

Международный журнал экспериментального образования.–2013.–№11-1.– С. 193 – 194.

2. Седова, Э.М. Опыт клинического применения таурина и триметазида при хронической сердечной недостаточности у женщин в перименопаузе / Э.М. Седова, О.В. Магницкая // Кардиология. – 2010. – Т.50. – №1. – С.62 – 63.

3. Эффективность крема авен триакнеаль / А.А. Пузилов [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №2-1. – С. 56-57.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жужлова Н.Ю., Кром И.Л., Сазанова Г.Ю.

*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов,
e-mail: zhuzhlova.n@yandex.ru;*

*Центр Медико-социологических исследований,
Саратов*

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) артериальная гипертензия признана неинфекционной пандемией, являющейся основной причиной кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Вклад артериальной гипертензии в смертность населения трудоспособного возраста от данной группы заболеваний составляет 40%, а смертность от инсульта – 70-80% [4]. Исследование структуры уровня смертности взрослого населения в современной России показало, что первое ранговое место в РФ, в Поволжском Федеральном округе и Саратовской области занимают показатели смертности при болезнях системы кровообращения [6]. Следует отметить, что в России от болезней системы кровообращения умирает преимущественно население трудоспособного возраста [5].

Согласно Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одной из основных задач здравоохранения в современных условиях является достижение высокого уровня качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами ее оказания. В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294, одним из целевых индикаторов является снижение смертности от болезней системы кровообращения к 2020 году до 622,4 случая на 100 тысяч населения [3]. Однако, в современном мире все больший вклад в здоровье оказывают социальные факторы и социальная сфера общественной жизни людей. Поэтому недооценка их влияния ставит под угрозу реализацию Программ в сфере здравоохранения.

Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов основной целью лечения больных признают

максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. При этом известно, что медицина способна продлить жизнь тем, кто страдает серьезными заболеваниями, но для уровня здоровья больших групп населения большую важность имеют социальные и экономические условия, которые определяют, заболеет ли человек вообще. Среди населения можно выделить группу лиц, которые наиболее остальных подвержены влиянию внешних негативных факторов. Это лица с доходами ниже величины прожиточного минимума, так называемое «бедное» население. Даже в самых богатых странах обеспеченные люди живут на несколько лет дольше и болеют реже, чем бедные [7].

Достаточно высокий уровень материального благополучия населения, обеспечение здоровых безопасных условий труда и быта, санитарная охрана внешней среды, обеспечение необходимой медицинской помощью, предоставление населению разнообразных материальных и культурных благ – это предпосылки для здоровой и полноценной жизни, а не условие [1]. На научно-теоретическом и на уровне здравого смысла наличие связи между материальным благополучием и здоровьем населения не вызывает сомнений [8].

Низкие доходы приводят к невозможности получения помощи и проблемам социальной адаптации. В результате представители этих групп оказываются неспособными преодолеть физические, социальные и финансовые барьеры к медицинской помощи. Количество таких людей, испытывающих систематические затруднения в получении медицинской помощи, очень велико – примерно 50-70% населения страны. Согласно толкованию Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам право на здоровье во всех его формах и на всех уровнях содержит право на доступность медицинской помощи, т.е. учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку без какой бы то ни было дискриминации. Все лица с доходами ниже черты бедности и даже несколько превышающими ее не могут справиться с выплатами, необходимыми для доступа к медицинской помощи [2]. В 2013 году на 66 сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения ВОЗ было отмечено, что повышение доступности качественной и недорогой медико-санитарной помощи «бедным» слоям населения любой страны является залогом развития их способностей и позволяет им найти хорошую работу, которая изменит их жизнь. А для этого необходимо, прежде всего, доступ к качественным и недорогим медицинским услугам [12].

Значительный прогресс в секторе здравоохранения, достигнутый в последние десятилетия, носит крайне неравномерный характер: большая часть стран мира продвинулись

по пути улучшения состояния здоровья, но в то же время значительное число стран во все большей степени отстают по этим показателям или теряют прежние позиции. Старение населения и последствия плохо управляемой урбанизации и глобализации способствуют ускорению темпов распространения инфекционных болезней во всем мире и увеличивают бремя хронических неинфекционных заболеваний. Широко распространенное явление, когда у многих людей наблюдается комплекс симптомов и множество болезней, требует от системы медицинского обслуживания разработки методов более интегрированного и комплексного ведения пациентов. В мире действует сложное переплетение взаимосвязанных факторов, включая постепенный, но долговременный рост доходов и численности населения, изменение климата, проблемы, связанные с продовольственной безопасностью, и социальную напряженность, каждый из которых будет иметь вполне определенные, но в значительной степени непредсказуемые последствия для состояния здоровья в ближайшие годы [14]. Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [11]. В странах, как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным [15]. Чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов и узкая направленность многих программ борьбы с заболеваниями препятствуют внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных лиц и семей, охватываемых этими программами, и не учитывают необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи [13]. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим и маргинализированным группам населения, нередко в высшей степени фрагментированы и в значительной степени не обеспечены ресурсами, причем помощь, предоставляемая на цели развития, нередко лишь усиливает эту фрагментацию [11]. Причины неравенства в уровне здоровья очень часто кроются в социальных условиях, не зависящих непосредственно от системы здравоохранения.

Выделяемые системами здравоохранения ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, и при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики, которая может путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни [10]. Оптимальные результаты по предотвращению потерь населения, в том числе, от болезней системы кровообращения возможны при эффективной работе каждого уровня организации медицинской помощи (первичная, специали-

зированная, высокотехнологичная и комплекс своевременных этапных реабилитационных мероприятий) при координации оперативного межуровневого взаимодействия [9].

Список литературы

1. Богорубова Т.А. Социальные аспекты образа жизни и здоровья населения: автореф. дис. ... канд. соц. наук. – Саратов, 1994. – 20 с.
2. Власов В.В. Независимый доклад о доступности медицинской помощи для бедных и представителей других уязвимых групп в Российской Федерации / В.В. Власов, К.Д. Данишевский, Е.А. Корнышева, А.В. Саверский // Электрон. дан. Режим доступа URL: <http://www.rspor.ru/mods/news/docs/VlasovVV.pdf> (дата обращения 28.09.2015).
3. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1. – С. 1174-1177.
4. Национальные клинические рекомендации / под ред. Р.Г. Оганова. СПб.: 2-е изд. М.: СилицияПолиграф, 2009. – 528 с.
5. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Актуальные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – № 1. – С. 3-8.
6. Сазанова Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 144-146.
7. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. ВОЗ, 1998. – 43 с.
8. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения России // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126-137.
9. Цыцорина И.А. Влияние системы охраны здоровья населения на уровень и причины смертности / И.А. Цыцорина, Е.А. Финченко, Д.А. Хоптян, О.Б. Левин // Сб. науч. тр. Всероссийской научно-практической конференции 30–31 мая 2006 г. М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2006. – С. 122-124.
10. Fries J. F Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services // New England Journal of Medicine. – 1993. – Vol. 329. – P. 321-325.
11. Hart T. The inverse care law // Lancet. – 1971. – № 1. – P.405-412.
12. Poverty, health and the human future. Address by Dr Jim Yong Kim, World Bank Group President, to the Sixty-sixth World Health Assembly. Geneva, 21 May 2013 // Электрон. дан. Режим доступа URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149685/1/A66_DIV7-en.pdf?ua=1 (дата обращения 30.04.2015).
13. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective // HealthPolicy. – 2002. – Vol. 60. – P. 201-218.
14. The world health report 2008: primary health care now more than ever. – Geneva, World Health Organization, 2008.
15. World development report 2004: making services work for poor people. – Washington DC (The World Bank), 2003. – 351 p.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО ЗДОРОВЬЮ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Шмеркевич А.Б., Кром И.Л., Еругина М.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им.
В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов,
e-mail: irina.crom@yandex.ru;

Центр Медико-социологических исследований,
Саратов

По определению А.А. Новик, «качество жизни – это интегральная характеристика физического, социального и психологического