

УДК 614.1; 616-002.5

DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-14-28

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

И.В. Самородская¹, В.И. Перхов², А.А. Третьяков³,

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва,

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

³Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Введение. Вспышка новой коронавирусной инфекции поставила перед обществом уникальные, экономические и этические проблемы, поскольку она предъявила новые требования к социальным системам прежде всего – к системам здравоохранения, как на национальном, так и на глобальном уровне, в том числе по вопросам разграничения категорий «болезнь» и «здоровье». Вместе с тем, все еще отсутствуют единые и надежные подходы к оценке как личного, так и популяционного здоровья, позволяющие его улучшить, в том числе поощряя здоровое поведение. Отсутствие реальных данных о распространенности болезней среди населения, о числе больных людей, снижает эффективность управления отраслью, так как существенно затрудняет конкретизацию целей и задач, сужает возможности сокращения ненужных затрат на оказание медицинских услуг с сомнительной пользой.

Цель исследования. Изучение современных аспектов и проблем оценки индивидуального и общественного здоровья.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных авторов, материалы монографических исследований, в том числе размещенные в сети Интернет.

Результаты. Показатели общей и первичной заболеваемости в Российской Федерации отражают число случаев регистрации болезни (не больных людей), учтенных на основании обращаемости населения в государственные медицинские организации, а не количество больных людей в обществе. Существующий учет также не включает случаи, которые можно было бы выявить при проведении профилактических осмотров и случаи госпитализированной заболеваемости. В том числе по этой причине в России длительное время существует парадокс, при котором госпитализированная заболеваемость инфарктом миокарда выше общей заболеваемости.

Обсуждения. ВОЗ определила здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов». Для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным, в соответствии с которым здоровье человека является скорее исключением, чем правилом. Врач (и даже команда врачей нескольких специальностей) не сможет определить здоров человек или болен, так как медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучение методам оценки духовного и социального благополучия человека. Нечеткость границ между здоровьем и болезнью оказывает сильное влияние на поведение врачей, которые могут диагностировать ту или иную болезнь, но не могут определить здоров человек или болен в целом. В результате медицина стала развиваться в русле клиент-ориентированного подхода, который, несмотря на его

привлекательный социальный смысл, уделяет внимание лишь формальным характеристикам и желаниям пациента.

Выводы. Неопределённость границ между здоровьем и болезнью представляет собой серьезную нерешенную проблему, влияющую на взаимоотношения медицины и общества, является одной из причин роста расходов на медицинскую помощь в современном мире, ведет систему здравоохранения к потере своего базового назначения. Наиболее реалистичная оценка распространенности тех или иных болезней среди населения может быть дана на основе изучения результатов выборочных когортных исследований, а также персонифицированных регистров лиц, обратившихся за медицинской помощью

Ключевые слова: здоровье, болезнь, заболеваемость, общественное здоровье, личное здоровье, популяционное здоровье, общественное здравоохранение

MODERN PROBLEMS OF ASSESSMENT OF INDIVIDUAL AND PUBLIC HEALTH

I.V. Samorodskaya¹, V.I.Perhov², A.A. Tret'yakov³

¹Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine of the Russian Ministry of Health, Moscow

²Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow

³Moscow state University named after M. V. Lomonosov. Moscow

Introduction. The outbreak of a new coronavirusny infection put before society unique, economic and ethical problems as it imposed new requirements to social systems first of all – to health care systems, both on national, and at the global level, including concerning differentiation of categories "disease" and "health". At the same time, still there are no uniform and reliable approaches to assessment of both personal, and population health allowing to improve it, including encouraging healthy behavior. The lack of real data on prevalence of diseases among the population, about number of sick people, reduces effective management of the industry as significantly complicates a specification of the purposes and tasks, narrows possibilities of reduction of unnecessary costs of rendering medical services with doubtful usefulness.

Research objective. Studying of modern aspects and problems of assessment of individual and public health.

Materials and methods. The content analysis methods, information and analytical materials of the Russian and foreign authors, materials of monographic researches including placed on the Internet are used.

Results. Indicators of the general and primary incidence reflect number of cases of registration of a disease (not sick people) considered on the basis of negotiability of the population to the state medical organizations, but not the number of sick people in society in the Russian Federation. The existing accounting also does not include cases which could be revealed when performing routine inspections and cases of the hospitalized incidence. Including for this reason in Russia the long time exists a paradox at which the hospitalized incidence of a myocardial infarction is higher than the general incidence.

Discussions. WHO defined health as "a condition of full physical, spiritual and social wellbeing, and not just absence of a disease or other defects". For the practical doctor such definition of WHO is abstract according to which the human health is rather an exception, than the rule. The doctor (and

even the team of doctors of several specialties) will not be able to define the person is healthy or is sick as medical education provides training in methods and skills of recognition of diseases, to methods of their treatment, but does not provide training in methods of assessment of spiritual and social wellbeing of the person. The illegibility of borders between health and a disease has a strong impact on behavior of doctors who can diagnose this or that disease, but cannot define the person is healthy or is sick in general. As a result the medicine began to develop in the course the client - the focused approach which, despite its attractive social sense, pays attention only to formal characteristics and desires of the patient.

Conclusions. Uncertainty of borders between health and a disease represents the serious unresolved problem influencing relationship of medicine and society, is one of the reasons of growth of expenses on medical care in the modern world, leads a health care system to loss of the basic appointment. The most realistic assessment of prevalence of these or those diseases among the population can be given on the basis of studying of results of selective cohort researches and also the personified registers of the persons who asked for medical care

Keywords: health, disease, incidence, public health, personal health, population health, public health care

Введение. Вспышка новой коронавирусной инфекции поставила перед обществом уникальные, экономические и этические проблемы, поскольку она предъявила новые требования к социальным системам прежде всего – к системам здравоохранения, как на национальном, так и на глобальном уровне, в том числе по вопросам разграничения категорий «болезнь» и «здоровье». Вместе с тем, в общественном здравоохранении все еще отсутствуют единые и надежные подходы к оценке как личного, так и популяционного здоровья, позволяющие его улучшить, в том числе поощряя здоровое поведение. Отсутствие реальных данных о распространенности болезней среди населения, о числе больных людей, снижает эффективность управления отраслью, так как существенно затрудняет конкретизацию целей и задач, сужает возможности сокращения ненужных затрат.

Цель исследования. Изучение современных аспектов и проблем оценки индивидуального и общественного здоровья.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных авторов, материалы монографических исследований, в том числе размещенные в сети Интернет.

Результаты. Несмотря на огромный прогресс в развитии медицинских технологий, процесс разграничения здоровья и болезни, нормы и патологии до сих пор остается одним из самых сложных и спорных вопросов в практической работе врача, следовательно, и для оценки состояния общественного здоровья в целом. Вокруг терминов здоровья и болезнь (в том числе критериев конкретных болезней) продолжают споры и научные дискуссии, которые

отражают не только медицинские и социально-культурные категории. До сих пор в общественном здравоохранении все еще отсутствуют единые и надежные подходы к оценке индивидуального и популяционного здоровья, позволяющие его улучшить, в том числе поощряя здоровое поведение. В том числе по этой причине приоритеты государственной социальной политики по улучшению здоровья населения подменяются развитием системы оказания медицинской помощи, которая влияет на здоровье в момент, когда оно уже потеряно. Отсутствие реальных данных о распространенности болезней среди населения порождает трудности в вопросах определения общественно необходимых затрат для лечения людей, а также в вопросах оценки эффективности их использования.

В 1946 г. Устав ВОЗ определил здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов» [1] В 1977 г. ВОЗ несколько скорректировала понятие здоровье, дополнив определение термином «социальная и экономическая продуктивность индивида», и поставила задачу «достижения к 2000 г. такого состояния здоровья населения всего мира, при котором все народы смогут вести продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь» [2].

Другого определения понятия «здоровье», так же, как и понятие «болезнь» ВОЗ до настоящего времени не представила.

Для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным понятием, в соответствии с которым здоровье человека является скорее исключением, чем правилом. Кроме того, на основании такого понятийного аппарата врач (и даже команда врачей нескольких специальностей) не сможет определить здоров человек или болен, так как медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучение методам оценки духовного и социального благополучия человека. Следовательно, определить здоров ли человек может быть только мультидисциплинарная команда специалистов в составе не только врачей нескольких специальностей, но и психологов (личностных и социальных), социологов, и возможно, еще ряда других специалистов.

Более 20 лет назад специалисты в области доказательной медицины предложили использовать три критерия для разграничения нормы и патологии, не применяя термин здоровье [3].

Первый критерий - состояние должно быть необычным. Второй - состояние должно проявляться болезнью или изменением самочувствия пациента. Третий – состояние должно улучшаться при лечении. Это определение не лишено недостатков.

Далеко не все состояния, которые сегодня считаются болезнью, являются редкими или необычными (например, атеросклероз, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет и т.д.). Ряд патологических, с точки зрения современной медицины, состояний выявляются случайно, то есть не все пациенты, у которых выявляют такую патологию современными методами диагностики, ощущают их как болезнь на момент проведения исследования и в последующем (бессимптомные камни желчного пузыря, кисты различных органов, бессимптомные дегенеративные изменения костно-суставной системы, гемодинамически незначимые атеросклеротические поражения сосудистого артериального русла и так далее).

Кроме того, далеко не при всех болезнях на фоне лечения отмечается выздоровление или улучшение состояния пациента; в ряде случаев отмечается небольшое и непродолжительное улучшение состояния за счет облегчения симптомов. В достаточно большом числе случаев да применяя весь арсенал современных методов диагностики очень сложно провести четкую грань между болезнью и ее отсутствием, между нормой и патологией. Поэтому в части случаев выявленные изменения стали называть не болезнью, а фактором риска развития другого заболевания, осложнения, смерти. Например, синдром удлиненного интервала QT на ЭКГ - десятки лет человек может не знать о его существовании, но среди лиц с наличием такого синдрома повышен риск смерти и жизнеугрожающих аритмий.

Charles Gessert с соавт (2015) на основании мета-анализа 43 исследований, оценивающих понятие здоровье среди сельских жителей США, Австралии, Канада, пришли к выводу, что понятие «здоровье» у людей в значительной степени зависит от их личных убеждений, ценностей и знаний. При этом наиболее часто упоминаемыми и значимыми характеристиками были такие, как «способность работать, возможность поддерживать социальные контакты, функциональная независимость» [4].

В 1998 академик Ю.П. Лисицин сгруппировал существующие понятия о «болезни» и выделил следующие подходы [5].

Биологический подход. Болезнь – это поломка организма, нарушение адаптации, целостности организма.

Кибернетический (управленческий) подход. Болезнь – это нарушении механизма управления и регуляции функций организма, расстройство алгоритма жизнедеятельности.

Энергетический подход. Болезнь – это нарушение или неадекватное расходование энергетических ресурсов организма.

Социологический подход: болезнь – это нарушение свободы человеческой жизни, психологический или психосоматический срыв, нарушение условий, образа, стиля жизни.

В исследованиях отечественных авторов отмечается, что слово «болезнь» среди пациентов чаще всего сводилось к эмоциональному восприятию и характеризовалось словами «беда, катастрофа, трагедия, несчастье, немощность». В единичных случаях пациенты-мужчины характеризовали «болезнь» как «отклонение от нормальной работы организма» [5].

В отечественной практике с целью оценки заболеваемости населения традиционно используются термины: общая заболеваемость по обращаемости, первичная заболеваемость, накопленная заболеваемость, госпитализированная заболеваемость [7,8,9].

Общая заболеваемость (болезненность) – совокупность всех случаев заболеваний, как впервые выявленных, так и диагностированных в предыдущие годы, по поводу которых больные обратились за медицинской помощью в данном году.

Первичная (впервые выявленная или собственно заболеваемость) – совокупность новых заболеваний. К ним относятся все случаи острых заболеваний (независимо от кратности их возникновения в течение данного календарного года) и хронических, диагностированных впервые в жизни.

Накопленная заболеваемость – совокупность случаев заболеваний, зарегистрированных в течение последнего года длительного периода наблюдения (до 5-10 лет) и дополненных случаями хронических заболеваний, зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых могло и не быть обращений в данном году.

Госпитализированная заболеваемость - совокупность всех случаев заболеваний, как впервые выявленных, так и диагностированных в предыдущие годы, по поводу которых больные находились на стационарном лечении в данном году.

Истинная заболеваемость – обращаемость плюс заболеваемость по медицинским осмотрам минус не подтвердившиеся диагнозы на медицинских осмотрах.

Общим и ключевым моментом в перечисленных выше понятиях является то, что наличие болезни устанавливается врачом на основании клинического суждения (включая анализ лабораторных и инструментальных методов исследования), в то время как для большинства случаев болезни нет четко определенных (жестких) критериев, при наличии которых устанавливается или отвергается диагноз.

Даже, если симптомы свидетельствуют о необходимости проведения дифференциального диагноза с несколькими заболеваниями, на момент обращения за медицинской помощью устанавливается наиболее вероятный диагноз, который и попадает в статистику заболеваемости. При этом важно отметить, что в отсутствии персонифицированных регистров изменение диагноза отследить невозможно.

Кроме того, для статистического учета первичной и общей заболеваемости популяции используется понятие «случай обращения (посещения)» без привязки к конкретному пациенту. То есть, если в отчетах о заболеваемости зарегистрировано 10 случаев обращения по поводу 10 заболеваний, остается неизвестным все эти заболевания зарегистрированы у 10 разных людей или у одного пациента имеется 4 заболевания, у трех по 2 заболевания, а у остальных шести ни одного.

Все это существенно затрудняет реалистичную оценку состояния здоровья людей на популяционном уровне.

Отечественные термины не идентичны используемым за рубежом терминам «prevalence» (распространенность) и «incidence» (заболеваемость) [10]. Основная причина – разные подходы к оценке, казалось бы, одного и того же явления.

Prevalence (распространенность) – это доля пациентов, имеющих изучаемое заболевание (осложнение, симптом) в данный момент времени (или период времени – например, в течение 1 года). Распространенность рассчитывается при условии наличия информации об изучаемом явлении среди всего населения. То есть необходимо провести тотальный одномоментный осмотр населения всего города, региона, страны на предмет выявления одного или нескольких заболеваний. Однако, в медицине такой информации нет.

Поэтому термин «*prevalence*» применяется для оценки распространенности болезни в популяционных эпидемиологических исследованиях и отражает все случаи заболеваний (состояний), выявленные при обследовании репрезентативной выборки населения (популяции) на основании определенных критериев болезни, установленных именно для данного исследования. Методики оценки «*prevalence*» (распространенности) могут варьировать – это может быть однократное эпидемиологическое обследование, а может быть регистр (база данных на определенную популяцию).

Аналогичным образом отличаются понятия «первичная заболеваемость» и «*Incidence*» (заболеваемость). «*Incidence*» - частота количества новых случаев заболевания, которые возникают в обследованной популяции (не прикрепленное к поликлинике население) в течение

заданного периода. При расчете «*Incidence*» в качестве числителя используются новые зарегистрированные случаи болезни в течение определенного времени; в качестве знаменателя - число прошедших обследование людей без данного заболевания на момент первичного обследования.

Кроме того, как стало ясно из исследований данные подходы не работают при оценке эпидемических и пандемических процессов [11,12]

Регистрация случаев заболеваний и частота регистрации в клинической практике в значительной степени зависит от: а) личного мнения врача, к которому пациент обратился за медицинской помощью, б) наличия или отсутствия возможности проведения адекватных заболеванию диагностических тестов, в) способа компенсации оплаты за случай болезни, г) изменений в классификации болезней, д) организации программ скрининга и профилактических осмотров.

Следует отметить, что показатели общей заболеваемости и первичной заболеваемости в Российской Федерации отражают число случаев регистрации болезни (не больных людей), учтенных на основании обращаемости населения в государственные медицинские организации.

Случаи обращения в частные медицинские организации в действующие формы федерального статистического наблюдения не попадают, за исключением формы № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (с 2014 года – «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»), утвержденной приказами Росстата от 29 июля 2009 г. № 154, от 15 мая 2014 г. N 308, от 30.12.2015 № 672, от 02.11.2018 № 658, от 29 сентября 2017 г. № 646, от 24 августа 2016 г. № 445, от 26 ноября 2019 г. № 701. Данная форма составляется медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - Программа).

Еще одна особенность показателя «общая заболеваемость по обращаемости» - учет не включает случаи, которые можно было бы выявить при проведении профилактических осмотров всего населения и случаи госпитализированной заболеваемости (поэтому в России длительное время существует парадокс, при котором госпитальная заболеваемость инфарктом миокарда выше общей заболеваемости), но включает случаи, нуждающиеся в уточненной диагностике.

Методика оценки «prevalence» и «incidence» отличается от методики оценки общей и первичной заболеваемости - методы выявления заболеваний в таких исследованиях зависят от цели выполнения исследования, желаемой точности оценки и ресурсов системы здравоохранения, а также того, насколько все исследователи (врачи) будут руководствоваться едиными критериями установления болезни (а не собственными понятиями о наличии того или иного заболевания у конкретного лица). Критерии случая болезни могут быть «жесткими» и «мягкими». Ориентируясь только на «жесткие» критерии болезни, можно пропустить больных с начальными или атипичными проявлениями болезни. Используя более «мягкие» критерии, есть вероятность того, что лица, не имеющие данного заболевания, будут учтены, как «случай болезни».

Влияние критериев на оценку распространенности болезни можно рассмотреть в следующих 2 примерах.

Пример 1 – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Результаты изучения распространенности ХОБЛ в одной и той же выборке пациентов при использовании разных диагностических критериев оказались разные. При использовании диагностических критериев Американского торакального общества (ATS) распространенность ХОБЛ составила 5,4%, Британского торакального общества (BTS) – 3,5%, Европейского торакального общества (ERS) - 5,5%; Глобального общества по вопросам лечения хронической обструктивной болезни легких (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) – 5,4% [13].

Пример 2 - инфаркт миокарда (ИМ). Несмотря на существующие на сегодня уже 4-ое универсальное определение ИМ, на практике часть случаев попадает «в серую зону», когда с уверенностью невозможно сказать перенес ли пациент ИМ (и какого типа ИМ) или повреждение миокарда [14].

Обсуждение. Еще в 2003 г. для эпидемиологических исследований по оценке заболеваемости и распространенности ИМ было предложено применять подход, основанный на нескольких градациях вероятности события (определенный ИМ, возможный ИМ, вероятный ИМ, отсутствие ИМ) [15]. Стоит отметить, отметить, что прошло уже 17 лет, но данный документ не пересматривался.

Несмотря на то, что учет степени вероятности, дает более объективную картину о состоянии пациента, вероятностный подход не слишком удобен для оценки состояния общественного здоровья. И до недавнего времени отличительной особенностью оценки заболеваемости и распространенности болезней было отсутствие учета «промежуточных» состояний (то есть состояний, которые на момент обследования нельзя с уверенностью отнести

к патологии). В настоящее время «промежуточные» состояния описывают как «наличие факторов риска развития определенной патологии» и эти состояния (например, курение, потребление избыточного количества сахара, соли и тд) также включают в исследования по оценке распространенности [16].

На оценку распространенности болезней влияют и другие факторы. Например, особенности популяции (выборки, репрезентативно представляющей популяцию), критерии диагностики случая заболевания, принципы проведения исследования влияют на различия в оценках распространенности заболеваний.

Учитывая неопределённость границ между здоровьем и болезнью, врач (любой специальности) может диагностировать с определенной долей вероятности ту или иную болезнь, но не может определить здоров человек или болен в целом. В результате медицина стала развиваться в русле клиент-ориентированного подхода, который, несмотря на его привлекательный социальный смысл, уделяет внимание лишь формальным характеристикам и желаниям пациента.

Прямая зависимость благосостояния врача от объема оказанных им услуг способствует более эгоистичному образу действий, отсутствию у врачей ориентации на коллектив [17]. Отсутствие данных о реальном состоянии здоровья людей приводит к невозможности эффективного управления общественным здравоохранением, так как исключает важнейший элемент управления - постановку целей. Нельзя запланировать изменение того, что не изучено и не измерено.

Отсутствие данных о реальном состоянии здоровья людей приводит к несправедливому распределению денежных ресурсов казны, предназначенных для обеспечения потребностей людей в медицинской помощи. В частности, в России в настоящее время бесплатное оказание медицинской помощи планируется по Программе государственных гарантий - социальная программа, которая в среднем предоставляет на каждого жителя страны, некоторый среднegrupповой норматив финансирования в рублях и норматив объемов медицинской помощи в единицах измерения её объема на одного человека (подушевой норматив). Так как подушевой норматив является средним, он не учитывает ни социальных, ни биологических параметров членов популяции, проживающих на определённой территории. Однако, вряд ли можно согласиться с тем, чтобы на каждого жителя некоторой территории выделялась одинаковая сумма на гарантированное обществом бесплатное лечение независимо от того, каков возраст жителя, какая у него болезнь и каково его состояние здоровья, ведь общеизвестно, что затраты на лечение страдающего от

хронического заболевания шестидесятипятилетнего жителя в среднем превышают затраты на лечение острого заболевания у здорового восемнадцатилетнего.

Выводы

1. Неопределённость границ между здоровьем и болезнью представляет собой серьезную нерешенную проблему, влияющую на взаимоотношения медицины и общества, является одной из причин роста расходов на медицинскую помощь в современном мире, ведет систему здравоохранения к потере своего базового назначения. Учитывая относительную природу потребности в медицинской помощи и очень гибкую природу медицинской профессии, современный врач потенциально способен к безграничному расширению своей практики и может охватить всю человеческую жизнь.

2. Наиболее реалистичная оценка распространенности тех или иных болезней среди населения может быть дана на основе изучения результатов выборочных когортных исследований, а также персонифицированных регистров лиц, обратившихся за медицинской помощью (возможно, МКБ-11). Такой подход позволяет не только оценить распространенность болезней в популяции, в том числе коморбидной патологии, но и составить представление о количестве больных людей в обществе.

Список литературы

1. Официальный сайт ВОЗ. Конституция ВОЗ. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (дата обращения: 17.03.2021)
2. The third ten years of the World Health Organization: 1968–1978. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 156366 6 https://www.who.int/global_health_histories/who-3rd10years.pdf
3. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. М., Медиа Сфера. 1998. - 352 с
4. Gessert, C., Waring, S., Bailey-Davis, L. et al. Rural definition of health: a systematic literature review. BMC Public Health 15, 378 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1658-9>
5. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.– 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010.
6. Бубнова М.Г., Холмогорова Г.Т., Худяков М.Б., Красницкий В.Б., Аронов Д.М. Как больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями понимают некоторые медицинские термины? Профилактическая медицина. 2016;19(2): 36-42

7. Полунина Н. В. . Общественное здоровье и здравоохранение Учебник. Москва : МИА. 2010. - 544 с
8. Хальфин Р. А., Огрызко Е. В., Какорина Е. П., Мадьянова В. В. Медицинская документация: учетные и отчетные формы. Методическое пособие. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2014. - 64 с.
9. Ступаков И. Н., Самородская И. В Доказательная медицина в практике руководителей всех уровней здравоохранения. М. МЦФЭР. 2006. – 448 с.
10. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. М., Медиа Сфера, 1998. - 352 с
11. Dimple D Rajgor, Meng Har Lee, Sophia Archuleta, Natasha Bagdasarian, Swee Chye Quek The many estimates of the COVID-19 case fatality rate. 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30244-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30244-9)
12. Marc Lipsitch, Christl A. Donnelly, 3 Christophe Fraser, 3 Isobel M. Blake, 3 Anne Cori, 3 Ilaria Dorigatti, 3 Neil M. Ferguson, 3 Tini Garske, 3 Harriet L. Mills, 3 Steven Riley, 3 Maria D. Van Kerkhove, 3 , 4 and Miguel A. Hernán Potential Biases in Estimating Absolute and Relative Case-Fatality Risks during Outbreaks PLoS Negl Trop Dis. 2015 Jul; 9(7): e0003846.. doi: 10.1371/journal.pntd.0003846
13. Wilson D, Adams R, Appleton S, Ruffin R. Difficulties identifying and targeting COPD and population-attributable risk of smoking for COPD: a population study. Chest. 2005;128(4):2035-2042. doi:10.1378/chest.128.4.2035
14. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction. Glob Heart. 2018 Dec;13(4):305-338. doi: 10.1016/j.gheart.2018.08.004.
15. Luepker R. V. et al. Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Statistics Committee; World Heart Federation Council on Epidemiology and Prevention; the European Society of Cardiology Working Group on Epidemiology and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention; and the National Heart, Lung, and Blood Institute //Circulation. – 2003. – Т. 108. – №. 20. – С. 2543-2549.

16. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования Профилактическая медицина. 2013.-N 6.- С.25-34. Epidemiology of cardiovascular diseases in different regions of Russia (ESSE-RF). The rationale for and design of the study. Profil-akticheskaja medicina. 2013; 6: 25–34.

17. Hartzband P. and Groopman J. Money and the Changing Culture of Medicine// The New England Journal of Medicine. 2009. V. 360. P. 101-103.

References

1. Oficial'nyj sajt VOZ. Konstituciya VOZ. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (data obrashchenie: 17.03.20121) (In Russian)

2. The third ten years of the World Health Organization: 1968–1978. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 156366 6 https://www.who.int/global_health_histories/who-3rd10years.pdf

3. Fletcher R., Fletcher S., Vagner E. Klinicheskaya epidemiologiya: Osnovy dokazatel'noj mediciny. M., Media Sfera. 1998. - 352 s (In Russian)

4. Gessert, C., Waring, S., Bailey-Davis, L. et al. Rural definition of health: a systematic literature review. BMC Public Health 15, 378 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1658-9>

5. Lisicin YU.P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: uchebnik.– 2-e izd. – M.: GEOTAR-Media. 2010. (In Russian)

6. Bubnova M.G., Holmogorova G.T., Hudyakov M.B., Krasnickij V.B., Aronov D.M. Kak bol'nye s serdechno-sosudistymi zabolovanijami ponimayut nekotorye medicinskie terminy? Profilakticheskaya medicina. 2016;19(2): 36-42 (In Russian)

7. Polunina N. V . Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie Uchebnik. Moskva : MIA. 2010. - 544 s (In Russian)

8. Hal'fin R. A., Ogryzko E. V., Kakorina E. P., Mad'yanova V. V. Medicinskaya dokumentaciya: uchetnye i otchetnye formy. Metodicheskoe posobie. Moskva. GEOTAR-Media. 2014. - 64 s. (In Russian)

9. Stupakov I. N., Samorodskaya I. V Dokazatel'naya medicina v praktike rukovoditelej vsekh urovnej zdavoohraneniya. M. MCFER. 2006. – 448 s. (In Russian)

10. Fletcher R., Fletcher S., Vagner E. Klinicheskaya epidemiologiya: Osnovy dokazatel'noj mediciny. M., Media Sfera, 1998. - 352 s

11. Dimple D Rajgor, Meng Har Lee, Sophia Archuleta, Natasha Bagdasarian, Swee Chye Quek
The many estimates of the COVID-19 case fatality rate. 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30244-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30244-9)
12. Marc Lipsitch, Christl A. Donnelly, 3 Christophe Fraser, 3 Isobel M. Blake, 3 Anne Cori, 3 Ilaria Dorigatti, 3 Neil M. Ferguson, 3 Tini Garske, 3 Harriet L. Mills, 3 Steven Riley, 3 Maria D. Van Kerkhove, 3 , 4 and Miguel A. Hernán Potential Biases in Estimating Absolute and Relative Case-Fatality Risks during Outbreaks PLoS Negl Trop Dis. 2015 Jul; 9(7): e0003846.. doi: 10.1371/journal.pntd.0003846
13. Wilson D, Adams R, Appleton S, Ruffin R. Difficulties identifying and targeting COPD and population-attributable risk of smoking for COPD: a population study. Chest. 2005;128(4):2035-2042. doi:10.1378/chest.128.4.2035
14. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction. Glob Heart. 2018 Dec;13(4):305-338. doi: 10.1016/j.gheart.2018.08.004.
15. Luepker R. V. et al. Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Statistics Committee; World Heart Federation Council on Epidemiology and Prevention; the European Society of Cardiology Working Group on Epidemiology and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention; and the National Heart, Lung, and Blood Institute //Circulation. – 2003. – Т. 108. – №. 20. – S. 2543-2549.
16. Epidemiologiya serdechno-sosudistykh zabolevanij v razlichnyh regionah Rossii (ESSE-RF). Obosnovanie i dizajn issledovaniya Profilakticheskaya medicina. 2013.-N 6.-S.25-34. Epidemiology of cardiovascular diseases in different regions of Russia (ESSE-RF). The rationale for and design of the study. Profil-akticheskaja medicina. 2013; 6: 25–34. (In Russian)
17. Hartzband P. and Groopman J. Money and the Changing Culture of Medicine// The New England Journal of Medicine. 2009. V. 360. P. 101-103.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Самородская Ирина Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Петроверигский пер., 10

E-mail: samor2000@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9320-1503

Перхов Владимир Иванович - доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

e-mail: perkhov@mednet.ru, ORCID 0000-0002-4134-3371

Третьяков Андрей Александрович - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Ломоносовский проспект, 27, корп.10

e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Information about authors

Samorodskaya Irina - doctor of medical sciences, professor, the chief researcher of Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine of the Russian Ministry of Health, Moscow, Petroverigsky Lane, 10, E-mail: samor2000@yandex.ru
ORCID 0000-0001-9320-1503

Perkhov Vladimir - doctor of medical sciences, the associate professor, the chief researcher of Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Dobrolyubov St., 11
e-mail: perkhov@mednet.ru, ORCID 0000-0002-4134-3371

Andrey Tretyakov - candidate of medical Sciences, senior researcher At the medical research and education center of Moscow state University named after M. V. Lomonosov. Moscow, Lomonosovsky Prospekt, 27, korp.10, e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Статья получена: 01.08.2021 г.
Принята к публикации: 28.09.2021 г.