

Возможности и ограничения реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний по данным опроса российских врачей амбулаторного звена здравоохранения

Мамедов М. Н., Куценко В. А., Драпкина О. М. от имени исследователей[#]

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Цель. Выявление возможностей и ограничений вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в поликлиниках различных российских городов.

Материал и методы. В одномоментном исследовании приняли участие врачи амбулаторного звена здравоохранения из 16 городов Российской Федерации. Всего в опросе приняли участие 545 врачей терапевтического профиля. Опрос был осуществлен по ранее подготовленной анкете в "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, которая состояла из 11 блоков вопросов, включающих гендерно-возрастные особенности, частоту различных нозологических форм, приверженность к терапии, льготное обеспечение лекарствами, консультативную помощь врачей стационаров и штатную укомплектованность врачами и средним медперсоналом. На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях. В зависимости от численности населения города были распределены на 4 подгруппы: население >2 млн чел. (Москва и Санкт-Петербург), население 1-2 млн чел. (Самара, Ростов-на-Дону, Краснодар, Красноярск, Омск), население 400 тыс. — 1 млн чел. (Владивосток, Ульяновск, Пенза, Курск, Киров, Томск) и население <400 тыс. чел. (Нальчик, Саранск, Иваново).

Результаты. Во всех российских городах среди мужчин, обратившихся в поликлинику, 37% составили лица в возрастном диапазоне 50-60 лет. На втором месте по частоте обращения были мужчины в возрасте 60-65 лет (30%). Наиболее часто пациенты обращаются с хроническими формами ишемической болезни сердца (39%), второе место занимает сахарный диабет 2 типа (22,6%). С симптомами хронической сердечной недостаточности обращаются пациенты в 17,7% случаев. Онкологические заболевания в структуре обращаемости занимают 11,5%, схожая частота выявлена по хроническим обструктивным болезням легких (9,2%). Каждый третий пациент частично привержен к медикаментозной коррекции, частичная неприверженность выявляется в 2 раза меньше, тогда как полная неприверженность составляет <3%. В среднем 67% врачей из разных городов утверждают о 75%-м достижении целевых уровней факторов риска, тогда как каждый пятый заявляет о 50%-м достижении рекомендуемых показателей. В большинстве случаев врачи сообщают о наличии незначительных проблем в госпитализации, об отсутствии проблем заявил каждый пятый врач, в то же время каждый десятый опрошенный отмечал трудности в госпитализации пациентов. В каждом втором случае отмечается частичная укомплектованность по штатным расписаниям; причем наблюда-

ется сопоставимая тенденция среди врачей и среднего медперсонала. В мегаполисах и малых городах ситуация несколько лучше по сравнению с городами с населением от 400 тыс. до 2 млн.

Заключение. Для оптимизации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний необходимо принимать ряд мер на амбулаторном уровне первичного звена здравоохранения, включая просветительские работы по приверженности к медикаментозной и немедикаментозной коррекции, расширение охвата льготными лекарственными препаратами, улучшение взаимодействия с врачами стационаров и укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом.

Ключевые слова: вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний, амбулаторное звено, опрос, врачи, приверженность терапии, льготное лекарственное обеспечение.

Отношения и деятельность: нет.

***Соавторы статьи по опросу врачей в российских городах:**

Балькова Л. А. (Саранск), Друк И. В. (Омск), Григорович М. С. (Киров), Ефремова Е. В. (Ульяновск), Канорский С. Г. (Краснодар), Петрова М. М. (Красноярск), Попонина Т. М. (Томск), Золотовская И. А. (Самара), Рубаненко О. А. (Самара), Хаишева Л. А. (Ростов-на-Дону), Искендеров Б. Г. (Пенза), Невзорова В. А. (Владивосток), Уметов М. А. (Нальчик), Кузнецов А. А. (Москва), Никифоров В. С. (Санкт-Петербург), Тыренко В. В. (Санкт-Петербург), Бурисков А. В. (Иваново), Манюгина Е. А. (Иваново), Дробота Н. В. (Ростов-на-Дону), Арабидзе Г. Г. (Москва).

Поступила 06/06-2024

Рецензия получена 20/06-2024

Принята к публикации 21/07-2024



Для цитирования: Мамедов М. Н., Куценко В. А., Драпкина О. М. от имени исследователей. Возможности и ограничения реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний по данным опроса российских врачей амбулаторного звена здравоохранения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(8):4067. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4067. EDN MCHBYZ

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: mmamedov@mail.ru

[Мамедов М. Н. — д.м.н., профессор, руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-7131-8049, Куценко В. А. — м.н.с., лаборатории биостатистики отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-9844-3122, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Potential and limitations of secondary prevention of noncommunicable diseases: data from a survey of Russian outpatient physicians

Mamedov M. N., Kutsenko V. A., Drapkina O. M. on behalf of the researchers[#]
National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Aim. To identify potential and limitations of secondary prevention of non-communicable diseases in outpatient clinics of various Russian cities.

Material and methods. Outpatient physicians from 16 Russian cities took part in the cross-sectional study. A total of 545 general practitioners took part in the survey. The survey was carried out using a previously prepared questionnaire at the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. It consisted of 11 blocks of questions, including sex and age characteristics, the prevalence of various diseases, adherence to therapy, preferential provision of medications, consultation assistance by hospital-based physicians and coverage of doctors and nursing staff. Answers were offered in several gradations to each question. Depending on the population, cities were divided into 4 following subgroups: population >2 million people (Moscow and St. Petersburg), population of 1-2 million people (Samara, Rostov-on-Don, Krasnodar, Krasnoyarsk, Omsk), population of 0,4-1 million people (Vladivostok, Ulyanovsk, Penza, Kursk, Kirov, Tomsk) and population <400 thousand people (Nalchik, Saransk, Ivanovo).

Results. In all Russian cities, among men visited a clinic, 37% were people in the age range of 50-60 years. Second place was taken by men aged 60-65 years (30%). Most often, patients present with chronic coronary artery disease (39%), followed by type 2 diabetes (22,6%). Patients present with symptoms of heart failure in 17,7% of cases. Cancer account for 11,5% in the structure of visits. A similar frequency was found for chronic obstructive pulmonary diseases (9,2%). Every third patient is partially adherent to drug correction; partial non-adherence is detected 2 times less, while complete non-adherence is <3%. On average, 67% of doctors from different cities declare 75% achievement of target levels of risk factors, while one in five declare 50% achievement of recommended indicators. In most cases, physicians report minor problems during hospitalization. Every fifth doctor reported no problems, while every tenth respondent noted difficulties in hospitalizing patients. In every second case, partial staffing is noted. Moreover, a comparable trend is observed among doctors and nursing staff. In megacities and small towns the situation is somewhat better compared to cities with a population of 0,4 to 2 million.

Conclusion. To optimize the secondary prevention of noncommunicable diseases, a number of measures at the outpatient healthcare level should be taken. This includes educational work on adherence to drug and non-drug treatment correction, expanding coverage of preferential medication provision, improving interaction with hospital-based doctors and coverage of doctors and nursing staff.

Keywords: secondary prevention of noncommunicable diseases, outpatient care, survey, doctors, adherence to therapy, preferential drug provision.

Relationships and Activities: none.

Mamedov M. N.* ORCID: 0000-0001-7131-8049, Kutsenko V. A. ORCID: 0000-0001-9844-3122, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

#Coauthors of an article on survey of physicians in Russian cities:

Balykova L. A. (Saransk, ORCID: 0000-0002-2290-0013), Druk I. V. (Omsk, ORCID: 0000-0001-8317-7765), Grigorovich M. S. (Kirov, ORCID: 0000-0002-2485-396X), Efremova E. V. (Ulyanovsk, ORCID: 0000-0002-7579-4824), Kanorsky S. G. (Krasnodar, ORCID: 0000-0003-1510-9204), Petrova M. M. (Krasnoyarsk, ORCID: 0000-0002-8493-0058), Poponina T. M. (Tomsk, ORCID: 0000-0002-6900-6190), Zolotovskaya I. A. (Samara, ORCID: 0000-0002-0555-4016), Rubanenko O. A. (Samara, ORCID: 0000-0001-9351-6177), Khaisheva L. A. (Rostov-on-Don, ORCID: 0000-0002-2419-4319), Iskenderov B. G. (Penza, ORCID: 0000-0003-3786-7559), Nevzorova V. A. (Vladivostok, ORCID: 0000-0002-0117-0349), Umetov M. A. (Nalchik, ORCID: 0009-0009-2519-495X), Kuznetsov A. A. (Moscow, ORCID: 0000-0001-6290-1195), Nikiforov V. S. (St. Petersburg, ORCID: 0000-0001-7862-0937), Tyrenko V. V. (St. Petersburg, ORCID: 0000-0002-0470-1109), Bursikov A. V. (Ivanovo, ORCID: 0000-0002-9971-6468), Manyugina E. A. (Ivanovo, ORCID: 0009-0006-5291-6549), Drobotya N. V. (Rostov-on-Don, ORCID: 0000-0002-6373-1615), Arabidze G. G. (Moscow, ORCID: 0000-0003-3370-3506).

*Corresponding author:
mmamedov@mail.ru

Received: 06/06-2024

Revision Received: 20/06-2024

Accepted: 21/07-2024

For citation: Mamedov M. N., Kutsenko V. A., Drapkina O. M. on behalf of the researchers. Potential and limitations of secondary prevention of noncommunicable diseases: data from a survey of Russian outpatient physicians. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(8):4067. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4067. EDN MCHBYZ

АГ — артериальная гипертензия, ДН — диспансерное наблюдение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, чел. — человек.

Введение

Увеличение продолжительности жизни и снижение смертности трудоспособного населения являются актуальными задачами здравоохранения. Важное значение имеет не только первичная профилактика, но и реализуемая в первичном звене здравоохранения вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые занимают основное место в структуре смертности взрослых лиц [1]. В нашей стране активно принима-

ются меры по переориентации первичного звена на профилактику, повышается роль врачей первого контакта (участковые врачи, врачи общей практики), других медицинских работников первичного звена здравоохранения и специалистов структур медицинской профилактики в реализации практических задач в области профилактики, особенно ХНИЗ, что нормативно определено Порядком организации и осуществления профилактики ХНИЗ и проведения мероприятий по формированию здо-

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Важное значение имеет не только первичная, но и вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний, реализуемая в первичном звене здравоохранения, которые занимают основное место в структуре смертности взрослых лиц.

Что добавляют результаты исследования?

- В ходе опроса российских врачей выявлено, что наиболее часто в поликлинику обращаются с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа. Каждый второй пациент с различными хроническими неинфекционными заболеваниями частично или полностью не привержен к терапии.
- В каждом втором случае отмечается частичная укомплектованность по штатным расписаниям среди врачей и среднего медперсонала. В мегаполисах и малых городах ситуация несколько лучше по сравнению с городами с населением от 400 тыс. до 2 млн.
- Для улучшения вторичной профилактики требуются комплексные меры, включая просветительскую работу и расширение охвата льготными лекарственными препаратами.

Key messages

What is already known about the subject?

- Not only primary, but also secondary prevention of noncommunicable diseases, implemented in primary health care, which occupy a major place in the structure of mortality among adults, is important.

What might this study add?

- A survey of Russian physicians revealed that most often people visit the clinic with coronary artery disease and type 2 diabetes. Every second patient with various noncommunicable diseases is partially or completely non-adherent to therapy.
- In every second case, there is partial coverage among doctors and nursing staff. In megacities and small towns, the situation is somewhat better compared to cities with a population of 0,4 to 2 million.
- Improving secondary prevention requires comprehensive measures, including education and expansion of coverage of preferential drug provision.

рового образа жизни в медицинских организациях и детализировано в мероприятиях по диспансеризации определенных групп взрослого населения [2].

Систематическая многофакторная профилактическая помощь на амбулаторном этапе при эффективном взаимодействии и согласованности действий позволяет снизить частоту заболеваний и фатальных осложнений [3].

Для определения задач и приоритетов по улучшению вторичной профилактики ХНИЗ на амбулаторном уровне первичного звена здравоохранения актуальным является проведение медико-социологического опроса среди врачей.

Материал и методы

В одномоментном исследовании принимали участие врачи амбулаторного звена здравоохранения из 16 городов РФ. Всего в опросе приняли участие 545 врачей терапевтического профиля.

Опрос был осуществлен по анкете, подготовленной в "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, которая состояла из 11 блоков вопросов, включающих следующее:

1. Частота обращаемости пациентов в зависимости от пола и возрастного диапазона.

2. Частота обращений по следующим ХНИЗ: хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), сахарного диабета (СД) 2 типа, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и онкологическим заболеваниям.

3. Оценка приверженности к немедикаментозным и медикаментозным видам терапии.

4. Место немедикаментозной терапии в тактике лечения различных соматических заболеваний.

5. Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением.

6. Достижение целевых уровней основных факторов риска.

7. Удовлетворенность взаимодействия с профильными врачами стационаров.

8. Проблемы со своевременной госпитализацией.

9. Консультативная помощь врачей стационаров в поликлиниках.

10. Укомплектованность штатного расписания врачами для осуществления вторичной профилактики в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

11. Укомплектованность штатного расписания средним медперсоналом для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ.

На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях.

В зависимости от численности населения города были распределены на 4 подгруппы:

— население >2 млн чел. (Москва и Санкт-Петербург);

— население 1-2 млн чел. (Самара, Ростов-на-Дону, Краснодар, Красноярск, Омск);

— население 400 тыс. — 1 млн чел. (Владивосток, Ульяновск, Пенза, Курск, Киров, Томск);

— население <400 тыс. чел. (Нальчик, Саранск, Иваново).

Число анкетированных врачей по 4 типам городов распределилось следующим образом:

- население >2 млн чел. — 111 (20,4%) врачей;
- население 1-2 млн чел. — 172 (31,6%) врачей;
- население 400 тыс. — 1 млн чел. — 197 (36,1%) врачей;
- население < 400 тыс. чел. — 65 (11,9%) врачей.

Статистический анализ. Статистический анализ проведен в среде анализа данных R 4.1. Качественные показатели описаны относительными частотами в процентах. Оценка различий между двумя независимыми группами для непрерывных параметров проводилась при помощи точного критерия Фишера. Для попарных сравнений между группами проведена поправка Холма на множественные сравнения. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Согласно результатам анкетирования врачей, во всех включенных в исследование российских городах среди мужчин, обратившихся в поликлинику, 37% составили лица в возрастном диапазоне 50-60 лет (таблица 1). Второе место по частоте обращения составили мужчины в возрасте 60-64 лет (30%). Доля мужчин ≥ 65 лет составила 16,9%. По мнению врачей терапевтического профиля среди обратив-

шихся меньше всего оказалось мужчин в возрастном диапазоне 30-39 лет (3%). В отдельных городах с различной численностью населения, в целом, отслеживается аналогичная тенденция. В городах с населением >2 млн мужчины в возрасте 40-49 лет в 2-3 раза чаще обращаются к врачам по сравнению с городами с населением 1-2 млн и 400 тыс. — 1 млн чел. ($p < 0,01$). В городах с населением 1-2 млн чел. доля мужчин в возрасте 60-64 лет, обратившихся в поликлинику > в 2 раза по сравнению с городами с населением >2 млн и <400 тыс.

Сводные данные по всем 16 городам свидетельствуют о том, что среди обратившихся женщин преобладали пациенты в возрастных диапазонах 50-59 лет и 60-64 лет. Также доля женщин ≥ 65 лет составила 25%. Женщины более молодого возраста составили <15%. В городах с населением >2 млн чел. среди обратившихся женщин каждая вторая находилась в возрасте 50-59 лет, что достоверно больше по сравнению с городами с населением <2 млн, 1 млн и 400 тыс. чел. ($p < 0,001$, $p < 0,02$, $p < 0,002$, соответственно).

В городах с населением 400 тыс. — 1 млн женщины в возрасте 50-59 лет в поликлинику обращались в 1,5 раза чаще по сравнению с жительницами городов с населением 1-2 млн ($p < 0,007$). Женщины в возрасте ≥ 65 лет наиболее часто обращаются в городах с населением 1-2 млн, что в 2-4 раза больше по сравнению с городами с населением 400 тыс. — 1 млн и <400 тыс. чел. ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Наименьшее число женщин данного возраста обращались в городах с населением >2 млн чел.. Различия носили статистически значимый характер по сравнению с городами с меньшей численностью населения ($p < 0,001$, $p < 0,05$, $p < 0,05$, соответственно).

Структура обращений по ХНИЗ

Для оценки структуры обращений по ХНИЗ были учтены следующие нозологии: хронические формы ИБС, ХСН, СД 2 типа, ХОБЛ и онкологические заболевания.

Сводные данные по всем 16 городам России свидетельствуют, что чаще всего пациенты обращаются с хроническими формами ИБС, что составляет 39% (таблица 2). Второе место занимает СД 2 типа, что составляет 22,6%. С симптомами ХСН обра-

Таблица 1

Распределение мужчин и женщин по возрасту, n (%)

Мужчины	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-65 лет	65+ лет
>2 млн	7 (5,6)	23 (18,4)	54 (43,2)	26 (20,8)	15 (12,0)
1-2 млн	3 (1,7)	11 (6,3)	52 (29,9)	69 (39,7)	39 (22,4)
400 тыс. — 1 млн	5 (2,4)	34 (16,3)	78 (37,3)	64 (30,6)	28 (13,4)
<400 тыс.	3 (3,5)	8 (9,4)	37 (43,5)	19 (22,4)	18 (21,2)
Все 16 городов	18 (3,0)	76 (12,8)	221 (37,3)	178 (30,0)	100 (16,9)
Женщины	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-65 лет	65+ лет
>2 млн	7 (5,6)	19 (15,1)	61 (48,4)	26 (20,6)	13 (10,3)
1-2 млн	4 (2,4)	13 (7,7)	31 (18,5)	49 (29,2)	71 (42,3)
400 тыс. — 1 млн	4 (1,8)	34 (15,6)	72 (33,0)	65 (29,8)	43 (19,7)
<400 тыс.	2 (2,5)	10 (12,3)	19 (23,5)	31 (38,3)	19 (23,5)
Все 16 городов	17 (2,9)	76 (12,8)	183 (30,9)	171 (28,8)	146 (24,6)

Таблица 2

Структура обращений по ХНИЗ, n (%)

Города	Хронические формы ИБС	ХСН	СД 2 типа	ХОБЛ	Онкозаболевания, в т.ч. на терапии
>2 млн	136 (41,0)	28 (8,4)	76 (22,9)	37 (11,1)	55 (16,6)
1-2 млн	89 (37,6)	73 (30,8)	48 (20,3)	11 (4,6)	16 (6,8)
400 тыс. — 1 млн	136 (33,9)	78 (19,5)	105 (26,2)	31 (7,7)	51 (12,7)
<400 тыс.	99 (47,8)	29 (14,0)	37 (17,9)	29 (14,0)	13 (6,3)
Все 16 городов	460 (39,1)	208 (17,7)	266 (22,6)	108 (9,2)	135 (11,5)

Примечание: ИБС — ишемическая болезнь сердца, СД — сахарный диабет, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 3

Частота приверженности к немедикаментозной и медикаментозной терапии, n (%)

Города	Немед. приверж. 1	Немед. приверж. 2	Немед. приверж. 3	Мед. приверж. 1	Мед. приверж. 2	Мед. приверж. 3
>2 млн	50 (19,2)	51 (19,6)	29 (11,2)	83 (31,9)	40 (15,4)	7 (2,7)
1-2 млн	138 (30,8)	63 (14,1)	22 (4,9)	115 (25,7)	103 (23,0)	7 (1,6)
400 тыс. — 1 млн	141 (28,4)	86 (17,3)	18 (3,6)	158 (31,9)	84 (16,9)	9 (1,8)
<400 тыс.	59 (33,5)	21 (11,9)	7 (4,0)	70 (39,8)	13 (7,4)	6 (3,4)
Все 16 городов	388 (28,1)	221 (16,0)	76 (5,5)	426 (30,9)	240 (17,4)	29 (2,1)

Примечание: 1 — частичная приверженность, 2 — частичная неприверженность, 3 — полная неприверженность. Мед. — медикаментозная, Немед. — немедикаментозная, приверж. — приверженность.

ются пациенты в 17,7% случаев. Онкологические заболевания в структуре обращаемости занимают 11,5%, схожая частота выявлена по ХОБЛ — 9,2%. В целом, в городах с различной численностью населения наблюдается схожая тенденция, наряду с этим отмечается некоторая вариация частоты тех или иных заболеваний. С хроническими формами ИБС в городах с населением <400 тыс. чел. обращаются достоверно чаще по сравнению с городами с населением 400 тыс. — 1 млн чел. ($p < 0,007$). В городах с населением >2 млн ХСН в структуре заболеваний встречалась в 2-3 раза реже по сравнению с городами с меньшей численностью населения ($p < 0,001$). ХСН чаще всего встречается в городах с населением 1-2 млн чел. Частота СД 2 типа в городах с различной численностью населения была сопоставима, тогда как по частоте ХОБЛ наблюдается различие. Так, в городах с населением >2 млн и <400 тыс. чел. частота ХОБЛ была > в 2-2,5 раза по сравнению с городами со средней численностью населения. Эти различия носили достоверный характер ($p < 0,029$, $p < 0,004$). Наибольшее число лиц с онкологическими заболеваниями обращаются в крупных городах с населением >2 млн, второе место занимают города с населением 400 тыс. — 1 млн чел. В других городах частота обращаемости по онкологическим заболеваниям была < в 2 раза ($p < 0,003$).

Особенности приверженности к немедикаментозным и медикаментозным видам лечения

Одним из изучаемых вопросов была приверженность пациентов к медикаментозной и немедикаментозной (изменение образа жизни) терапии. Для этого использовали три параметра: частичная приверженность, частичная неприверженность и полная неприверженность.

Согласно полученным данным, 28% пациентов, наблюдавшихся во всех городах России, частично привержены к немедикаментозной коррекции, частичная неприверженность наблюдается в 16% случаев, тогда как полная неприверженность отмечается в 5,5% (таблица 3).

Наибольшая частичная приверженность к немедикаментозной коррекции наблюдается в городах с меньшей численностью, такая же тенденция

Таблица 4

Место немедикаментозной терапии в тактике лечения ХНИЗ, n (%)

Города	Основное	Второстепенное	Не назначается
>2 млн	32 (33,0)	62 (63,9)	3 (3,1)
1-2 млн	72 (33,6)	141 (65,9)	1 (0,5)
400 тыс. — 1 млн	91 (38,1)	142 (59,4)	6 (2,5)
<400 тыс.	25 (32,1)	51 (65,4)	2 (2,6)
Все 16 городов	220 (35,0)	396 (63,1)	12 (1,9)

Примечание: ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

отмечается в городах до 2 млн населения. При этом в городах >2 млн населения частичная приверженность оказалась < на 30%, что достоверно ниже по сравнению с городами с меньшей численностью населения ($p < 0,005$, $p < 0,025$, $p < 0,005$, соответственно). Частичная неприверженность к немедикаментозной терапии сопоставима во всех городах. Частота полной неприверженности к немедикаментозной коррекции > в 2-2,5 раза в городах с >2 млн чел., что оказалась достоверно больше по сравнению с городами с меньшей численностью населения ($p < 0,01$, $p < 0,001$, $p < 0,03$, соответственно).

Каждый третий пациент частично привержен к медикаментозной коррекции, частичная неприверженность выявляется в 2 раза реже, тогда как полная неприверженность составляет <3%. Между городами частичная приверженность к медикаментозной коррекции оказалась сопоставима. Частичная неприверженность оказалась наименьшей в городах с населением <400 тыс. чел., следовательно, в других городах этот показатель оказался > в 2-3 раза (статистические различия выявлены между городами <400 тыс. и 1-2 млн чел., $p < 0,001$). Полная неприверженность к медикаментозной коррекции между городами не различалась.

В рамках исследования было проанализировано место немедикаментозной терапии в тактике лечения соматических болезней. Более 60% врачей, участвовавших в опросе, заявили, что немедикаментозные методы лечения занимают второстепен-

ное значение в тактике лечения, при этом 35% отводят им основное место в плане лечения больных, 2% вообще не назначают их (таблица 4). Эта картина сопоставима во всех городах вне зависимости от численности населения.

Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением

В ходе исследования был проанализирован охват пациентов льготным лекарственным обеспечением в различных городах России. Для оценки определили 4 градации: не обеспечиваются, обеспечиваются <50% пациентов, 50-75% пациентов и 100% пациентов. Суммарно до 6% случаев пациенты не обеспечиваются льготными лекарственными препаратами, при этом 100%-е обеспечение в структуре охвата занимает 20% (таблица 5). В 44,4% случаев врачи заявили, что обеспечение льготными препаратами находится в диапазоне 50-75%. В то же время в 30% случаев они заявили, что льготное обеспече-

ние составляет <50%. В городах с численностью населения >1 млн чел. и <400 тыс. чел. о 100%-м обеспечении льготными препаратами заявляет каждый пятый врач. В то же время 100%-е лекарственное обеспечение в городах с населением 400 тыс. — 1 млн было < в 2-3 раза по сравнению с городами с населением 1-2 млн чел.; различие носит статистически значимый характер (p<0,001). Частота обеспечения льготными препаратами <50% случаев во всех городах за исключением городов с численностью населения 1-2 млн выявлена в 40% случаев. В то же время в городах с населением 1-2 млн чел. этот показатель оказался достоверно меньше и составил 11,8% (p<0,001). В этих городах льготное обеспечение препаратами в 50-75% оказалось наибольшим и достигло показателя 54,5% (p<0,001 по сравнению с городами с населением >2 млн и <400 тыс.).

Достижение целевых показателей основных факторов риска является одной из первостепенных задач в лечении сердечно-сосудистых и других соматических заболеваний. В целом, во всех городах о минимальном и 100%-м достижении целевых уровней основных факторов риска (гипертония (АГ), гиперхолестеринемия, гипергликемия при наличии СД, курение и ожирение) заявляли <10% врачей (таблица 6). Большинство, а именно 67% из них, утверждали о 75%-м достижении целевых уровней факторов риска, тогда как каждый пятый заявлял о 50%-м достижении. В отдельных городах отмечается вариабельность по эффективности проводимой терапии. В частности, в городах с населением >2 млн (73,8%) и <400 тыс. чел. (83,5%) большинство врачей заявляли о достижении целевого уровня до 75% случаев. В городах с населением 1-2 млн этот показатель оказался достоверно меньше и составил 55,5% (p<0,03 и p<0,0001). В этой группе низкое, 25%-е достижение целевых уровней, оказалось > в 3-5 раз по сравнению с другими городами, различия носят достоверный характер (p<0,001). О достижении 100% целевых уровней заявили до 10% врачей и показатели были сопоставимы между группами.

Удовлетворенность взаимодействия с профильными врачами стационаров

Врачам амбулаторного звена ЛПУ также был задан вопрос об оценке взаимодействия с профильными врачами стационаров. В целом каждый вто-

Таблица 5

Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением, n (%)

Города	Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением, n (%)			
	Не обеспечиваются	<50%-е обеспече-ние	50-75%-е обеспече-ние	100%-е обеспече-ние
>2 млн	8 (6,6)	47 (38,5)	45 (36,9)	22 (18,0)
1-2 млн	14 (6,4)	26 (11,8)	120 (54,5)	60 (27,3)
400 тыс. — 1 млн	13 (6,0)	88 (40,6)	95 (43,8)	21 (9,7)
<400 тыс.	1 (1,2)	34 (40,0)	26 (30,6)	24 (28,2)
Все 16 городов	36 (5,6)	195 (30,3)	286 (44,4)	127 (19,7)

Таблица 6

Оценка степени достижения целевых уровней основных факторов риска

Города	Достижение целевого уровня, n (%)			
	На 25%	На 50%	На 75%	На 100%
>2 млн	6 (4,6)	19 (14,6)	96 (73,8)	9 (6,9)
1-2 млн	32 (14,5)	58 (26,4)	122 (55,5)	8 (3,6)
400 тыс. — 1 млн	3 (1,2)	55 (22,4)	166 (67,5)	22 (8,9)
<400 тыс.	0 (0,0)	9 (10,6)	71 (83,5)	5 (5,9)
Все 16 городов	41 (6,0)	141 (20,7)	455 (66,8)	44 (6,5)

Таблица 7

Удовлетворенность взаимодействием с профильными врачами стационаров, n (%)

Города	Не удовлетворен	Удовлетворен		
		в <50% случаев	в <75% случаев	в <100% случаев
>2 млн	14 (12,6)	29 (26,1)	43 (38,7)	25 (22,5)
1-2 млн	4 (2,3)	39 (22,0)	100 (56,5)	34 (19,2)
400 тыс. — 1 млн	16 (7,7)	55 (26,4)	97 (46,6)	40 (19,2)
<400 тыс.	3 (3,9)	26 (33,8)	39 (50,6)	9 (11,7)
Все 16 городов	37 (6,5)	149 (26,0)	279 (48,7)	108 (18,8)

рой врач заявил, что удовлетворенность взаимодействием с коллегами из стационаров составляет 75% (таблица 7). Каждый пятый указывает на полную удовлетворенность во взаимодействии с профильными врачами стационаров. Удовлетворение взаимодействием с врачами стационаров <50% высказал каждый четвертый поликлинический врач. Об отсутствии взаимодействия высказались <10% врачей. В городах с населением >400 тыс. населения 100%-я удовлетворенность во взаимодействии выявляется в каждом пятом случае, а в малых городах в каждом десятом. В большинстве городов, за исключением городов с населением >2 млн чел., преобладает 75%-я удовлетворенность во взаимодействии с врачами стационаров. Этот показатель > в 1,5 раза в городах с населением 1-2 млн по сравнению с городами с населением >2 млн чел. ($p<0,02$). Удовлетворенность в <50% случаев между городами сопоставима и колеблется оставляет от 22 до 33%. В крупных городах ~ в 13% случаев поликлинические врачи заявляют о неудовлетворенности взаимодействием с профильными врачами стационаров, что более выражено по сравнению с другим городами. Различие носит статистически значимый характер по сравнению с городами с населением 1-2 млн чел. ($p<0,004$).

Проблемы со своевременной госпитализацией

Еще одним из важных показателей оказания медицинской помощи пациентам с хроническими забо-

леваниями является своевременная (на момент получения направления) госпитализация. В большинстве случаев врачи утверждают о наличии незначительных проблем в госпитализации, об отсутствии проблем заявил каждый пятый, в то же время в каждом десятом случае отмечаются трудности в госпитализации пациентов (таблица 8). Анализ этого показателя в отдельных городах демонстрирует, что в крупных городах в 30% случаев отсутствуют проблемы в госпитализации пациентов по показаниям, а в городах с населением 400 тыс. — 1 млн чел. этот показатель оказался < в 2 раза ($p<0,008$). Незначительные проблемы с госпитализацией в различных городах сопоставимы. В городах с населением >2 млн подобные проблемы выявляются достоверно реже по сравнению с городами с населением 1-2 млн чел. ($p<0,038$).

Консультативная помощь врачей стационаров в поликлиниках

Во взаимодействии между амбулаторными и стационарными врачами важное значение имеет консультативная помощь врачей стационаров для амбулаторных пациентов. 100%-я консультативная помощь оказывается, в среднем, в 26% случаев, каждый второй врач заявляет, что врачи стационаров оказывают консультативную помощь в 75% случаев. В среднем 19% врачей заявляют, что могут рассчитывать на консультативную помощь коллег из стационаров < чем в 50% случаев. В то же время

Таблица 8

Проблемы со своевременной госпитализацией, n (%)

Города	Не испытывал проблем	Имеются незначительные проблемы	Всегда трудно госпитализировать пациентов
>2 млн	34 (30,4)	65 (58,0)	13 (11,6)
1-2 млн	31 (17,9)	128 (74,0)	14 (8,1)
400 тыс. — 1 млн	30 (14,8)	142 (70,0)	31 (15,3)
<400 тыс.	19 (26,4)	46 (63,9)	7 (9,7)
Все 16 городов	114 (20,4)	381 (68,0)	65 (11,6)

Таблица 9

Укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ, n (%)

Города	50%-я укомплектованность	75%-я укомплектованность		100%-я укомплектованность
		Врачи		
>2 млн	15 (30,0)	15 (30,0)		20 (40,0)
1-2 млн	93 (56,4)	38 (23,0)		34 (20,6)
400 тыс. — 1 млн	90 (43,5)	87 (42,0)		30 (14,5)
<400 тыс.	8 (12,1)	21 (31,8)		37 (56,1)
Все 16 городов	206 (42,2)	161 (33,0)		121 (24,8)
		Средний медперсонал		
>2 млн	20 (44,4)	8 (17,8)		17 (37,8)
1-2 млн	53 (49,5)	21 (19,6)		33 (30,8)
400 тыс. — 1 млн	84 (41,4)	80 (39,4)		39 (19,2)
<400 тыс.	9 (13,8)	26 (40,0)		30 (46,2)
Все 16 городов	166 (39,5)	135 (32,1)		119 (28,3)

Примечание: ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения.

в 10% случаев консультативная помощь отсутствует. Наибольшая консультативная помощь оказывается в городах с населением <400 тыс. чел., что > в 2 раза по сравнению с городами с населением >2 млн чел. (15,8 vs 40,4%, $p<0,01$). В остальных случаях города по уровню консультативной помощи сопоставимы.

Укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом

Важной проблемой в первичном звене ЛПУ остается укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом. От этого напрямую зависит в т.ч. и проведение вторичной профилактики ХНИЗ. В целом, согласно проведенному опросу, в 42% случаев врачи говорят о 50%-й укомплектованности. 75%-я укомплектованность штатного расписания врачами присутствует в 33% случаев. И только в каждом четвертом случае врачи заявили о 100%-й укомплектованности врачами поликлиник (таблица 9).

Наименьшая 100%-я укомплектованность персоналом наблюдается в городах с населением 400 тыс. — 1 млн и 1-2 млн чел. ($p<0,026$ и $p<0,001$ по сравнению с городами >2 млн населения). Следовательно, в этих городах больше выявляется 50%-я укомплектованность врачами. В малых городах 100%-я укомплектованность врачами наблюдается в 56% случаев, и только в 12% случаев выявлена 50%-я укомплектованность врачами. Наибольшее число 75%-й укомплектованности врачами наблюдается в городах с населением 400 тыс. — 1 млн чел., что статистически значимо отличается от других городов ($p<0,005$, $p<0,05$ и $p<0,001$, соответственно).

Аналогичный анализ проведен по укомплектованности штатного расписания средним медперсоналом (таблица 9). В 40% случаев врачи заявляют о 50%-й укомплектованности средним медперсоналом в первичном звене ЛПУ. О 75%-й укомплектованности средним медперсоналом сообщается в 32% случаев. И только в 28% случаев поликлиники на 100% укомплектованы средним медперсоналом. Наибольшая нехватка среднего медперсонала наблюдается в городах с населением ≥ 400 тыс., что > в 3-3,5 раза по сравнению с малыми городами ($p<0,003$, $p<0,001$, $p<0,001$, соответственно). 100%-я укомплектованность средним медперсоналом больше обеспечивается в крупных городах с населением >2 млн чел. и в городах <400 тыс. чел., что достоверно выше по сравнению с городами с населением 400 тыс. — 1 млн чел. ($p<0,05$ и $p<0,001$, соответственно). 75%-я укомплектованность средним медперсоналом в городах с населением до 1 млн > в 2 раза, чем в крупных городах ($p<0,02$).

Обсуждение

В начале XXI в ХНИЗ сохраняют лидерство в структуре потери трудоспособности и смертности среди взрослых лиц. В РФ сердечно-сосудистые

заболевания (ССЗ) занимают первое место среди ХНИЗ, однако за последнее десятилетие отмечен стремительный рост онкологических заболеваний. Наша страна также относится к регионам высокого риска развития СД 2 типа и ХОБЛ. Одной из серьезных проблем таких заболеваний является омоложение населения. ХНИЗ рассматриваются как медико-социальная проблема, требующая принятия комплексных мер по предотвращению их осложнений [3].

Настоящее одномоментное исследование проведено в виде опроса врачей амбулаторного звена ЛПУ в различных городах РФ. Наряду с анализом показателей общей выборки, рассматриваются города в 4-х категориях по численности населения. Подобное деление позволяет определить тенденции и закономерности по приверженности пациентов вторичной профилактике и вопросам организации здравоохранения в амбулаторном звене ЛПУ. Врачи из ЛПУ городов с населением от 400 тыс. до 2 млн чел. составили 67% опрошенных, соответственно, специалисты из крупнейших и малых городов России заняли 33%.

Разработанная анкета состоит из нескольких блоков вопросов. Это, в первую очередь, определение портрета целевого пациента для вторичной профилактики и приверженности пациентов к лечению. Наряду с этим изучаются вопросы льготного обеспечения лекарствами и взаимодействия с врачами стационаров для своевременной госпитализации. Еще одним важным вопросом является обеспечение штатного расписания врачами и средним медперсоналом, т.к. укомплектованность специалистами различного звена влияет на качество оказываемой медицинской помощи.

По мнению врачей терапевтического профиля, среди обратившихся преобладали мужчины и женщины в возрастном диапазоне 50-60 лет. Второе место по частоте обращений составили мужчины в возрасте 60-65 лет. В то же время пациенты <49 лет обоих полов составляют не более 15%. Среди лиц >65 лет частота обращения женщин оказалась на 50% больше, чем мужчин, что может объясняться гендерными особенностями демографических показателей. Необходимо заметить, что доля лиц старшего возраста, вне зависимости от пола, в крупнейших городах оказалась < в 2 раза по сравнению с городами с меньшим числом населения. Напротив, в городах с населением >2 млн частота обращения мужчин в возрасте 40-49 лет в несколько раз выше по сравнению с другими городами. Очевидно, что доля лиц молодого работоспособного возраста в этих городах выше, возможности выявления и ранней диагностики заболеваний больше, чем в малых городах России.

Структура обращаемости по ХНИЗ в первичном звене здравоохранения в некоторой мере под-

тверждает федеральные и региональные статистические данные¹. На первом месте по обращаемости стоит ИБС вне зависимости от численности населения городов, участвующих в исследовании. На сегодняшний день ССЗ, в частности ИБС, выступают в качестве главной причины развития осложнений и летальных исходов среди взрослого населения. Среди причин ХСН роль хронических форм ИБС также довольно высока. Частота обращаемости по поводу ХСН < в 2 раза по сравнению с ИБС. В крупнейших городах пациенты с ХСН обращаются реже по сравнению с жителями других городов. Вероятно, это связано с возможностями структуры здравоохранения в мегаполисах. Интересно, что СД 2 типа является поводом обращения в первичное звено ЛПУ в каждом пятом случае. В результате опроса врачей частота обращаемости во всех городах сопоставима. В каждом десятом случае пациенты наблюдаются по поводу онкологических заболеваний различной этиологии, больше всего это отмечается в мегаполисах, что, несомненно, свидетельствует как о высокой заболеваемости, так и возможностях ранней диагностики. Полученные результаты согласуются с другими отечественными данными [4].

По данным диспансерного наблюдения субъектов РФ структура нозологических форм заболеваний у пациентов, состоящих на учете у участкового врача-терапевта, следующая: АГ 1-3-й ст. — 49,36%; стабильная ИБС (за исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение врачом-кардиологом: стенокардия III-IV функционального класса в трудоспособном возрасте; перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях; период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства, в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях) — 16,6%; СД 2 типа — 11,11% [5].

Одним из главных звеньев профилактики и лечения ХНИЗ является приверженность пациентов. Согласно данным настоящего опроса, врачи утверждают, что частичная приверженность к лекарственной и немедикаментозной коррекции составляет ~30%. При этом частичная неприверженность оказалась < в 2 раза, а полная неприверженность составила до 5%. В целом, хорошая приверженность к врачебным рекомендациям выявляется в каждом втором случае. Обращает на себя внимание то, что в малых городах частичная неприверженность в несколько раз больше по сравнению с другими городами, что, безусловно, может негативно отразиться в прогнозе пациентов с ХНИЗ.

По данным медико-социального опроса в поликлиниках Московской области половина врачей (50,4%) считает краткое профилактическое консультирование неэффективной мерой профилактики, 55,9% ответили, что пациенты неохотно обсуждают вопросы, связанные с табакокурением, избыточной массой тела, физической активностью, риском пагубного потребления алкоголя. Врачи осведомлены о принципах мотивационного консультирования — почти все выясняют отношение пациентов к факторам риска ХНИЗ, однако только 34,6% оценивают готовность пациента к изменению поведенческих факторов риска [2]. Согласно данным российского регистра ПРОФИЛЬ-ИМ (Перспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда), 39,4% пациентов с ИБС регулярно принимают лекарства, 23,1% при ухудшении самочувствия, а в 37,5% случаев эпизодически [6]. По данным амбулаторно-поликлинического регистра РЕКВАЗА (РЕгистр КардиоВаскулярных ЗАболеваний) частота должной кардиоваскулярной фармакотерапии была недостаточной (68,6%), особенно на амбулаторном этапе (55,6%). За период наблюдения (2-6 лет) средний показатель смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий в коморбидности с ХНИЗ за год составил 10,3%, но при этом существенно различался в регионах (от 3,7% в Москве до 9,7-12,5% в Ярославле, Рязани и Курске) [4].

Другой важный вопрос во вторичной профилактике ХНИЗ — это охват пациентов льготными препаратами. Около 70% врачей утверждают, что пациенты с ХНИЗ полностью или частично обеспечиваются льготными препаратами. В отдельных городах преобладает частичный охват лекарственными препаратами. По данным регистра РЕКВАЗА льготными лекарствами при ССЗ на момент включения в исследования пользовались 16,7% больных vs 33,1% в предыдущие годы ($p < 0,001$), т.е. доля пациентов, пользующихся системой льготного лекарственного обеспечения, уменьшилась в 2 раза. Причины неиспользования льготных лекарств по информации амбулаторной карты: отказ — 2,4%; другое — 0,2%; нет данных — 97,4% [7].

Необходимо отметить, что в условиях ряда ограничений пациенты пользуются доступными дженерическими препаратами, в т.ч. отечественного производства. Это отражается на достижении целевых уровней основных факторов риска и клинических показателей. По мнению врачей, в 2/3 случаев удается достигать целевых показателей с хорошим охватом (75%), что на наш взгляд несколько превышает реальную картину. С учетом приверженности пациентов к комплексной терапии и обеспечения льготными препаратами, очевидно, что этот показатель в реальной практике несколько ниже. По данным исследования

¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. Статистический сборник. М.: Росстат, 2022. 1122 с.

ЭССЕ-РФ3 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации, третье исследование) (выборка населения 15 регионов РФ 35-74 лет с откликом >70% (n=28611)) эффективность лечения АГ составляет 44,0%, выше среди женщин в сравнении с мужчинами: 48,2 vs 37,4%, и снижается с возрастом [8].

Своевременная госпитализация больных ХНИЗ по показаниям и взаимодействие со стационарными врачами также могут влиять на прогноз пациентов. В большинстве случаев врачи амбулаторного звена утверждают, что испытывают незначительные проблемы с госпитализацией пациентов или вовсе не испытывают подобных проблем. По мнению врачей, лучшие показатели демонстрируют мегаполисы и малые города. В каждом десятом случае врачи заявляют, о трудностях госпитализации пациентов, что, возможно, обусловлено спецификой отдельных заболеваний. Исследователи в российском проекте при анализе качества и эффективности диспансерного наблюдения определили следующее: число госпитализаций по поводу обострения заболевания среди пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН) у участкового врача-терапевта, составило 4,2% от общего числа лиц, состоящих на ДН, из них было госпитализировано 34,48% пациентов трудоспособного возраста и 65,51% пациентов старше трудоспособного возраста. Наиболее частыми причинами госпитализации являлись: АГ 1-3-й ст. (за исключением резистентной АГ — 30,6% госпитализаций; стабильная ИБС (за исключением следующих заболеваний или состояний, по поводу которых осуществляется ДН врачом-кардиологом: стенокардия III-IV функционального класса в трудоспособном возрасте; перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях; период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства, в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях) — 24,66% госпитализаций; СД 2 типа — 12,99% госпитализаций [5].

Одним из нерешенных вопросов, который относится, в первую очередь, к организации здравоохранения в первичном звене ЛПУ, является укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом. Вопросы качества и результативности медицинской помощи не могут быть решены без наличия квалифицированных кадров в достаточном количестве. Этот вопрос также косвенно влияет на проведение вторичной профилактики ХНИЗ [9]. Анализ показателей кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи и их динамики за период 2014-2022гг характеризовался снижением численности участковых врачей-терапевтов в 2014-2016гг и её постоянным увеличением на протяжении 2017-2022гг, темп прироста составил 10,10%. Темп

прироста показателя обеспеченности в 2017-2022гг составил в целом по России 10,37%. Между федеральными округами показатели численности участковых врачей-терапевтов различаются > чем в 4 раза, между субъектами РФ — > чем в 200 раз, различия в обеспеченности составили, соответственно, 1,5 и 4,3 раза. В изучаемый период снизилась доля участковых врачей-терапевтов, имеющих квалификационную категорию, как в целом, так и по каждой из категорий отдельно [10]. По мнению экспертов, практика расширения зон ответственности среднего и немедицинского персонала также способна оказать влияние на показатели кадрового обеспечения первичной врачебной помощи [11].

В настоящем исследовании, в каждом втором случае отмечается частичная укомплектованность штатного расписания. Причем наблюдается сопоставимая тенденция среди врачей и среднего медперсонала. В мегаполисах и малых городах ситуация несколько лучше по сравнению с городами с населением от 400 тыс. до 2 млн. Можно предположить, что частичная нерешенность кадрового вопроса оказывает влияние на качество проведения вторичной профилактики ХНИЗ на амбулаторном уровне.

Ограничение исследования. Организационные аспекты вторичной профилактики ХНИЗ оценивались по данным социологического исследования, что не исключает субъективных ответов врачей на вопросы анкеты. Обращения по другим причинам (вне перечня перечисленных в статье ХНИЗ) в анализ не включались. Для оценки вторичной профилактики ХНИЗ города из различных субъектов РФ были объединены в 4 группы по численности населения.

Заключение

Таким образом, для осуществления вторичной профилактики ХНИЗ необходимо проведение комплексных мер на амбулаторном уровне первичного звена здравоохранения. Наиболее важными являются просветительская работа по приверженности пациентов к медикаментозной и немедикаментозной коррекции, расширение охвата льготными лекарственными препаратами, улучшение взаимодействия с врачами стационаров и укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом. Наряду с этим необходимо совершенствовать систему ДН пациентов с ХНИЗ и развитие школ здоровья для больных различными ХНИЗ. При разработке мер по улучшению вторичной профилактики ХНИЗ необходимо учитывать как общие тенденции, так и особенности существующих проблем в первичном звене здравоохранения в отдельных городах РФ с различной численностью населения.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

***Соавторы статьи по опросу врачей в российских городах:**

Балыкова Лариса Александровна — д.м.н., профессор, директор Медицинского института ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарёва", Саранск, ORCID: 0000-0002-2290-0013; Друк Инна Викторовна — д.м.н., доцент, зав. кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск, ORCID: 0000-0001-8317-7765; Григорович Марина Сергеевна — д.м.н., зав. кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, ORCID: 0000-0002-2485-396X; Ефремова Елена Владимировна — д.м.н., профессор кафедры терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО "Ульяновский государственный университет", Ульяновск, ORCID: 0000-0002-7579-4824; Канорский Сергей Григорьевич — д.м.н., зав. кафедрой терапии № 2 ФПК и ППС, ФГБОУ ВО "Кубанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Краснодар, ORCID: 0000-0003-1510-9204; Петрова Марина Михайловна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, Красноярск, ORCID: 0000-0002-8493-0058; Попонина Татьяна Михайловна — д.м.н., профессор, профессор кафедры кардиологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, ORCID: 0000-0002-6900-6190; Золотовская Ирина Александровна — д.м.н., начальник управления научных исследований и подготовки научно-педагогических кадров ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара, ORCID: 0000-0002-0555-4016; Рубаненко Олеся Анатольевна — д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсами поликлинической терапии и трансфузиологии ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара, ORCID: 0000-0001-9351-6177; Хаишева Лариса Анатольевна — д.м.н., зав. кафедрой терапии ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России, Ростов-на-Дону, ORCID: 0000-0002-2419-4319; Искендеров Бахрам Гусейнович — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, кардиологии, функциональной диагностики и ревматологии Пензенского института усовершенствования врачей-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, ORCID: 0000-0003-3786-7559; Невзорова Вера Александровна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и инструментальной диагностики ФГБОУ ВО "Тихоокеанский государственный медицинский университет", Владивосток, ORCID: 0000-0002-0117-0349; Уметов Мурат Анатольевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии медицинской академии ФГБОУ ВО "КБГУ им. Х.М. Бербекова" Минздрава России, Нальчик, ORCID: 0009-0009-2519-495X; Кузнецов Андрей Александрович — к.м.н., врач — кардиолог ФГБОУ ВО "Российский научный центр рентгенорадиологии" Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0001-6290-1195; Никифоров Виктор Сергеевич — д.м.н., профессор, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0001-7862-0937; Тыренко Вадим Витальевич — д.м.н., профессор, начальник кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО "Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, ORCID: 0000-0002-0470-1109; Бурсикив Александр Валерьевич — д.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО "Ивановский ГМУ" Минздрава России, Иваново, ORCID: 0000-0002-9971-6468; Манюгина Елена Алексеевна — к.м.н., врач-терапевт ОБУЗ "Городская клиническая больница № 7", Иваново, ORCID: 0009-0006-5291-6549; Дроботья Наталья Викторовна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии, ревматологии и функциональной диагностики ФГБОУ ВО "РостГМУ" Минздрава России, Ростов-на-Дону, ORCID: 0000-0002-6373-1615; Арабидзе Григорий Гурамович — д.м.н., доцент, зав. кафедрой терапии и подростковой медицины терапевтического факультета ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, ORCID: 0000-0003-3370-3506.

Литература/References

- Huijts T, Stornes P, Eikemo TA, Vambra C; HiNews Consortium. Prevalence of physical and mental non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl_1):8-13. doi:10.1093/eurpub/ckw232.
- Kalinina AM, Sokolov GE, Gornyy BE. Medical prophylaxis of chronic noncommunicable diseases in primary health care: attitude, opinion and practice of doctors (medical and sociological research). *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020; 23(2):53-8. (In Russ.) Калинина А.М., Соколов Г.Е., Горный Б.Э. Медицинская профилактика хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения: отношение, мнение и практика врачей (медико-социологическое исследование). *Профилактическая медицина*. 2020;23(2):53-8. doi:10.17116/profmed20202302153.
- Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4): 3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
- Loukianov MM, Andrenko EYu, Martsevich SYu, et al. Patients with Atrial Fibrillation in Clinical Practice: Comorbidity, Drug Treatment and Outcomes (Data from RECVASA Registries). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(6):888-98. (In Russ.) Лукьянов М.М., Андреев Е.Ю., Марцевич С.Ю. и др. Больные с фибрилляцией предсердий в клинической практике: коморбидность, медикаментозное лечение и исходы (данные регистров РЕКВАЗА). *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020;16(6):888-98. doi:10.20996/1819-6446-2020-12-01.
- Drozдова LYu, Ivanova ES, Egorov VA, et al. Quality assessment of the secondary prevention of chronic noncommunicable diseases during the public dispensary observation in regions of the Russian Federation. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(6-2):21-25. (In Russ.) Дроздова Л.Ю., Иванова Е.С., Егоров В.А. и др. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2020;23(6-2):21-25. doi:10.17116/profmed20202306221.
- Martsevich SYu, Kutishenko NP, Sichinava DP, et al. Prospective outpatient registry of myocardial infarction patients (profile-mi): study design and first results. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(1):81-6. (In Russ.) Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Сичинава Д.П. и др. Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (профиль-им): дизайн исследования и первые результаты. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(1):81-6. doi:10.15829/1728-8800-2018-1-81-86.
- Boytsov SA, Loukianov MM, Yakushin SS, et al. Cardiovascular diseases registry (recvaza): diagnostics, concomitant cardiovas-

- cular pathology, comorbidities and treatment in the real outpatient-polyclinic practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):44-50. (In Russ.) Бойцов С. А., Лукьянов М. М., Якушин С. С. и др. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (рековаза): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):44-50. doi: 10.15829/1728-8800-2014-6-3-8.
8. Balanova YuA, Drapkina OM, Kutsenko VA, et al. Hypertension in the Russian population during the COVID-19 pandemic: sex differences in prevalence, treatment and its effectiveness. Data from the ESSE-RF3 study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(8S):3785. (In Russ.) Баланова Ю. А., Драпкина О. М., Куценко В. А. и др. Артериальная гипертензия в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространённости, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(8S):3785. doi:10.15829/1728-8800-2023-3785.
9. Rugol LV, Son IM, Menshikova LI. The impact of primary health care staffing on the effectiveness of its activities. Social aspects of public health. 2020;66(3):10. (In Russ.) Руголь Л. В., Сон И. М., Меньшикова Л. И. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(3):10. doi:10.21045/2071-5021-2020-66-3-9.
10. Shepel RN, Senenko ASH, Kalashnikova MA. Staffing for primary health care for the adult population of the Russian Federation in 2014-2022. part 1: focus on doctors-therapists. *Modern problems of health care and medical statistics*. 2023;3:1148-59. (In Russ.) Шепель Р. Н., Сененко А. Ш., Калашникова М. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Российской Федерации в 2014-2022 годах. Часть 1: фокус на врачей-терапевтов участковых. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;3:1148-59. doi:10.24412/2312-2935-2023-3-1148-1159.
11. Starodubov VI, Kupeeveva IA, Senenko ASH, et al. Models for organizing the provision of primary health care to the adult population with expansion of the areas of responsibility of nursing staff. *Guidelines*. Moscow: Publishing house of the Federal State Budgetary Institution "TsNIIIOIZ" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. p. 68. (In Russ.) Стародубов В. И., Купеева И. А., Сененко А. Ш. и др. Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала. *Методические рекомендации*. М.: ФГБУ "ЦНИИОИЗ" МЗ РФ. 2021. с. 68 с. ISBN: 978-5-94116-065-5.