109. Шевченко, Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении [Текст] / Ю.Л. Шевченко // Вестник качества жизни. – 2003. – № 1-2. – С. 6-14.
110. Шувалова, Н. В. Научное обоснование совершенствования управления процессом профилактики заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения на региональном уровне (по материалам Чувашской Республики) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Надежда Вячеславовна Шувалова. – Казань, 2014. – 41 с.

111. Щепин, В.О. Современные демографические тенденции в Российской Федерации [Текст] / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, О.Б. Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – М., 2013. – Вып. 2. – С. 10-13.
112. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. [Текст] / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10, № 1. – С. 9-13.
113. Якушин, С. С. Анализ смертности от болезней системы кровообращения и сердечно-сосудистой заболеваемости в Рязанской области за период 2012-2016 гг. [Текст] / С. С. Якушин, Е. В. Филиппов // Наука молодых. – 2018. – Т. 6, № 3. – С. 448-461.
114. ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [Text] / P. Greenland [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2010. – Vol. 56. – Iss. 25. – P. 50-103.
115. A general cardiovascular risk profile: The Framingham study [Text] / W. B. Kannel, D. McGee, T. Gordon // J Cardiol. – 1974. – Vol. 38, Iss. 1. – P. 46-51.
116. Active and passive smoking, chronic infections, and the risk of carotid atherosclerosis: prospective results from the Bruneck Study [Text] / S. Kiechl [et al.] // Stroke. – 2002. – Vol. 33, Iss. 9. – P. 2170-2176.
117. Advance directives in community patients with heart failure [Text] / S.M. Dunlay [et al.] // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. – 2012. – Vol. 5. – Iss. 3. – P. 283-289.
118. Alarming high occurrence and case fatality of acute coronary heart disease events in Estonia: results from the Tallinn AMI register 1991-94 [Text] / T. Laks [et al.] // J Intern Med. – 1999. – Vol. 246, Iss. 1. – P. 53-60.
119. Alexander, K.P. Acute Coronary Care in the Elderly, Part II: ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical

Cardiology: In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology / K.P. Alexander, L.K. Newby, P.W. Armstrong et al. // *Circulation*. - 2007. - Vol. 115. - P. 2570-2589.

120. Aspirin use among U.S. adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System [Text] / U.A. Ajani [et al.] // *Am J Prev Med*. - 2006. - Vol. 30. - Iss. 1. - P. 74-77.

121. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials [Text] / T. Kottke [et al.] // *JAMA*. - 1988. - Vol. 259, Iss. 19. - P. 2883-2889.

122. Beaglehole R. Alcohol, cardiovascular diseases and all causes of death: a review of the epidemiological evidence [Text] / R. Beaglehole, R. Jackson // *Drug Alcohol Rev*. - 1992. - Vol. 11, Iss. 3. - P. 275-289.

123. Berrios, X. Increasing levels of obesity in women in a country in epidemiologic transition [Text] / X. Berrios // *Can J Cardiol* - 2007. - Vol. 13, Suppl. B. - P. 1-78.

124. Boden, W.E. Reperfusion strategies in acute ST-segment elevation myocardial infarction: a comprehensive review of contemporary management options [Text] / W.E. Boden, K. Eagle, C.B. Granger // *J Am Coll Cardiol*. - 2007. - Vol. 50. - № 10. - P. 917-929.

125. Brezinka, V. Gender differences in psychosocial profile at entry into cardiac rehabilitation [Text] / V. Brezinka, E. Dusseldorp, S. Maes // *J. Cardiopulm. Rehabil*. - 1998. - Vol. 18, № 6. - P. 445-449.

126. Canto, J.G. Symptom Presentation of women with acute coronary syndromes [Text] / J.G. Canto, R.J. Goldberg, M.M. Hand // *Arch Intern Med*. - 2007. - Vol. 167. - P. 2405-2413.

127. Cardiovascular survey methods. Third edition [Text] / R.V. Luepker A [et al.]. - Geneva: WHO, 2004. - 185 p.

128. Carotid intima-media thickness and coronary artery calcium score as indications of subclinical atherosclerosis [Text] / S.J. Lester [et al.] // *Mayo Clin Proc*. - 2009. - Vol. 84. - Iss. 3. - P. 229-233.

129. Carr, A.J. Are quality of life measures patient centred [Text] / A.J. Carr, I.J. Higginson // *Brit. Med. J.* – 2001. – Vol. 322, № 7298. – P. 1357-1360.
130. Chrysant, S.G. A new paradigm in the treatment of the cardiovascular disease continuum: focus on prevention [Text] / S.G. Chrysant // *Hippokratia.* – 2011. – Vol. 15. – Iss. 1. – P. 7-11.
131. Clarke, D.E. The role of perceived overprotectiveness in recovery 3 months after myocardial infarction [Text] / D.E. Clarke, J.R. Walker, T.E. Cuddy // *J. Cardiopulm. Rehabil.* – 1996. – Vol. 16, № 6. – P. 372-377.
132. Common clinical practice versus new PRIM score in predicting coronary heart disease risk [Text] / B.G. Nordestgaard // *Atherosclerosis.* – 2010. – Vol. 213. – Iss. 2. – P. 532-538.
133. Cox, D.A. Cost Effectiveness of Paclitaxel-Eluting Stents for Patients Undergoing Percutaneous Coronary Revascularization [Text] / D.A. Cox, D.J. Cohen // *Journal of the American College of Cardiology.* – 2006. – Vol. – 48. – № 2. – P. 253-261.
134. Cruz, I. Ischemic heart disease and primary care: identifying gender-related differences. An observational study [Electronic resource] / I. Cruz [et al.]. – URL: www.biomedcentral.com/1471-2296/9/60 (Date of appeal: 26.03.15).
135. Cutler, D. The Determinants of Mortality [Text] / D. Cutler, A. Deaton, A. Lleras-Muney // *Journal of Economic Perspectives.* – 2006. – Vol. 20. – № 3. – P. 97-120.
136. Demographic study of first-ever stroke and acute myocardial infarction in Okinawa [Text] / Y. Kimura [et al.] // *Japan. Intern Med.* – 1998. – Vol. 37, Iss. 9. – P. 736-745.
137. Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL [Text] / T. Wada [et al.] // *Arch. Gerontol. Geriatr.* – 2004. – Vol. 39, № 1. – P. 15-23.
138. Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study [Text] / M.A. Whooley[et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – Vol. 162, № 22. – P. 2614-2620.

139. Drinking habit and death: the Yugoslavia cardiovascular disease study [Text] / D. Kozarevich [et al.] // *Int J Epidemiol.* – 1982. – Vol. 116, Iss. 5. – P. 748-758.
140. Edwards, N. The future role of the hospital [Text] / N. Edwards, M. McKee // *J. of Health Services Research & Policy.* – 2002. – № 7. – P. 1-2.
141. Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial): randomised controlled trial [Text] / P.A. Poole-Wilson [et al.] // *Lancet.* – 2004. – Vol. 364. – P. 849-857.
142. Effects of cigarette smoke inhalation on plasma diltiazem levels in rats Methods Find [Text] / N. Matsuka [et al.] // *Exp Clin Pharmacol.* – 1997. – Vol. 19, № 3. – P. 173-179.
143. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) [Текст] / K. Dickstein [et al.] // *Eur Heart J.* – 2008. – Vol. 29. – Iss. 19. – P. 2388-2442.
144. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts) [Text] / I. Graham [et al.] // *Eur Heart J.* – 2007. Vol. 28, Iss. 19. – P. 2375-2414.
145. Evaluation of C-reactive protein, an inflammatory marker, and infectious serology as risk factors for coronary artery disease and myocardial infarction [Text] / J. L. Anderson [et al.] // *J Am Coll Cardiol.* – 1998. – Vol. 32, Iss. 1. – P. 35-41.
146. Expanding the disease in the US deaths from Coronary Disease 1980-2000 [Text] / E. Ford [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2007. – Vol. 356. – P. 2388-2398.

147. Familial predisposition of left ventricular hypertrophy [Text] / K. Kurzidim // J Am Coll Cardiol. – 1999. – Vol. 33, Iss. 6. – P. 1685-1691.
148. Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 74-year-old men and women in the Augsburg area [Text] / A. Baumann [et al.] // Z GerontolGeriatr. – 1998. – Vol. 31, Iss. 3. – P. 184-192.
149. Freeman, V. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control among African Americans in 1990s: estimates from the Maywood Cardiovascular Survey [Text] / V. Freeman, C. Rotimi, R. Cooper // Am J Prev Med. – 2016. – Vol. 12, Iss. 3. – P. 177-185.
150. Friedman, L. A. Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham [Text] / L. A. Friedman, A. W. Kimball // Am J Epidemiol. – 1986. – Vol. 124, Iss. 3. – P. 481-489.
151. Gandhi, M. M. Clinical epidemiology of coronary heart disease in the UK [Text] / M.M. Gandhi // BR J Hosp Med. – 1997. – Vol. 58. – P. 23-27.
152. Geographic distribution of stroke incidence within an urban population: relations to socioeconomic circumstances and prevalence of cardiovascular risk factors [Text] / G. Engstrom [et al.] // Stroke. – 2001. – Vol. 32, Iss. 5. – P. 1098-1103.
153. Gupta, S. Chronic infection in the etiology of ather sclerosis – the case for Chlamydia pneumonia [Text] / S. Gupta, A. J. Camm // Clin Cardiol. – 2007. – Vol. 20. – P. 829-836.
154. Habib, G. Reappraisal of importance of heart rate as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality [Text] / G. Habib // Clin Ther. – 1997. – Vol. 19, Suppl. A. – P. 39-52.
155. Hambrecht, R. The effect of exercise training on endothelial function in cardiovascular disease in humans [Text] / R. Hambrecht, C. Walther, S. Gielen // Exerc Sport Sci Rev. – 2004. – Vol. 32. – № 4. – P. 129-134.
156. Heart rate and cardiovascular mortality: the Framingham Study [Text] / W. B. Kannel [et al.] // Am Hear J. – 1987. – Vol. 113, Iss. 6. – P. 1489-1494.

157. Heart rate and subsequent blood pressure in young adults. The CARDIA Study [Text] / J. R. Kim [et al.] // *Hypertension*. – 1999. – Vol. 33, Iss. 2. – P. 640-646.
158. Heart rate reduction by ivabradine reduces diastolic dysfunction and cardiac fibrosis [Text] / J. C. Tardif [et al.] // *Cardiology*. – 2010. – Vol. 117. – Iss. 3. – P. 234-242.
159. Hovell, M. F. The experimental evidence for weight-loss treatment of essential hypertension: a critical review [Text] / M. F. Hovell // *Am J Public Health*. – 2014. – Vol. 72, Iss. 4. – P. 359-368.
160. Impact of program duration and contact frequency on efficacy and cost of cardiac rehabilitation: results of a randomized trial [Text] / S. Papadakis [et al.] // *Am Heart J*. – 2005. – Vol. 49. – № 5. – P. 862-868.
161. Incidence and prevalence of ischemic heart disease in Italy: estimates from the MIAMOD method [Text] / S. Giampaoli [et al.] // *Ital Heart J*. – 2001. – Vol. 2, Iss. 5. – P. 349-355.
162. Incidence of myocardial infarction in the Danish MONICA population 1982-1991 [Text] / M. Kirchhoff [et al.] // *Int J Epidemiol*. – 1999. – Vol. 28, Iss. 2. – P. 211-218.
163. Incidence, recurrence, and case fatality rates for myocardial infarction in southwestern France, 1985 to 1993 [Text] / P. Marques-Vidal [et al.] // *Heart*. – 2000. – Vol. 84, Iss. 2. – P. 171-175.
164. Influence of heart rate on mortality among person with hypertension: the Framingham Study [Text] / M. W. Gillman [et al.] // *Am Heart J*. – 1993. – Vol. 125, Iss. 4. – P. 1148-1154.
165. Influence of heart rate on mortality in a France population: role of age, gender and blood pressure [Text] / A. Benetos [et al.] // *Hypertension*. – 1999. – Vol. 33, Iss. 1. – P. 44-52.
166. Jeffrey, B. Smoking and cardiovascular disease [Text] / B. Jeffrey, J. B. Lakier // *Am J Med*. – 1992. – Vol. 93, Iss. 1, Suppl. 1. – P. S8-S12.

167. Kannel, W.B. Natural history of angina pectoris in the Framingham study [Text] / W.B. Kannel, M. Feinleib // *Am. J. Cardiol.* – 1972. – Vol. 29. – P. 154-163.
168. Kekes, E. Cardiovascular risk factors in essential hypertension [Text] / E. Kekes, E. Berentey // *Orv-Hetil.* – 2001. – Vol. 142, Iss. 16. – P. 819-825.
169. Keys, A. Coronary heart disease in seven countries [Text] / A. Keys // *Circulation.* – 1970. – Vol. 41, Suppl. 1.
170. Keys, A. Seven countries a multivariate analysis of death and coronary heart disease [Text] A. Keys. – Cambridge: Harvard University Press, 1980. – 392 p.
171. Krzesinski, J. M. Epidemiology of arterial hypertension [Text] / J. M. Krzesinski // *Rev-Med-Liege.* – 2002. – Vol. 57, Iss. 3. – P. 142-147.
172. Kuller, L. H. Alcohol and cardiovascular disease [Text] / L. H. Kuller // *Primer in preventive cardiology* / P. A. Pearson [et al.]. – Dallas: American Heart Association, 1994. – P. 227-233.
173. Linden, W. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis / W. Linden, C. Stossel, J. Maurice // *Archives of Internal Medicine.* – 1996. – № 156. – P. 745-752.
174. Marsh, A. Poor smokers [Text] / A. Marsh, S. McKay. – London: Policy studies institute, 1994. – 87 p.
175. Marshall, T. Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74 mathematical modeling study [Text] / T. Marshall, A. Rouse // *British Medical Journal.* – 2002. – Vol. 325. –P. 197-199.
176. McKee, M. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences [Text] / M. McKee, J. Healy // *Clinical Medicine.* – 2001. – № 1. – P. 299-304.
177. Natural history of angina pectoris [Text] / T. J. Reeves [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 1974. – Vol. 33. – P. 423-430.

178. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study [Text] / H. B. Hubert [et al.] // *Circulation*. – 1983. – Vol. 67, Iss. 5. – P. 968-977.
179. Performance of the QRISK cardiovascular risk prediction algorithm in an independent UK sample of patients from general practice: a validation study [Text] / P. Brindle [et al.] // *Heart*. – 2008. – Vol. 94, Iss. 1. – P. 34-39.
180. Predicting prognosis in stable angina – results from the Euro heart survey of stable angina: prospective observational study [Text] / C.A. Daly [et al.] // *Br Med J*. – 2006. – Vol. 332. – P. 262-267.
181. Prevalence of hypertension and its trends in Chinese populations [Text] / S. Tao [et al.] // *Int J Cardiol*. – 1995. – Vol. 52. – Iss. 1. – P. 39-44.
182. Preventing myocardial infarction in the young adult in the first place: how do the National Cholesterol Education Panel III guidelines perform [Text] / K. O. Akosah [et al.] // *J Am Coll Cardiol*. – 2003. – Vol. 41. – Iss. 9. – P. 1475-1479.
183. Prognosis of angina with and without a diagnosis: 11 year follow up in the Whitehall II prospective cohort study [Text] / H. Hemingway [et al.] // *BMJ*. – 2003. – Vol. 327 (7420). – P. 895.
184. Relation between fat intake and mortality: an ecological analysis in Belgium [Text] / S. De Henauw [et al.] // *Eur J Cancer Prev* – 1997. – Vol. 6. – Iss. 4. – P. 374-381.
185. Relationship of infarct artery patency and left ventricular ejection fraction to health-related quality of life after myocardial infarction: the GUSTO-I Angiographic Study experience [Text] / K. S. Coyne [et al.] // *Circulation*. – 2000. – Vol. 102, № 11. – P. 1245-1251.
186. Risk score for predicting death, myocardial infarction, and stroke in patients with stable angina, based on a large randomized trial cohort of patients [Text] / T. C. Clayton [et al.] // *BMJ*. – 2005. – Vol. 331. – P. 869.
187. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation [Text] / B. Pavy [et al.] // *Arch Intern Med*. – 2006. – Vol. 166. – № 21. – P. 2329-2334.

188. Sjogren, K. Some factors influencing quality of sexual life after myocardial infarction [Text] / K. Sjogren, A. Fugl-Meyer // *Int. Rehabil. Med.* – 1983. – Vol. 5. – P. 197-201.
189. Socioeconomic aspects and cardiovascular risk factors: experience at the Cardiovascular Epidemiologic Observatory [Text] / S. Giampaoli [et al.] // *Ital Heart J.* – 2001. – Vol. 2, Iss. 3. – P. 294-302.
190. Stroke incidence and case fatality in Shiga [Text] / Y. [et al.] Kita // *Japan. Int J Epidemiol.* – 1999. – Vol. 28, Iss. 6. – P. 1059-1065.
191. Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology [Text] / S. G. Priori [et al.] // *Eur Heart J.* – 2001. – Vol. 22. – P. 1374-1450.
192. The association of resting heart rate with cardiovascular, cancer and all-cause mortality. Eight-year follow up of 3527 male Israeli employees [Text] / E. Kristal-Boneh [et al.] // *Eur Heart J.* – 2000. – Vol. 21, Iss. 2. – P. 116-124.
193. The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease [Text] / M. Sachdev [et al.] // *J. Am. CollCardiol.* – 2004. – Vol. 43, № 4. – P. 576-582.
194. The relationship between alcohol beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser Permanent Study [Text] / A. L. Klatsky, G. D. Friedman, M. A. Armstrong // *Circulation.* – 1986. – Vol. 73, Iss. 4. – P. 628-636.
195. Timmis, A. D. Prognosis of stable angina pectoris: why we need larger population studies with higher endpoint resolution [Text] / A. D. Timmis, G. Feder, H. Hemingway // *Heart.* – 2007. – Vol. 93. – P. 786-791.
196. Tunstall-Pedoe, H. Angina pectoris epidemiology and risk factors [Text] / H. Tunstall-Pedoe // *Eur. Heart J.* – 1985. – Vol. 6. – P. 1.
197. Valensi, P. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: A review of the literature [Text] / P. Valensi, L. Lorigsb, Y. Cottinb // *Archives of Cardiovascular Disease.* – 2011. – Vol. 1044. – P. 178-188.
198. Variability of angina symptoms and the risk of major ischemic heart disease events [Text] / F.C. Lampe [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 2001. – Vol. 153. – P. 1173-1182.

199. Wachino, V. Building on a Solid Foundation: Medicaid's Role in a Reformed Health Care System [Electronic resource] / V. Wachino, C. Mann, M. Heberlein. – URL: https://ccf.georgetown.edu/wp-content/uploads/2012/03/Federal-medicaid-policy_medicaid-in-hcr-paper-3-16.pdf (Date of appeal: 26.05.2019).
200. Woodward, M. Alcohol consumption, diet, coronary risk factors, and prevalent coronary heart disease in men and women in the Scottish heart health study [Text] / M. Woodward, H. Tunstall-Pedoe // J. Epidemiology and Community Health. – 1995. – Vol. 49. – P. 354-362.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1****СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ****Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК**

1. Апрельев, В.Е. Закономерности изменения заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (на примере Оренбургской области) / В.Е. Апрельев, Е.В. Апрельев, Е.Н. Маркелова // Уральский медицинский журнал, 2015, №9, С. 68 - 72.
2. Апрельев, В.Е. Мониторинг региональных показателей заболеваемости, смертности и летальности населения Оренбургской области вследствие сосудистых заболеваний / В.Е. Апрельев, Е.В. Апрельев, Е.Н. Маркелова, Е.А. Калинина // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина», 2016, №1, С. 95 - 101
3. Перепелкина, Н.Ю. Заболеваемость, инвалидность и смертность вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова, Е.А. Калинина, А.В. Редюков // Общественное здоровье и здравоохранение, 2018, №3, С. 19 - 24.
4. Маркелова, Е.Н. Организация медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда и их удовлетворенность ее качеством (на примере Оренбургской области) / Е.Н. Маркелова, Н.Ю. Перепелкина // Общественное здоровье и здравоохранение, 2018, №4, С. 41 - 46.

Публикации в других изданиях

5. Перепелкина, Н.Ю. Региональные особенности заболеваемости инфарктом миокарда населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Наука и здоровье: междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых, посвящ. памяти профессора Д.Р. Мусинова, 2016, №6: Спец. вып., С. 117.
6. Маркелова, Е.Н. Состояние заболеваемости и смертности населения Оренбургской области по причине инфаркта миокарда и особенности

организации медицинской помощи данным пациентам / Е.Н. Маркелова, Н.Ю. Перепелкина, Т.С. Бро// Оренбургские Пироговские чтения: сб. материалов VI науч.-практ. конф., Оренбург, 2016, С. 40 - 41.

7. Перепелкина, Н.Ю. Региональные особенности смертности инфарктом миокарда населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Информационный архив, 2016, Т. 10, №3 – 4, С. 91 - 93.

8. Маркелова, Е.Н. Состояние заболеваемости и смертности по причине инфаркта миокарда в Оренбургской области и Российской Федерации / Е.Н. Маркелова // Завадские чтения: материалы XII межрегион. науч.-практ. конф. молодых учёных с междунар. участием по актуал. вопр. внутр. патологии, Ростов-на-Дону, 2017, С. 116 - 118.

9. Перепелкина, Н.Ю. Особенности заболеваемости инфарктом миокарда населения Оренбургской области и Российской Федерации / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Материалы VI Междунар. форума кардиологов и терапевтов, Москва, 2017, С. 224 - 225.

10. Перепелкина, Н.Ю. Современные тенденции заболеваемости и смертности населения по причине инфаркта миокарда (результаты сравнительного анализа в Оренбургской области и в Российской Федерации) / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Студенческая наука-2017: материалы Всерос. науч. форума студентов и молодых ученых с междунар. участием, СПб., 2017, С. 465 - 466.

11. Перепелкина, Н.Ю. Динамика заболеваемости и смертности по причине инфаркта миокарда в Оренбургской области и в Российской Федерации/ Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Медицина будущего: от разработки до внедрения: материалы междунар. молодежного науч.-практ. форума, Оренбург, 2017, С. 141 - 142.

12. Перепелкина, Н.Ю. Болезни системы кровообращения: уровни, структура заболеваемости и смертности населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова, Е.В. Апрельев, С.Б. Вельмейкин//Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного

здоровья: материалы II Всерос. науч.-практ. конф., Новосибирск, 2017, С.114 - 115.

13. Маркелова, Е.Н. Заболеваемость и смертность населения от болезней кровообращения в Оренбургской области / Е.Н. Маркелова, Н.Ю. Перепелкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 2017, Вып. 1, С.169 - 171.

14. Маркелова, Е.Н. Динамика показателей заболеваемости, инвалидности и смертности по причине инфаркта миокарда (на примере Оренбургской области) / Е.Н. Маркелова, Н.Ю. Перепелкина, Е.А. Калинина // Общественное здоровье и здравоохранение: наука, практика, учебная дисциплина: сб. науч. тр., Архангельск, 2017, С. 78-81.

15. Перепелкина, Н.Ю. Результаты мониторинга показателей здоровья жителей Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.А. Калинина, А.В. Редюков, Е.Н. Маркелова // Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья подростков: материалы Всерос. науч.-практ. конф., Новосибирск, 2017, С. 94-97.

16. Маркелова, Е.Н. Состояние инвалидности взрослого населения Оренбургской области вследствие болезней системы кровообращения / Е.Н. Маркелова // Оренбургские Пироговские чтения: сб. материалов VII науч.-практ. конф., Оренбург, 2017, С. 132 - 133.

17. Маркелова, Е.Н. Заболеваемость, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения (на примере Оренбургской области) / Е.Н. Маркелова, Н.Ю. Перепелкина, Е.В. Апрельев // Информационный архив, 2017, Т. 11, № 4, С. 39 - 42.

18. Маркелова, Е.Н. Удовлетворенность качеством специализированной медицинской помощи пациентов трудоспособного возраста с инфарктом миокарда / Е.Н. Маркелова // Медицина будущего: от разработки до внедрения : материалы II Междунар. молодежного науч.-практ. форума, Оренбург, 2018, С. 422 - 423.

19. Перепелкина, Н.Ю. Состояние организации медицинской помощи пациентам с сосудистыми катастрофами в Оренбургской области и результаты оценки деятельности одного из первичных сосудистых отделений / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Оренбургские Пироговские чтения: сб. материалов VIII науч.-практ. конф., Оренбург, 2018, С. 59 - 61.
20. Маркелова, Е.Н. Медико-социальная характеристика и удовлетворённость пациентов с инфарктом миокарда качеством медицинской помощи, оказанной в первичном сосудистом отделении / Е.Н. Маркелова, Т.С. Бро // Оренбургские Пироговские чтения: сб. материалов VIII науч.-практ. конф., Оренбург, 2018, С. 52 - 55.
21. Перепелкина, Н.Ю. Организация специализированной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова // Информационный архив, 2019, Т. 13, № 1-2, С. 128 - 134.
22. Маркелова, Е.Н. Качество жизни пациентов с инфарктом миокарда / Е.Н. Маркелова // Информационный архив, 2019, Т. 13, № 1-2, С. 134 - 137.
23. Перепелкина, Н.Ю. Состояние заболеваемости, инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения среди взрослого населения Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Е.Н. Маркелова, А.В. Редюков // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации, Иркутск, 2020, Т.1, С. 218 – 222.

**Международный стандартизированный опросник
Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI)**

Рекомендованная система подсчета баллов

Пункт анкеты	Эмоциональный аспект	Физический аспект	Социальный аспект
1. Ощущение удрученности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ощущение бесполезности	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Уверенность	<input type="checkbox"/>		
4. Ощущение подавленности	<input type="checkbox"/>		
5. Ощущение расслабленности	<input type="checkbox"/>		
6. Ощущение измученности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Удовлетворение от жизни	<input type="checkbox"/>		
8. Чувство тревоги, беспокойства	<input type="checkbox"/>		
9. Одышка		<input type="checkbox"/>	
10. Плаксивость	<input type="checkbox"/>		
11. Зависимость от окружающих			<input type="checkbox"/>
12. Общественная деятельность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Уверенность/неуверенность других в вас	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Боль в груди		<input type="checkbox"/>	
15. Недостаток уверенности в себе	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Боль в ногах		<input type="checkbox"/>	
17. Ограничения в спорте /тренировках		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Страх	<input type="checkbox"/>		
19. Головокружения		<input type="checkbox"/>	
20. Ограничения/запреты		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Неуверенность в нагрузках		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Чрезмерная опека семьи			<input type="checkbox"/>
23. Обуза для окружающих	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Чувство выпадения из жизни		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Невозможность социализации		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Физические ограничения		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Сексуальная жизнь		<input type="checkbox"/>	

ОПРОСНИК ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Мы бы хотели задать Вам несколько вопросов о Вашем самочувствии НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ НЕДЕЛЬ

Пожалуйста, отметьте номер ответа, который соответствует Вашему

1. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали себя расстроенным, раздраженным или злились?

1 ВСЕ ВРЕМЯ

2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ

- 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕЧАСТО
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
2. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали себя бесполезным и несостоятельным?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕЧАСТО
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
3. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали себя уверенным, что можете справиться и жить со своей болезнью?
- 1 НИКОГДА
 - 2 ИЗРЕДКА
 - 3 НЕЧАСТО
 - 4 ДОСТАТОЧНО ДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 - 5 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 6 ПОЧТИ ВСЕ ВРЕМЯ
 - 7 ВСЕ ВРЕМЯ
4. В целом, сколько по времени в течение последних 2 недель Вы чувствовали себя подавленными, как в воду опущенными?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕЧАСТО
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
5. Сколько времени в течение последних двух недель Вы чувствовали себя расслабленными и ненапряженными?
- 1 НИКОГДА
 - 2 ИЗРЕДКА
 - 3 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 6 ПОЧТИ ВСЕ ВРЕМЯ
 - 7 ВСЕ ВРЕМЯ
6. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали себя измученными, лишенными энергии?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ

- 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
- 5 НЕ ДОЛГОЕ ВРЕМЯ
- 6 ИЗРЕДКА
- 7 НИКОГДА
7. Насколько счастливы, удовлетворены и довольны личной жизнью Вы были на протяжении последних двух недель?
- 1 ОЧЕНЬ НЕДОВОЛЕН, НЕСЧАСТЛИВ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 2 В ЦЕЛОМ НЕДОВОЛЕН, НЕСЧАСТЛИВ
- 3 ЧАСТИЧНО НЕДОВОЛЕН, НЕСЧАСТЛИВ
- 4 В ЦЕЛОМ УДОВЛЕТВОРЕН, ДОВОЛЕН
- 5 СЧАСТЛИВ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 6 ОЧЕНЬ СЧАСТЛИВ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 7 ЧРЕЗВЫЧАЙНО СЧАСТЛИВ, БОЛЬШЕ НЕЧЕГО ЖЕЛАТЬ, ДОВОЛЕН
8. В целом, как часто в течение последних 2 недель, Вы чувствовали беспокойство или испытывали затруднения при попытке успокоиться?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
- 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
- 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
- 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
- 6 ИЗРЕДКА
- 7 НИКОГДА
9. Какую по интенсивности одышку Вы испытывали в течение последних 2 недель во время занятий ежедневными делами?
- 1 ЧРЕЗВЫЧАЙНО СИЛЬНУЮ ОДЫШКУ
- 2 ОЧЕНЬ СИЛЬНУЮ
- 3 ДОСТАТОЧНО СИЛЬНУЮ
- 4 УМЕРЕННУЮ
- 5 ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ
- 6 НЕБОЛЬШУЮ
- 7 НЕ БЫЛО ОДЫШКИ
10. Как часто на протяжении последних двух недель Вам хотелось плакать, или Вы плакали?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
- 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
- 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
- 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
- 6 ИЗРЕДКА
- 7 НИКОГДА
11. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали, что стали более зависимыми от других, чем были до болезни?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
- 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
- 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
- 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ

- 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
6 ИЗРЕДКА
7 НИКОГДА
12. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали себя неспособными к общественной деятельности или деятельности в кругу своей семьи?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
6 ИЗРЕДКА
7 НИКОГДА
13. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали, что окружающие больше не оказывают Вам того же доверия, как до болезни?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
6 ИЗРЕДКА
7 НИКОГДА
14. Как часто на протяжении последних двух недель Вы испытывали боли в груди при занятиях обычными делами?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
6 ИЗРЕДКА
7 НИКОГДА
15. Как часто на протяжении последних двух недель Вы испытывали неуверенность в себе или недостаток уверенности?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
6 ИЗРЕДКА
7 НИКОГДА
16. Как часто на протяжении последних двух недель Вас мучила боль или тяжесть в ногах?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ

- 6 ИЗРЕДКА
 7 НИКОГДА
17. Насколько Вы были ограничены в занятиях спортом или тренировках из-за болезни в течение последних 2 недель?
- 1 ЧРЕЗВЫЧАЙНО ОГРАНИЧЕН
 2 ОЧЕНЬ ОГРАНИЧЕН
 3 ЗНАЧИТЕЛЬНО ОГРАНИЧЕН
 4 УМЕРЕННО ОГРАНИЧЕН
 5 В НЕКОТОРОЙ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕН
 6 НЕМНОГО
 7 НЕ ОГРАНИЧЕН
18. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали опасность или страх?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 6 ИЗРЕДКА
 7 НИКОГДА
19. Как часто на протяжении последних двух недель Вы чувствовали головокружения?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 6 ИЗРЕДКА
 7 НИКОГДА
20. В целом, на протяжении последних 2 недель насколько Вы чувствовали себя ограниченным из-за болезни?
- 1 ЧРЕЗВЫЧАЙНО ОГРАНИЧЕН
 2 ОЧЕНЬ ОГРАНИЧЕН
 3 ЗНАЧИТЕЛЬНО ОГРАНИЧЕН
 4 УМЕРЕННО ОГРАНИЧЕН
 5 В НЕКОТОРОЙ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕН
 6 НЕМНОГО
 7 НЕ ОГРАНИЧЕН
21. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы были не уверены относительно своей физической нагрузки?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 6 ИЗРЕДКА
 7 НИКОГДА

22. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали, что члены Вашей семьи стали чрезмерно заботиться о Вас?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
23. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали, что стали обузой для других?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
24. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали себя выпавшим из жизни из-за болезни?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
25. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали, что не способны социализироваться из-за болезни?
- 1 ВСЕ ВРЕМЯ
 - 2 БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ВРЕМЕНИ
 - 3 ДОСТАТОЧНО МНОГО ВРЕМЕНИ
 - 4 В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ
 - 5 НЕДОЛГОЕ ВРЕМЯ
 - 6 ИЗРЕДКА
 - 7 НИКОГДА
26. В целом, на протяжении последних 2 недель как часто Вы бывали физически ограничены из-за болезни?
- 1 ЧРЕЗВЫЧАЙНО ОГРАНИЧЕН
 - 2 ОЧЕНЬ ОГРАНИЧЕН
 - 3 ЗНАЧИТЕЛЬНО ОГРАНИЧЕН
 - 4 УМЕРЕННО ОГРАНИЧЕН
 - 5 В НЕКОТОРОЙ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕН
 - 6 НЕМНОГО
 - 7 НЕ ОГРАНИЧЕН

Анкета по изучению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и удовлетворенности пациентов медицинской помощью в стационаре

Просим Вас откровенно ответить на вопросы предлагаемой анкеты. Ваши ответы и предложения будут использованы для совершенствования организации медицинской помощи.

При ответе на вопрос необходимо выбрать только один вариант ответа и обвести соответствующий код.

Номер анкеты _____

Дата заполнения анкеты _____

I. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ

1. Ваш пол:

мужской _____ 001
женский _____ 002

2. Ваш возраст (полных лет):

моложе 30 лет 003
от 31 до 40 лет 004
от 41 до 50 лет 005
от 51 до 55 лет 006
от 56 до 60 лет 007
61 год и старше _____ 008

3. Вы проживаете в:

г. Оренбурге _____ 009
Оренбургской области _____ 010
другом субъекте РФ 011
другой стране 012

4. Вы проживаете:

в сельской местности _____ 013
в городе 014

5. Ваше образование:

высшее 015
неоконченное высшее 016
среднее профессиональное 017
среднее 018
неоконченное среднее 019

6. Ваша трудовая занятость:

работающий 020
учащийся (студент) 021
работающий учащийся (студент) 022
инвалид 023
работающий инвалид 024
пенсионер 025
работающий пенсионер _____ 026
неработающий (домохозяйка) _____ 027

7. Сфера Вашей трудовой деятельности:

промышленность 028
 сельское хозяйство 029
 бытовое обслуживание 030
 коммерция (бизнес) 031
 здравоохранение 032
 образование 033
 культура 034
 физкультура, спорт 035
 социальная сфера 036
 силовые структуры (военный, полицейский и др.) 037

8. Как Вы оцениваете свое материальное положение:

хорошее _____ 038
 удовлетворительное 039
 плохое 040

9. Размер среднемесячного дохода на одного члена семьи:

до 3000 руб. _____ 041
 от 3001 до 5000 руб. _____ 042
 от 5001 до 7000 руб. _____ 043
 от 7001 до 10 000 руб. _____ 044
 от 10 001 до 15 000 руб. _____ 045
 от 15 001 до 20 000 руб. _____ 046
 свыше 20 000 руб. _____ 047

10. Вы проживаете в:

собственной квартире 048
 частном доме 049
 коммунальной квартире (общежитии) 050
 снимаю жилье 051

11. Как Вы оцениваете свои жилищные условия:

хорошие 052
 удовлетворительные 053
 плохие 054

12. Ваше семейное положение:

холост (не замужем) 055
 женат (замужем) 056
 разведен (разведена) 057
 вдовец (вдова) 058

13. Сколько у Вас детей:

ни одного 059
 один 060
 два 061
 три 062
 четыре и более 063

II. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

14. Какая у Вас масса тела:

нормальная _____ 064
 пониженная _____ 065
 повышенная _____ 066

15. Правильно ли Вы питаетесь:

да _____ 067
 нет _____ 068

- не всегда ___ 069
16. Соблюдаете ли Вы режим труда и отдыха:
 да ___ 070
 нет ___ 071
 не всегда ___ 072
17. Полноценный ли у Вас (7 - 8-и часовой) ночной сон:
 да ___ 073
 нет ___ 074
 не всегда ___ 075
18. Занимаетесь ли Вы физической культурой / спортом:
 занимаюсь профессионально ___ 076
 регулярно ___ 077
 периодически ___ 078
 редко ___ 079
 не занимаюсь ___ 080
19. Отмечалось ли у Вас повышение сахара крови (натощак):
 да ___ 081
 нет ___ 082
 затрудняюсь ответить ___ 083
20. Страдаете ли Вы сахарным диабетом:
 да ___ 084
 нет ___ 085
 затрудняюсь ответить ___ 086
21. Отмечалось ли у Вас повышение холестерина крови:
 да ___ 087
 нет ___ 088
 затрудняюсь ответить ___ 089
22. Страдаете ли Вы гипертонической болезнью:
 да ___ 090
 нет ___ 091
 затрудняюсь ответить ___ 092
23. Страдали (ют) ли Ваши родственники по материнской линии сердечно-сосудистыми заболеваниями (*артериальная гипертензия, атеросклероз, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт* – подчеркнуть):
 да ___ 093
 нет ___ 094
 затрудняюсь ответить ___ 095
24. Страдали (ют) ли Ваши родственники по отцовской линии сердечно-сосудистыми заболеваниями (*артериальная гипертензия, атеросклероз, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт* – подчеркнуть):
 да ___ 096
 нет ___ 097
 затрудняюсь ответить ___ 098
25. Вы курите:
 да ___ 099
 нет ___ 100
26. Являетесь ли Вы участником пассивного курения:
 да ___ 101
 нет ___ 102
 затрудняюсь ответить ___ 103

27. Пьете ли Вы пиво:

регулярно _____ 104
редко _____ 105
нет _____ 106

28. Как часто Вы пьете пиво:

никогда _____ 107
редко (по праздникам), реже 1 раза в месяц _____ 108
2 раза в месяц _____ 109
3 – 4 раза в месяц _____ 110
1 раз в неделю _____ 111
3 – 4 раза в неделю _____ 112
ежедневно _____ 113

29. Средний объем однократного приема пива:

до 0,5 л _____ 114
до 1 л _____ 115
до 3 л _____ 116
до 5 л _____ 117

30. Вы употребляете алкоголь:

нет _____ 118
реже 1 раза в месяц _____ 119
1 - 2 раза в месяц _____ 120
3 – 4 раза в месяц _____ 121
1 раз в неделю _____ 122
3 – 4 раза в неделю _____ 123
ежедневно _____ 124

31. Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете:

слабоалкогольные напитки (вино, шампанское) _____ 125
среднеалкогольные напитки (ликеры, коктейли) _____ 126
крепкие алкогольные напитки (коньяк, виски, джин, водка) _____ 127

32. Средний объем однократного приема алкоголя:

до 100 мл _____ 128
до 250 мл _____ 129
до 500 мл _____ 130
до 1000 мл _____ 131

33. Пробовали ли Вы наркотики:

да _____ 132
нет _____ 133

III. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

(в данном отделении)

34. Удовлетворены ли Вы объемом и качеством диагностических обследований в данном отделении:

полностью _____ 134
частично _____ 135
не удовлетворен (а) _____ 136

35. Удовлетворены ли Вы объемом и качеством лечения в данном отделении:

полностью _____ 137
частично _____ 138
не удовлетворен (а) _____ 139

36. Удовлетворены ли Вы материально-техническим оснащением данной медицинской организации (наличием медицинского оборудования, аппаратуры и т.д.):

полностью _____ 140
частично _____ 141

	не удовлетворен (а) _____	142
37. Удовлетворены ли Вы лекарственным обеспечением в данном отделении:		
	полностью _____	143
	частично _____	144
	не удовлетворен (а) _____	145
38. Удовлетворены ли Вы санитарно-гигиеническими и бытовыми условиями в данном отделении:		
	полностью _____	146
	частично _____	147
	не удовлетворен(а) _____	148
39. Удовлетворены ли Вы профессиональной подготовкой врачей:		
	полностью _____	149
	частично _____	150
	не удовлетворен (а) _____	151
40. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам и Вашим родственникам врачей:		
	полностью _____	152
	частично _____	153
	не удовлетворен (а) _____	154
41. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам и Вашим родственникам медицинских сестер:		
	полностью _____	155
	частично _____	156
	не удовлетворен (а) _____	157
42. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам и Вашим родственникам санитарок:		
	полностью _____	158
	частично _____	159
	не удовлетворен (а) _____	160
43. Удовлетворены ли Вы результатами лечения в данном лечебном отделении:		
	полностью _____	161
	частично _____	162
	не удовлетворен (а) _____	163
Ваши пожелания и предложения по улучшению работы данного лечебного учреждения:		

Благодарим Вас за участие в анкетировании!

Копии актов внедрения**АКТ
внедрения мониторинга показателей качества жизни
среди пациентов с инфарктом миокарда**

Удостоверяю, что в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» выполнено анкетирование пациентов с инфарктом миокарда по изучению качества жизни с использованием международного стандартизированного опросника «Качество жизни после инфаркта миокарда» (Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI). Результаты исследования использованы в кандидатской диссертации очного аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения №2 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России Е.Н. Маркеловой.

Главный врач ГБУЗ «ООКБ»
к.м.н.



А.В. Редюков

АКТ
внедрения мониторинга медико-социальных показателей
среди пациентов с инфарктом миокарда

Удостоверяю, что в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» внедрено анкетирование пациентов с инфарктом миокарда с целью мониторинга медико-социальных показателей. Анкета разработана в ходе выполнения кандидатской диссертации очного аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения №2 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России Е.Н. Маркеловой.

Главный врач ГБУЗ «ООКБ»
к.м.н.



А.В. Редюков

АКТ
внедрения мониторинга показателей качества жизни
среди пациентов с инфарктом миокарда

Настоящим удостоверяю, что в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга внедрен мониторинг показателей качества жизни пациентов с инфарктом миокарда с использованием международного стандартизированного опросника «Качество жизни после инфаркта миокарда» (Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI). Результаты мониторинга использованы в кандидатской диссертации очного аспиранта кафедры профилактической медицины ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России Елены Николаевны Маркеловой на тему «Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста с инфарктом миокарда».

Главный врач ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова»

г. Оренбурга

к.м.н.



А.В. Карпец

АКТ**внедрения мониторинга медико-социальных показателей
среди пациентов с инфарктом миокарда**

Настоящим удостоверяю, что в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга внедрен мониторинг медико-социальных показателей среди пациентов с инфарктом миокарда, разработанный в ходе выполнения кандидатской диссертации очным аспирантом кафедры общественного здоровья и здравоохранения №2 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России Еленой Николаевной Маркеловой на тему «Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи пациентам трудоспособного возраста с инфарктом миокарда».

Главный врач

ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова»

г. Оренбурга

к.м.н.



А.В. Карпец