

Качество профилактического консультирования по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения

А.М. Калинина, А.В. Концевая, М.Г. Омеляненко¹ от группы исследователей*

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологии. Москва; ¹Ивановская государственная медицинская академия Росздрава. Иваново, Россия

Quality of preventive consulting on cardiovascular risk factors at primary healthcare level

A.M. Kalinina, A.V. Kontsevaya, M.G. Omelyanenko¹, on behalf of the working group*

State Research Center for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies, Moscow;
¹Ivanovo State Medical Academy, State Federal Agency for Health and Social Development. Ivanovo, Russia

Цель. Оценить качество профилактического консультирования (ПК) по факторам риска (ФР) основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), в частности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в первичном звене здравоохранения на основе медико-социологического опроса лиц трудоспособного возраста, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения по месту жительства.

Материалы и методы. Исследование проводилось в рамках многоцентрового, маркетингового исследования по изучению потребности во врачебном ПК в отношении основных НИЗ и ФР их развития в 2 центрах — на базе территориальных поликлиник г. Москвы и г. Иваново. Проведен опрос по специально разработанной анкете репрезентативных выборок посетителей территориальных поликлиник трудоспособного возраста (мужчины 20–59 лет, женщины 20–54 лет). Всего в исследование включен 641 человек.

Результаты. Предложены и оценены в реальной практике четыре количественных показателя качества ПК (индикаторов качества профилактической помощи — наличия, доступности, удовлетворенности): осведомленность о ФР, потребность, охват и удовлетворенность ПК. Установлена низкая осведомленность пациентов об имеющихся у них ФР, высокая потребность и готовность пациентов к получению врачебных рекомендаций, а также низкий охват ПК, что только в 1/5 случаев позволяет удовлетворить даже уже сформированную мотивацию и потребность пациентов к оздоровлению поведенческих привычек.

Заключение. Выявлены неудовлетворительное качество ПК и недостаточное использование имеющихся ресурсов первичного звена здравоохранения, а именно прямого контакта пациента с врачом для обеспечения полноты ПК по основным ФР ССЗ.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, профилактическое консультирование, факторы риска.

Aim. To assess the quality of preventive consulting (PC) on non-communicable disease (NCD) risk factors (RF) at primary healthcare level, on the basis of medico-sociologic survey among working-age visitors of territorial ambulatory and out-patient departments.

Material and methods. The study was performed as a part of multi-center marketing survey of demand for doctoral PC on main NCD and their RF at two centers — territorial polyclinics in Moscow and Ivanovo. A special questionnaire was used for the survey of representative working-age patients of these polyclinics (men aged 20–59 years, women aged 20–54 years). In total, 641 subjects were included in the study.

Results. Four quantitative PC quality parameters were proposed and assessed in the real-practice settings — indicators of preventive service quality (availability, accessibility, satisfaction) — RF awareness, demand for, reach of, and satisfaction by PC. The patients were inadequately aware on their own RF, with high demand and readiness for doctoral PC recommendations, and low PC reach: in every fifth case only, the already formed motivation and demand for lifestyle modification could be satisfied.

Conclusion. The study demonstrated inadequate PC quality and use of primary healthcare resources (direct patient-doctor contacts) for complex PC on main NCD RF.

Key words: Healthcare quality, preventive consulting, risk factors.

В последние десятилетия в России по сравнению с другими развитыми странами прогрессивно растут заболеваемость, инвалидность и смертность населения от основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), доля которых в структуре смертности достигает ~ 90%, и, в связи с чем, вопросы профилактики этих заболеваний имеют большое медико-социальное значение и оцениваются как приоритетные задачи общества в целом и, в первую очередь, службы здравоохранения не только в России, но и в других странах [1-3].

На службы здравоохранения возлагаются в первую очередь задачи медицинской профилактики, решение которых позволит в рамках профессиональной сферы деятельности медицинских работников повысить качество профилактической помощи населению. Вопросы качества профилактики основных НИЗ в первичном звене здравоохранения с позиции оценки и управления изложены в более ранних публикациях [4].

В настоящей статье рассматриваются вопросы оценки качества профилактической медицинской помощи (ПМП) в первичном звене здравоохранения на примере одной технологии — профилактического консультирования (ПК). Эти задачи медицинской профилактики тесно смыкаются с повседневной реальной практикой медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена.

Основными индикаторами качества ПМП в здравоохранении принято считать не только количественные показатели объемов, но и такие характеристики как адекватность, эффективность, результативность, оптимальность, преемственность, непрерывность, удовлетворенность, доступность [5,6].

Известно, что индикаторы и показатели деятельности по профилактике и укреплению здоровья зависят от уровня их оценки [4,6]. Немаловажно внедрять все уровни оценки — от территориальных (региональных) до местных и индивидуальных. Оценка качества ПМП в первичном звене здравоохранения основывается на унификации понимания профилактических технологий. Однако если в отношении таких видов МП как лечебная, диагностическая, реабилитационная индикаторы качества опираются на хорошо известные и реализуемые в повседневной деятельности учреждений отечественного здравоохранения виды МП (услуги), имеющиеся и разрабатываемые стандарты [5,6,8], то в отношении ПМП этот аспект разработан недостаточно. Особенно в отношении профилактики основных НИЗ требуется конкретизация технологий и услуг, формирование инструментов измерения и оценки, возможно с учетом имеющегося в этой области международного опыта [8-12].

ПК с целью укрепления здоровья и профилактики основных НИЗ или в иной терминологии «гигиеническое обучение и воспитание» может быть индивидуальным или групповым — школы здоровья

для пациентов или лиц с факторами риска (ФР) [2,7]. Медицинские услуги по ПК нашли отражение в МКБ-10 в классе XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». МКБ-10 содержит большинство вопросов ПК по поведенческим ФР, что считается основным в вопросах коррекции ФР НИЗ; например, ПК по вопросам питания и соответствующее наблюдение (Z 71.3); ПК и наблюдение по поводу курения (Z 71.6); употребление табака (Z 72.0); недостаток физической активности (ФА) (Z 72.3); неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи (Z 72.4) и др. [13].

К сожалению, наличие позиций ПК в МКБ-10 еще не определяет возможности его реального внедрения в рутинную практику. Ключевым вопросом в этой проблеме является вопрос финансирования такого вида медицинской деятельности, что невозможно без разработанного механизма ее оценки и научно обоснованного расчета потребностей.

Известно, что потребности существенно различаются в зависимости от видов МП. Если потребности в одних видах МП определяются сугубо медицинскими причинами (неотложная, диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь), то другие виды помощи определяются в большей степени психологическими, поведенческими, социальными и другими немедицинскими факторами (ПМП, медико-социальная помощь и др.).

Любая медицинская технология, в т.ч. профилактическая, должна быть ориентирована на потребителя и оценена по таким параметрам, как восприятие самим пациентом, обеспечение врачебной этики и безопасности, соблюдение свободы выбора, предотвращения излишних расходов [5]. Одним из основных принципов системы общего управления качеством считается принцип формирования системы здравоохранения под влиянием нужд/потребностей пациентов. Именно поэтому в большинстве определений качества отражается позиция пациента и необходимость оценки его потребностей [5]. Сложным вопросом является понятие потребности с позиции пациентов, особенно если речь идет о ПМП.

Потребности пациента могут быть объективные (связанные с болезнью, медицинские показания), которые оценивает врач, и субъективные (готовность пациента к медицинским вмешательствам). Каково соотношение этих потребностей? Очевидно, что при разных состояниях оно различно. Например, у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) они могут практически совпадать, а у пациента с поведенческим ФР существенно различаться. Поэтому проблема оценки потребностей пациентов особенно актуальна в профилактической медицине. Нужно ли оценивать эти потребности отдельно? С точки зрения ресурсного обеспечения профилактики — безусловно да.

Одними из основных первостепенных показателей качества профилактики основных НИЗ в первичном звене здравоохранения считается наличие и доступность консультирования по вопросам коррекции ФР как технологии ПК [6,7], а также способность удовлетворять потребность в этом виде ПМП ожиданиям службы здравоохранения/общества и пациента. Индикаторами данного показателя могут быть избраны не только распространенность заболеваний и поведенческих привычек, формирующих ФР НИЗ и определяющих прогноз, но и такие характеристики как:

- осведомленность об основных ФР НИЗ;
- источники получения медицинской информации о ФР;
- факт получения конкретной квалифицированной информации о ФР от медицинских работников, направленной на снижение риска осложнений;
- отношение к здоровью как жизненной ценности;
- желание оздоровления поведенческих привычек и уменьшения вреда для здоровья.

Показатели эффективности профилактической помощи (медицинской, социальной и экономической) могут быть оценены также с использованием показателей исходов, но только спустя определенный период времени, но не менее чем через 4-5 лет на популяционном уровне и не менее чем через 2-3 года на уровне отдельных категорий/групп пациентов.

Причина в том, что особенностями ПМП являются ее вероятностная направленность, отсроченность и малая ощутимость эффекта как для пациента, так и для врача. Иными словами ПМП в новых условиях рыночных отношений выступает как неосознанная потребность, что затрудняет ее оценку [4].

Цель настоящей работы: оценить качество ПК по ФР основных НИЗ, в частности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в первичном звене здравоохранения на основе медико-социологического опроса лиц трудоспособного возраста, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения по месту жительства.

Материалы и методы

Исследование проводилось в рамках многоцентрового, маркетингового исследования по изучению потребности во врачебном ПК в отношении основных НИЗ, в частности ССЗ и ФР их развития, в первую очередь связанных с поведенческими привычками. Программа исследования была опубликована ранее [14]. Исследование проводили в 2 центрах на базе территориальных поликлиник г. Москвы и г. Иваново. В опрос были включены все лица трудоспособного возраста, мужчины 20-59 лет, женщины 20-54 лет, обратившиеся в поликлинику в течение заранее выбранных независимыми экспертами фиксированных дней недели и времени на протяжении полного рабочего дня (первая и вторая смены работы поликлиники),

что позволило сформировать представительные выборки для данного контингента населения (посетители поликлиник) в соответствии с протоколом исследования. Опрос проводился по самозаполняемым вопросам, анонимно, в присутствии интервьюера. Из исследования исключались лица, обратившиеся в поликлинику по поводу острых состояний (травмы, зубная боль и т.п.).

Анкета разработана в ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии и включает блоки вопросов по самооценке здоровья, информированности о ФР, их связи с НИЗ, отношению к здоровью, информированности о ФР НИЗ, в частности ССЗ, заинтересованности в получении ПК по основным поведенческим ФР (питание, двигательная активность, курение, стресс) и готовности к оздоровлению поведенческих привычек по источникам получения информации о здоровье и профилактике НИЗ.

При анализе полученных данных были выделены следующие четыре показателя качества ПК (индикаторов качества ПМП — наличия, доступности, удовлетворенности):

- осведомленность о ФР — доля пациентов, осведомленных об имеющихся у них ФР (в % от числа обследованных);
- потребность в ПК — доля пациентов, имеющих ФР, считающих, что им необходима их коррекция, и нуждающихся в помощи специалиста по их коррекции (в % от числа всех обследованных);
- охват ПК — доля пациентов, получивших рекомендации по коррекции основных поведенческих ФР ССЗ в ходе ПК (в % от числа всех обследованных);
- полнота удовлетворения потребности в ПК — доля пациентов, получивших профилактические рекомендации (в % от числа тех, кто испытывал потребность в коррекции имеющегося у него ФР и нуждался в помощи специалиста).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Был опрошен 641 человек (отклик 84,1%), в т.ч. 235 мужчин (36,7%) и 406 женщин (63,3%). Количество пациентов в каждом центре составило: в Москве — 395, в Иваново — 246.

Средний возраст обследованных лиц — $39,2 \pm 10,7$ лет, в т.ч. обследованных в Москве — $40,2 \pm 10,5$ лет, в Иваново — $38,5 \pm 13,8$ лет ($p > 0,05$). Достоверные различия в возрасте всех обследованных женщин ($39,9 \pm 10,3$ лет) и мужчин ($39,1 \pm 11,5$ лет) отсутствовали ($p > 0,05$).

Осведомленность о ФР. В целом по выборке и по регионам изучен уровень осведомленности пациентов поликлиник о некоторых показателях здоровья и имеющихся у них ФР, определяемых по биологическим параметрам: уровнях артериального давления (АД), общего холестерина (ОХС) и гликемии (таблица 1).

При анализе полученных результатов выявлено, что о величине своего АД знали 59,6% пациентов, об уровне ОХС — 19,5%, а о содержании глюкозы в крови — 22,6%. Уровень осведомленности мужчин и женщин различался: о величине своего АД

Таблица 1

Осведомленность пациентов первичного звена здравоохранения о некоторых биологических параметрах

Осведомленность пациентов о некоторых биологических параметрах их здоровья	Москва		Иваново		ВСЕГО	
	абс	%	абс	%	абс	%
Оба пола						
АД	229	58,0	153	62,2	382	59,6
ОХС	104	26,3*	21	8,5*	125	19,5
Гликемия	111	28,1*	34	13,8*	145	22,6
Всего обследованных	395	100,0	246	100,0	641	100,0
Мужчины						
АД	63	46,7	54	54,0	117	49,8'
ОХС	34	25,2*	7	7,0*	41	17,4
Гликемия	32	23,7*	11	11,0*	43	18,3'
Всего обследованных	135	100,0	100	100,0	235	100,0
Женщины						
АД	166	63,8	99	67,8	265	65,3'
ОХС	70	26,9*	14	9,6*	84	20,7
Гликемия	79	30,4*	23	15,8*	102	25,1'
Всего обследованных	260	100,0	146	100,0	406	100,0

Примечание: * - $p < 0,05$ между регионами; ' - $p < 0,05$ между мужчинами и женщинами.

знали 65,3% женщин и 49,8% мужчин ($p < 0,05$), об ОХС — 20,7% и 17,4% соответственно ($p > 0,05$), о содержании глюкозы — 25,1% и 18,3% соответственно ($p < 0,05$) (таблица 1). Отсутствовали существенные различия в осведомленности пациентов о ФР в сравниваемых центрах об уровне АД. В то же время частота осведомленности об уровнях ОХС и глюкозы крови достоверно различалась в 2-3 раза (таблица 1). В Москве уровень своего ОХС знали 26,3% пациентов, в Иваново — 8,5% ($p < 0,05$); концентрацию глюкозы крови знали 28,1% опрошенных посетителей поликлиник г. Москвы и только 13,8% пациентов г. Иваново ($p < 0,05$). Выявленные закономерности аналогичны как среди опрошенных мужчин, так и среди женщин. Можно предположить, что обнаруженные различия отражают доступность таких видов профилактического обследования, как биохимические анализы крови. Однако для окончательного ответа на этот вопрос требуется дальнейшее специальное изучение.

Потребность в ПК. Были сопоставлены доли пациентов: имеющих определенные ФР; готовых к коррекции ФР; нуждающихся в помощи специалиста (рисунок 1). В обследованной выборке курили 35,1%, хотели бросить курить 17,3% от всех обследованных (или 48,9% всех курильщиков), нуждались в помощи специалиста 8,6% от всех обследованных (или 24,2% всех курильщиков). Избыточная масса тела (МТ) и ожирение отмечены у 54,6% обследованных пациентов; выразили готовность к снижению МТ 27,9% всех обследованных (или 51,1% пациентов с избыточной МТ и ожирением); нуждались в помощи специалиста 16,2% от всех обследованных (или 29,7% пациентов с избыточной МТ и ожирением). Высокий уровень стресса отмечали 35,4% обследованных; хотели научиться справляться со стрессом 29,8% от обследованных (84,1% па-

циентов с высоким уровнем стресса); нуждались в помощи специалиста 24,7% от всех обследованных (69,6% пациентов с высоким уровнем стресса).

Выявлена высокая потребность в получении врачебных рекомендаций и информации по вопросам здорового питания (40,7%), ФА (27,9%), психоэмоционального напряжения/стресса (26,0%). Одновременно, количество пациентов, желающих получить дополнительную информацию о курении и алкоголе, оказалось небольшим — 7,3% и 5,1% соответственно. Обнаружены существенные региональные различия в потребности получения дополнительной информации по ФР. В Москве пациенты первичного звена здравоохранения нуждаются в получении дополнительной информации в существенно меньшей степени, чем в Иваново. В частности, если в Москве в получении врачебных советов о питании нуждались 26,6% пациентов поликлиник, то в Иваново — 48,8% ($p < 0,05$).

Охват ПК. В целом по выборке рекомендации по оптимизации питания получили 26,8% пациентов, об увеличении ФА — 11,2%, по отказу от курения — 9,5% и по контролю психоэмоционального напряжения/стресса — 12,2% (таблица 2).

При анализе частоты ПК в зависимости от региона не выявлено достоверных различий по таким ФР как питание, ФА и курение. Консультирование по коррекции стресса и психоэмоционального напряжения чаще ($p < 0,05$) проводили в поликлиниках Москвы (14,2%), чем г. Иваново (8,9%), что может быть связано с особенностями условий проживания в мегаполисе по сравнению с небольшим городом. По отказу от курения консультирование чаще получали мужчины (14,9%), чем женщины (6,4%) ($p < 0,05$).

Сопоставление частоты ПК с распространенностью анализируемых ФР в обследованной выборке

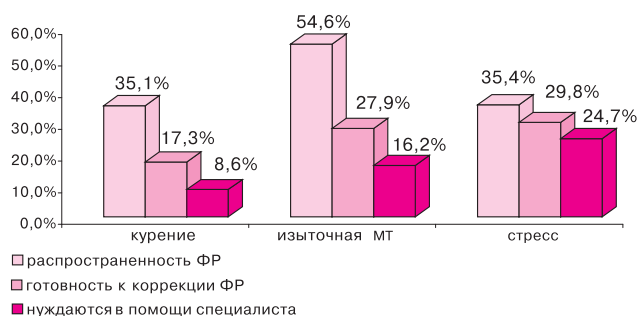


Рис. 1 Потребность в ПК, в % от всех обследованных в обоих центрах (n=641).

отчетливо свидетельствует о недостаточном охвате ПК лиц, обращающихся в поликлинику (рисунок 1).

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о низком охвате ПК амбулаторных пациентов и о не использовании в реальной практике имеющихся ресурсов первичного звена здравоохранения — прямого контакта пациента с врачом, для обеспечения полноты ПК. Это можно рассматривать как невыполнение прямых функциональных обязанностей медицинскими работниками, предусматривающих профилактику и коррекцию основных ФР среди наблюдаемого ими контингента населения поликлиники [15]. Причин низкого охвата как объективного, так и субъективного характера, может быть множество. Однако в рамках настоящей статьи этот вопрос не рассматривается; т. к. требует специального изучения с учетом многообразия факторов, формирующих показатель охвата ПК населения, обращающегося по различным поводам в амбулаторные учреждения.

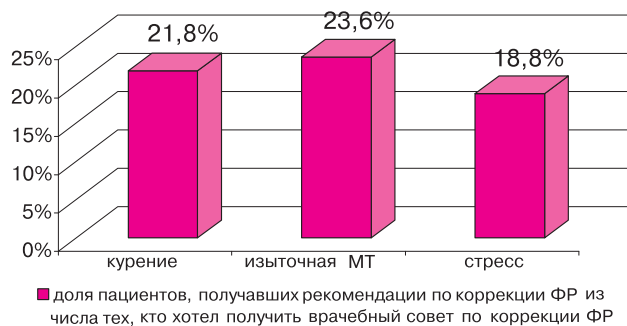


Рис. 2 Полнота удовлетворения потребности в ПК, в % от числа пациентов, имеющих ФР и желающих получить врачебный совет по его коррекции.

Полнота удовлетворения потребности в ПК. На рисунке 2 представлена доля пациентов, получивших рекомендации по модификации образа жизни, из числа обследованных, которые имели соответствующий ФР и хотели его изменить (получить врачебный совет).

Таким образом, только каждый пятый курильщик, готовый к отказу от курения, получал соответствующую рекомендацию терапевта. Аналогичные соотношения частоты удовлетворения потребности выявлены и в отношении избыточной МТ и стресса: только каждый четвертый пациент, желающий снизить МТ и каждый пятый, стремящийся научиться справляться со стрессом, получали соответствующие рекомендации терапевта.

Выводы

Предложены количественные показатели качества ПК, отражающие наличие и удовлетворенность ПМП, которые оценены в условиях реальной прак-

Таблица 2

Частота ПК по основным ФР ССЗ в двух центрах в зависимости от пола

ФР (профилактическое консультирование)	Москва		Иваново		ВСЕГО	
	абс	%	абс	%	абс	%
Оба пола						
Питание	99	25,1	73	29,7	172	26,8
ФА	44	11,1	28	11,4	72	11,2
Курение	35	8,9	26	10,6	61	9,5
Стресс	56	14,2*	22	8,9*	78	12,2
Всего обследованных	395	100,0	246	100,0	641	100,0
Мужчины						
Питание	33	24,4	27	27,0	60	25,5
ФА	13	9,6	11	11,0	24	10,2
Курение	19	14,1	16	16,0	35	14,9'
Стресс	16	11,9	6	6,0	22	9,4
Всего обследованных	135	100,0	100	100,0	235	100,0
Женщины						
Питание	66	25,4	46	31,5	112	27,6
ФА	31	12,0	17	11,6	48	11,8
Курение	16	6,2	10	6,8	26	6,4'
Стресс	40	15,4	16	10	56	13,8
Всего обследованных	260	100,0	146	100,0	406	100,0

Примечание: * $p < 0,05$ между регионами; ' $p < 0,05$ между мужчинами и женщинами.

тики первичного звена здравоохранения: осведомленность пациентов об имеющихся у них ФР, потребность, охват и полнота удовлетворения потребности в ПК.

Осведомленность о ФР основных НИЗ среди посетителей поликлиник оказалась невысокой: о величине своего АД знали 59,6% пациентов, об уровне ОХС — 19,5%, о содержании глюкозы в крови — 22,6%. Более высокая осведомленность имела место среди пациентов московских поликлиник.

Показана высокая потребность пациентов в ПК: хотели бросить курить 48,9% курильщиков, причем каждый второй из них нуждался в помощи специалиста; выразили желание снизить вес 51,1% пациентов с избыточной МТ и ожирением, также каждый второй не мог сделать этого самостоятельно, без врачебной помощи; хотели научиться справляться со стрессом 84,1% пациентов с высоким

уровнем стресса и 69,6% из них нуждались в помощи специалиста.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о низком охвате ПК амбулаторных пациентов и о недостаточном использовании в реальной практике имеющихся ресурсов первичного звена здравоохранения — прямого контакта пациента с врачом, для обеспечения полноты ПК. Рекомендации врача по оптимизации питания получили только 26,8% пациентов, о необходимости увеличения ФА — 11,2%, отказу от курения — 9,5% и по контролю психоэмоционального напряжения/стресса — 12,2%. Это значительно ниже распространенности таких ФР в обследованной выборке.

Полнота удовлетворения потребности пациентов в ПК в реальной практике оказалась ~ 20% от числа пациентов, выразивших желание получить конкретные врачебные рекомендации.

Литература

1. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваск тер профил 2002; 1: 5-10.
2. Руководство по медицинской профилактике. Под ред. Оганова Р.Г., Хальфина Р.А. Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2007; 464 с.
3. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации. Под ред. Глазунова И.С., S.Stachenko. Public Health Agency of Canada. HP5-16/2006Ru. 149 с.
4. Оганов Р.Г., Калинина А.М. Управление качеством профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. Профил забол укреп здор 2003; 2: 3-8.
5. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л. и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. Аналитический обзор. Москва 1995; 62 с.
6. Руководство по управлению качеством. Россия-США. Изд-во «Макроцентр» 2000; 88 с.
7. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия. Под ред. Вялкова А.И., Оганова Р.Г. Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2001; 17 с.
8. Приказ Минздрава России от 16.07.2001г. № 268. Классификатор сложных и комплексных медицинских услуг.
9. Guide to Clinical Preventive Services. US, Prev. Services Task Force 1996.
10. Rolls L. National Occupational Standards for Health Promotion and Care. 1999; 356.
11. Spellev V. Development Quality assurance standards for health promotion practice in the UK 1999; 252 p.
12. Stachenko S. Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. Canada 2000; 124 p.
13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. ВОЗ. Женева 1995; 1(часть 2): 514-57.
14. Калинина А.М., Шатерникова И.Н., Еганян Р.А. и др. Маркетинг медицинских профилактических услуг в территориальной поликлинике крупного города. Профил забол укреп здор 2005; 2: 3-9.
15. Приказ МЗ РФ № 765 от 07.12.2005 года «Об организационной деятельности врача — терапевта участкового».

Поступила 04/09-2007

*Авторы выражают глубокую благодарность группе исследователей и соисполнителей работы: Борову К.Н. (Москва), Гамбарян М.Г. (Москва), Ганопольской О.В. (Иваново), Еганян Р.А. (Москва), Измайловой О.В. (Москва), Карамновой Н.С. (Москва), Матюшко А.С. (Иваново), Миренковой Н.Н. (Иваново), Романенко Т.С. (Иваново), Титовой И.В. (Иваново), Фунтовой Т.Е. (Москва), Шатерниковой И.Н. (Москва).