

**Камынина Н. Н.<sup>1,2</sup>, Аликперова Н. В.<sup>1,3,4</sup>, Ярашева А. В.<sup>3</sup>, Панина Е. Д.<sup>1,3</sup>**

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ, НОВЫЕ РЕШЕНИЯ

<sup>1</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, Москва, Россия;

<sup>3</sup>Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 117218, Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, Москва, Россия

*Цель статьи* — изучение подходов к медицинскому и социальному сопровождению пациентов с хроническими заболеваниями в России и за рубежом для выявления возможных путей решения возникающих проблем в данной сфере развития современного здравоохранения. Рассмотрены причины коморбидности (полиморбидности), недостатки алгоритмов сопровождения пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями, модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями и приоритеты их использования. На основе анализа российских и зарубежных публикаций, а также систематизации мнений экспертов, опрошенных в ходе проведённой авторами научно-практической экспертной сессии (апрель 2022 г.), сделаны выводы о существующих проблемах и возможных способах их решения. Выдвинуто предложение по организации информационно-координационного центра по сопровождению пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями. Определены цель, задачи (и очерёдность их решения), структура центра, необходимость работы куратора, ведущего пациентов (и кто может выполнять обязанности куратора), возможности интеграции видов помощи (медицинской, социальной, психологической) пациентам, нуждающимся в сопровождении специалистов — представителей организаций самой разной направленности: медицинской, реабилитационной, социально-профилактической. Показано, что увеличение количества полиморбидных пациентов является серьёзной нагрузкой для современных систем здравоохранения во всём мире и требует поиска эффективных подходов к решению проблемы. Подчёркивается важность самосохранительного поведения пациентов и ответственности самого человека за приверженность лечению и профилактике заболеваний, а также ведению здорового образа жизни.

*Ключевые слова:* медицинская организация; хронические заболевания; медико-социальное сопровождение пациентов; причины коморбидности; полиморбидность; самосохранительное поведение

*Для цитирования:* Камынина Н. Н., Аликперова Н. В., Ярашева А. В., Панина Е. Д. Медико-социальное сопровождение хронических больных: старые проблемы, новые решения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(спецвыпуск):1016—1022. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1016-1022>

*Для корреспонденции:* Аликперова Наталья Валерьевна; e-mail: natalie\_danilina@mail.ru

**Kamyнина N. N.<sup>1,2</sup>, Alikperova N. V.<sup>1,3,4</sup>, Yarasheva A. V.<sup>3</sup>, Panina E. D.<sup>1,3</sup>**

## MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF CHRONIC PATIENTS: OLD PROBLEMS, NEW SOLUTIONS

<sup>1</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Peoples Friendship University of Russia, 117198, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Institute of Social and Economic Studies of Population of RCTAS of Russian Academy of Sciences, 117218, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>Financial University under the Government of the Russian Federation, 125993, Moscow, Russia

*The purpose of the article is to study approaches to medical and social support of patients with chronic diseases in Russia and abroad in order to identify possible ways to solve emerging problems in this area of modern healthcare development. The reasons of comorbidity (polymorbidity), disadvantages of algorithms for accompanying patients with two or more chronic diseases, models of management of patients with chronic diseases and priorities of their use are considered. Based on the analysis of Russian and foreign publications, as well as the systematization of the opinions of experts interviewed during the scientific and practical expert session conducted by the authors (April 2022), conclusions are drawn about existing problems and possible ways to solve them. A proposal has been put forward to organize an information and coordination center for the support of patients with two or more chronic diseases. The purpose, tasks (and the order of their solution), the structure of the center, the need for the work of a curator leading patients (and who can perform the duties of a curator), the possibilities of integrating types of care (medical, social, psychological) to patients who need to be accompanied by specialists-representatives of organizations of very different orientation: medical, rehabilitation, social and preventive. It is shown that the increase in the number of polymorbid patients is a serious burden for modern healthcare systems around the world, and requires the search for effective approaches to solving the problem. The importance of self-preserving behavior of patients and the responsibility of the person himself for adherence to the treatment and prevention of diseases, as well as maintaining a healthy lifestyle is emphasized.*

*Keywords:* medical organization; chronic diseases; medical and social support of patients; causes of comorbidity; polymorbidity; self-preservation behavior

*For citation:* Kamyнина N. N., Alikperova N. V., Yarasheva A. V., Panina E. D. Medical and social support of chronic patients: old problems, new solutions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(Special Issue):1016–1022 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1016-1022>

*For correspondence:* Natalia V. Alikperova; e-mail: natalie\_danilina@mail.ru

*Source of funding.* The research had no sponsor support.

*Conflict of interests.* The authors declare absence of conflict of interests.

## Введение

«Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» требует поиска подходов к решению таких важных задач, как формирование условий для увеличения доступности и качества медицинской помощи и профилактики заболеваний. Реализация Стратегии позволит обеспечить «рост ожидаемой продолжительности жизни россиян при рождении, а также количества лет активной трудовой жизни, сокращения периодов временной нетрудоспособности и улучшение качества жизни за счёт уменьшения общего уровня заболеваемости»<sup>70</sup>. Среди задач Стратегии особое место занимает управление наиболее значимыми хроническими заболеваниями (модели ведения хронических пациентов, реализацию индивидуальных планов ведения граждан с хроническими заболеваниями и создание школ для пациентов).

Увеличению ожидаемой продолжительности жизни препятствует коморбидность и/или полиморбидность [1] — наличие двух и более хронических заболеваний, показатели которых во всём мире демонстрируют рост [2]. Сегодня остро встаёт вопрос о трансформации подходов к ведению коморбидных пациентов, выявлению диагноза(ов) и назначению комплексного лечения, установлению тесной связи между разными врачами-специалистами в оказании комплексной помощи, социальному сопровождению и приверженности самих пациентов лечению.

В поле зрения исследователей — как врачей-практиков, так и научных сотрудников — лежат вопросы причин возникновения коморбидности [3], особенности одновременного протекания двух и более заболеваний у пациентов пожилого возраста [4], специфики сочетания различных нозологий и возможности организации безопасного лечения [5]. Настоящую сложность при принятии решений о подборе алгоритмов лечения, реабилитации и последующего наблюдения представляет полиморбидность [6]. Особенно это касается недостаточности обследования и, в этой связи, принятия врачами неверных решений [7]. Систематизация факторов риска коморбидности изучается на примере отдельных, в том числе профессиональных групп пациентов [8].

Отдельное внимание уделяется вопросу привлечения социальных работников к решению задач и проблеме отсутствия у них необходимых компетенций и прав, не позволяющих оказывать медико-социальную помощь в достаточном объёме. Между тем обеспечение тесного взаимодействия между медицинскими и социальными работниками может помочь передать последним ряд функций младшего и среднего медицинского персонала (например, осмотр, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления и др.) [9]. В научной

литературе рассматриваются и вопросы обучения и самообразования пациентов [10], а также их мотивирования к самосохранительному поведению [11] как важных условий для предупреждения обострений имеющихся заболеваний и профилактики в целом.

## Материалы и методы

В качестве методов исследования применялся анализ результатов научных российских и зарубежных разработок в сфере, касающейся проблем сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями. Кроме того, систематизированы мнения экспертов, опрошенных в ходе экспертного семинара с международным участием на тему «Кадровые аспекты организации сопровождения (курирования) пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями» (2022 г.), организованного совместно Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы и ИСЭПН ФНИСЦ РАН. Экспертами по рассматриваемой теме выступили руководители медицинских организаций, представители медицинских вузов и научных организаций из Москвы, других российских регионов, а также учёные и практикующие специалисты из Армении и Узбекистана.

## Результаты и обсуждение

В зарубежной научной литературе коморбидность относят к одному из самых больших вызовов современного развития системы здравоохранения [12]. Наличие множественного «набора» заболеваний может способствовать возникновению тяжёлых состояний: чем более сложное переплетение диагнозов у человека, тем выше вероятность возникновения функциональных ограничений и ухудшения качества жизни [13].

В Германии, как подчёркивается в немецкоязычных источниках, уход за пациентами с хроническими заболеваниями представляет серьёзную нагрузку на систему здравоохранения и предъявляет особые требования как к практикующим врачам, так и к самим пациентам и их ближайшему окружению. Наличие хронического заболевания требует не только физической и психологической, но и социальной адаптации больных и их родственников [14].

В немецкой системе здравоохранения в вопросе ведения пациентов с хроническими заболеваниями сформировались два близких вектора:

1) целенаправленное обучение пациентов для повышения их самостоятельности, более уверенной и грамотной самодиагностики;

2) проведение с пациентами регулярных бесед, для того чтобы врач мог ориентироваться на ощущения уже подготовленного к самонаблюдению человека [15].

В странах Латинской Америки тремя основными причинами смерти мужчин и женщин являются заболевания (и их частое сочетание) сердца, сахарный диабет и злокачественные опухоли [16]. В этой свя-

<sup>70</sup> Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

зи особое внимание уделяется необходимости пропаганды среди пациентов самосохранительного поведения, которое рассматривается как комплекс действий, предпринимаемых человеком для поддержания своего здоровья. Хронические заболевания могут вызывать нарушение психического состояния и социального развития не только самого пациента, но и членов его семьи, а к проблемам со здоровьем прибавляются социальные, экономические и семейно-бытовые трудности [17].

В США и Великобритании для преодоления последствий (как бы парадоксально это ни звучало) увеличения продолжительности жизни в виде «приращения» всё новых хронических заболеваний, до которых ранее человек просто не доживал, учёным приходится искать новые подходы к решению проблемы полиморбидности. Один из выходов — переход к формированию и внедрению экологической модели культуры здоровья. Такая концепция подразумевает активную деятельность населения, в рамках которой граждане имеют возможность делать выбор в пользу здорового образа жизни [18].

Английские учёные публикуют исследования, посвящённые классификации мультиморбидности, отражающей общее состояние здоровья отдельного пациента, при этом изучение направлено в первую очередь на пожилых людей, чаще всего попадающих в сложные ситуации одновременного течения двух и более хронических заболеваний [19].

Проблемы, связанные с коморбидностью, и необходимость поиска эффективных ответов в данной сфере характерны и для системы здравоохранения Австралии [20]. Большое внимание уделяется учёту индивидуальных особенностей пациентов, конкретному этапу их лечения, поддержке в обучении и психологической помощи.

В первую очередь, по мнению российских специалистов, необходим учёт причин возникновения и развития осложнений коморбидности у пациентов. Так, с точки зрения функционирования системы здравоохранения, можно выделить следующие причины.

1. Сложность медицинских услуг, одновременно оказываемых коморбидным пациентам, что повышает риск медицинской помощи ненадлежащего качества (пациентам зачастую приходится самим «разбираться» в советах врачей-специалистов разных направлений, а также пытаться прояснить для себя очерёдность (алгоритм) лечебных процедур. При этом чрезвычайно важен контроль совместимости лекарственных препаратов, который чаще всего не осуществляется на практике.

2. Наличие у большинства медицинских работников «узкопрофильного» профессионального образования; лишь немногие из них (даже среди врачей общей практики) имеют подготовку, выходящую за рамки их специализации. Узость профессионального мышления неизбежно усугубляется алгоритмами, протоколами, по большей части ориентированными только на лечение по одному установленному диагнозу.

3. Отсутствие возможности обеспечения медицинских работников стимулами, направленными на использование комплексной терапии. Врачи получают вознаграждение за оказание помощи при лечении отдельных недугов, при этом на взаимодействие с коллегами смежных (и не только) специальностей элементарно недостаточно времени.

Российские медицинские работники, как и их зарубежные коллеги, выражают приверженность к использованию двух наиболее эффективных на сегодняшний день моделей помощи пациентам с двумя и более хроническими заболеваниями.

1. Модель ухода за людьми, страдающими хроническими заболеваниями (The chronic care model — CCM), цель которой состоит в обеспечении взаимодействия между «информированным активным пациентом и подготовленной проактивной командой практиков». Это означает, что замотивированный пациент, имеющий необходимую информацию, обладающий определёнными умениями, доверяющий команде, принимает и управление им [21].

2. Модель ВОЗ «Инновационный подход к хроническим состояниям» (The WHO Innovative Care for Chronic Conditions — ICC) основывается на представлении о том, что позитивные результаты в управлении хроническими состояниями достигаются только тогда, когда подготовленные, информированные, замотивированные пациенты, их семьи, медицинские работники и организации работают вместе. Модель основана на принципах качества и гибкости системы профилактики, принятии решений на основе доказательной практики. Обе модели сфокусированы на информировании и мотивировании пациентов, семей и общественности к сотрудничеству с командой профессионалов [22].

Выбор того или иного подхода, несомненно, детерминирован условиями, в которых развивается национальное здравоохранение, приоритетами социальной и демографической политики, осуществляемой в стране, степенью доступности медицинских услуг для населения, вектором развития медицинского образования, обеспеченностью медицинских организаций высококвалифицированными кадрами. Но в любом случае базой для принятия управленческих решений должны быть потребности человека, который надеется на обеспечение правильной диагностики его заболевания(ий), применение эффективных современных методов лечения и профилактики, принятие во внимание одновременно всех особенностей его физического состояния.

#### *Основные направления решения проблемы*

На первоначальном этапе необходима разработка базового алгоритма сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями, включающего комплекс процедур, направленный на оказание полноценной помощи:

1) информационное сопровождение пациентов различного профиля (нозологий). Информационное сопровождение включает в себя деятельность,



Рис. 1. Информационно-координационный Центр медико-социальной помощи коморбидным (полиморбидным) пациентам.

ориентированную как на медицинский персонал, так и на пациентов;

2) наблюдение в поликлинике или диспансере по месту жительства для предотвращения прогрессии патологического процесса и развития обострений, снижения числа госпитализаций и осложнений, повышения качества и увеличения продолжительности жизни;

3) разработка лечащим врачом/врачами плана лечения и дорожной карты по применению назначенной терапии, включающей подробно расписанные сроки, условия и назначения приёма терапии, порядок и график очных посещений и др. (электронный вариант амбулаторной карты);

4) контроль за выполнением предназначенной терапии с помощью средств телемедицины, при котором устанавливаются сроки и периодичность «выхода на связь» врача и пациента;

5) взаимодействие с членами семьи: разработка специальных программ (в том числе оказание психологической помощи);

6) взаимодействие с внешними контрагентами (например, с социальными работниками), социально-гигиеническое просвещение (в периоды лечения и реабилитации), организация патронажа на дому, дистанционного консультирования;

7) создание и помощь в развитии пациентских организаций, нацеленных на психологическую поддержку, тиражирование здорового образа жизни, обучение самопомощи и помощи со стороны родственников, адаптацию инвалидов.

По мнению опрошенных в ходе научного семинара экспертов, крайне важна непрерывная работа с пациентами для формирования у них стойкой мотивации на изменение образа жизни и приверженности лечению. Часть такой работы, как показали на-

учные изыскания авторов статьи, могут выполнять отдельные медицинские сестры [23] и/или команды (группы) представителей среднего медицинского персонала, требования к компетенции которых должны содержать не только узко медицинские аспекты, но и педагогические, психологические, технические навыки [24]. Взаимоотношения медицинской сестры и пациента (как полноправного «участника команды»), «основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению удовлетворённости пациентов и улучшению состояния их здоровья, снижению риска осложнений» [25].

На основе анализа зарубежных и российских научных публикаций, а также изучения мнений экспертов — практикующих медицинских работников — нами предложена структурно-графическая схема функционирования информационно-координационного Центра, в обязанности сотрудников которого будет входить сопровождение пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями (рис. 1).

Предполагается создание подобного Центра на «виртуальной основе» как полноценной информационной базы данных, содержащей все необходимые сведения о пациентах, имеющих хронические заболевания. Среди задач такого центра — обеспечение быстрого доступа к актуальной информации для диагностики проблем в медицинском, социальном и психологическом срезе, а также своевременного принятия решений.

Для эффективного функционирования Центра необходима координация всех участников процесса сопровождения пациентов: руководителя Центра, кураторов, представителей медицинских, социальных и общественных организаций, НКО, пациентских организаций, волонтеров и др. (рис. 2).

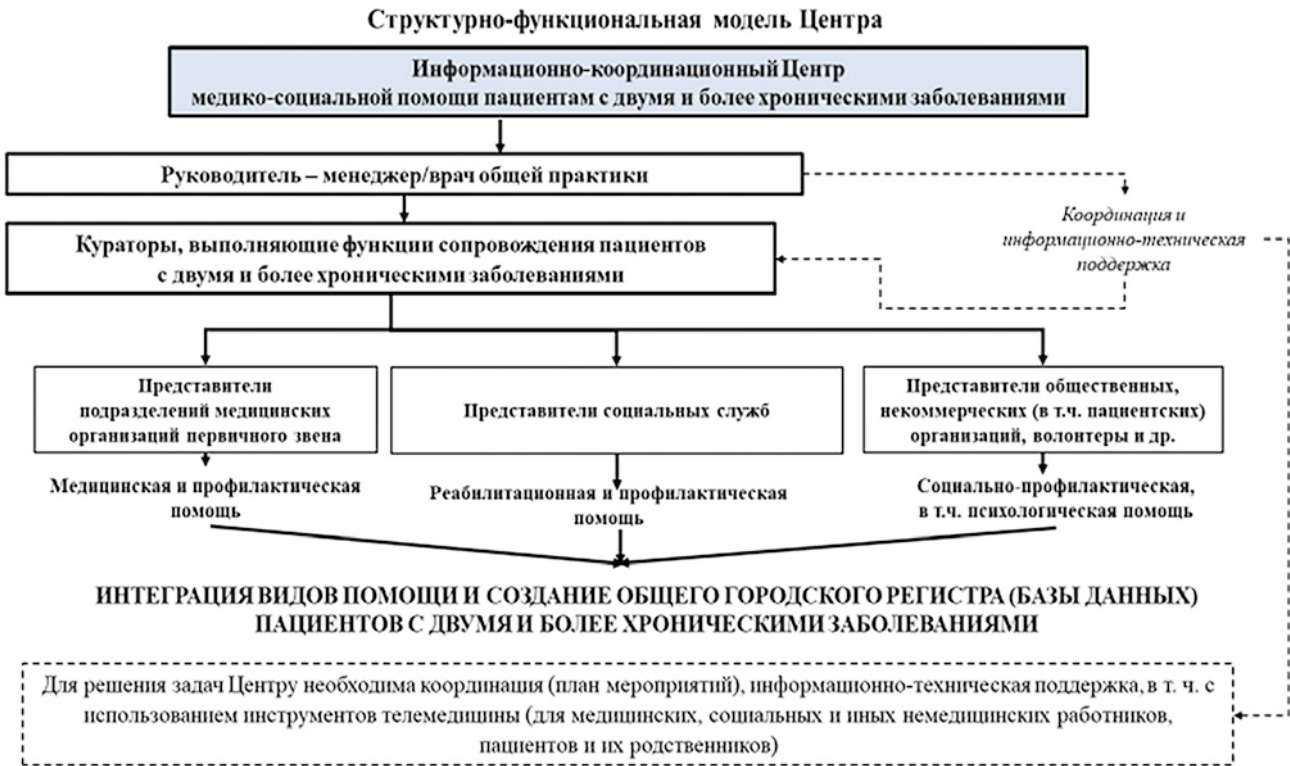


Рис. 2. Структурно-функциональная модель Центра.

Кураторами, выполняющими функции сопровождения, могут выступать не только медицинские сестры, но и социальные работники со специальной (психологической, юридической и т. д.) подготовкой, менеджеры и др. Таким образом, для выполнения части функций Центра можно привлекать к решению вопросов, связанных с сопровождением па-

циентов, сотрудников, не имеющих медицинского образования.

Упомянутые выше негативные факторы — медицинские, социальные, экологические, экономические — влияющие на возникновение полиморбидности, можно «смягчить» и повысить продолжительность здоровой (в том числе без инвалидности)

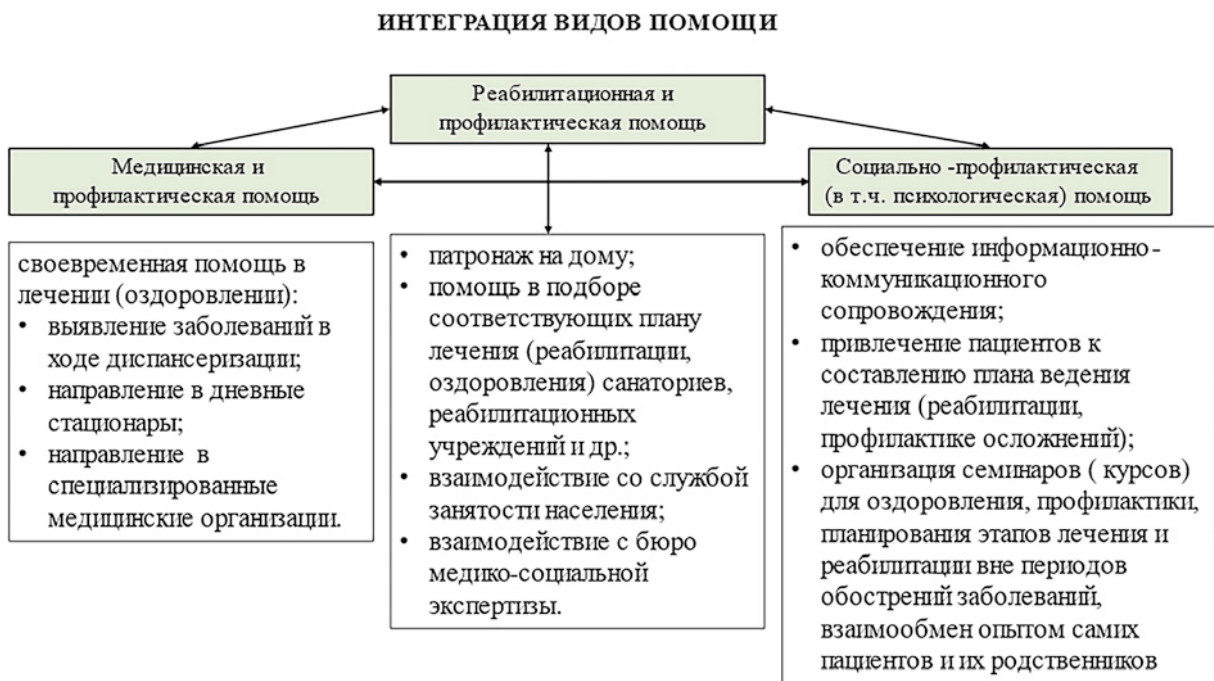


Рис. 3. Интеграция видов помощи полиморбидным пациентам в рамках функционирования информационно-координационного Центра.

жизни населения. Для достижения этого необходима интеграция всех видов помощи пациентам с двумя и более хроническими заболеваниями (рис. 3).

Своевременное оказание медицинской помощи, как и профилактика осложнений, выявление точных диагнозов (и их сочетаний), должно происходить параллельно (во взаимосвязи) с реабилитационной работой, а в случае лечения (мониторинга состояния) инвалидов — в тесном контакте со службами медико-социальной экспертизы и занятости. В связи с уже устоявшимся мнением о том, что пациент обязан быть активным союзником врача и медицинской сестры в процессе выздоровления, важную роль играет организация обучения (навыкам планирования этапов лечения) и психологической помощи не только пациентам, но и их родственникам, обмена опытом в рамках совместных семинаров (бесед, дистанционной коммуникации и др.).

### Заключение

Коморбидность, с учётом быстрого процесса старения населения, и дальше будет «бросать вызов» системе здравоохранения не только в России, но и во всём мире. Залог успешного сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями заключается в соблюдении ряда основополагающих принципов, благодаря которым можно значительно повысить качество жизни таких пациентов, а в ряде случаев предотвратить перерастание заболеваний в более сложные формы. Среди этих принципов: своевременность установки диагноза(ов), возможность оказания эффективной помощи как в стационаре, так и на дому, и/или с помощью методов телемедицины, непрерывность наблюдений (постоянного мониторинга), доступность квалифицированных врачей разных профилей/специализаций, коллегиально принимающих сложные решения. В борьбе с проблемой полиморбидности успех принесёт снижение поведенческих факторов риска каждого человека, воспитание ответственного отношения населения к своему здоровью, интеграция видов помощи пациентам, в том числе на основе создания предложенного информационно-координационного центра, в задачи которого и будет входить обеспечение эффективного медико-социального сопровождения пациентов.

**Источник финансирования.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Taylor A. W., Price K., Gill T. K. et al. Multimorbidity — not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study // BMC Public Health. 2010. Vol. 10. P. 718. DOI: 10.1186/1471-2458-10-718
2. Uijen A. A., van de Lisdonk E. H. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the past 20 years // Eur. J. Gen. Pract. 2008. Vol. 14, Suppl. 1. P. 28—32. DOI: 10.1080/13814780802436093
3. Гринюк В. В., Захаров В. В., Вахнина Н. В. Коморбидность хронического болевого синдрома и гипертонической болезни // Клиническая геронтология. 2019. Т. 25, № 7—8. С. 5—11. DOI: 10.26347/1607-2499201907-08005-011
4. Боголепова А. Н., Махнович Е. В., Журавлева А. Н. Коморбидность болезни Альцгеймера и геронтоофтальмологических заболеваний // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 9. С. 17—22.
5. Баев В. М., Вагапов Т. Ф., Шмелева С. А. Коморбидность артериальной гипертензии и хронических заболеваний вен у мужчин // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25, № 3. С. 27—32. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3258
6. Севостьянова Е. В., Николаев Ю. А., Митрофанов И. М., Поляков В. Я. Особенности полиморбидности у больных артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия. 2019. Т. 25, № 2. С. 200—208. DOI: 10.18705/1607-419X-2019-25-2-200-208
7. Кульмаметов Р. Р., Пименов А. А., Рахматуллоева Ш. Т., Новикова Н. В. Полиморбидность у пациентов нуждающихся в катарактальной хирургии // Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3, № 1. С. 35—36.
8. Воронин С. В. Факторы риска формирования полиморбидности у военнослужащих по результатам их медицинского освидетельствования // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. № 3. С. 61—67.
9. Королев М. А. Мнение социальных работников о путях совершенствования медико-социальной помощи населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 2. С. 259—263.
10. Чазова И. Е., Агеев Ф. Т., Фофанова Т. В. Обучение и самообразование пациента — важный шаг на пути повышения приверженности пациента к лечению // Системные гипертензии. 2014. № 3. С. 7—11.
11. Ростовская Т. К., Иванова А. Е., Князькова Е. А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России») // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 1. С. 66—75.
12. Starfield B., Lemke K. W., Herbert R. et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly // Ann. Fam. Med. 2005. Vol. 3, N 3. P. 215—222. DOI: 10.1370/afm.307
13. Vogeli C., Shields A. E., Lee T. A. et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs // J. Gen. Intern. Med. 2007. Vol. 22, Suppl. 3. P. 391—395. DOI: 10.1007/s11606-007-0322-1
14. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog — Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten // GGW. 2011. Vol. 11, Heft 4. S. 7—5.
15. Stolpe S., Kowall B., Scholz C. et al. High unawareness of chronic kidney disease in Germany // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021. Vol. 18, N 22. P. 11752.
16. Chávez L.J.L., Franco C. M.B.E., López L.G. et al. Capacidad de autocuidado y estrategias de afrontamiento en la persona con enfermedad crónica // XXV Verano de la Ciencia. 2019. Vol. 5. URL: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3191/2673> (дата обращения 14.05.2022).
17. Berra S., Tebè C., Esandi M. E., Carignano C. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population // Arch. Argent. Pediatr. 2013. Vol. 111. P. 29—35.
18. Tziraki-Segal C., De Luca V., Santana S. et al. Creating a culture of health in planning and implementing innovative strategies addressing non-communicable chronic diseases // Front. Sociol. 2019. Vol. 4. P. 9. DOI: 10.3389/fsoc.2019.00009
19. Kadam U. T., Croft P. R., North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice // Fam. Pract. 2007. Vol. 24, N 5. P. 412—419. DOI: 10.1093/fampra/cmm049
20. Britt H. C., Harrison C. M., Miller G. C., Knox S. A. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia // Med. J. Aust. 2008. Vol. 189, N 2. P. 72—77. DOI: 10.5694/j.1326—5377.2008.tb01919.x
21. Martin C. M., Peterson C. Improving chronic illness care. Revisiting the role of care planning // Aust. Fam. Physician. 2008. Vol. 37, N 3. P. 161—164.
22. Островская И. В. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов // Медицинская сестра. 2010. № 3. С. 4—10.
23. Александрова О. А., Ненахова Ю. С., Ярашева А. В. Трансформация российского здравоохранения: роль медицинских се-

- стёр // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № S2. С. 1251—1257.
24. Фирсова И. В., Михальченко Д. В., Скачкова О. Н. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность // Социология медицины. 2009. № 1. С. 20—22.
  25. Бирюкова Л. А. Приверженность к лечению больных к лечению ишемической болезнью сердца с болевой и без болевой формы // Сибирский медицинский журнал. 2008. Т. 79, № 4. С. 75—77.
- Поступила 22.03.2022  
Принята в печать 13.05.2022
- REFERENCES
1. Taylor A. W., Price K., Gill T. K. et al. Multimorbidity — not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*. 2010; 10: 718. DOI: 10.1186/1471-2458-10-718
  2. Uijen A. A., van de Lisdonk E. H. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the past 20 years. *Eur. J. Gen. Pract.* 2008; 14 (Suppl. 1): 28—32. DOI: 10.1080/13814780802436093
  3. Grinyuk V. V., Zaharov V. V., Vahnina N. V. Comorbidity of chronic pain syndrome and hypertension. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2019. Т. 25, № 7—8. С. 5—11. DOI: 10.26347/1607-2499201907-08005-011 (In Russ.)
  4. Bogolepova A. N., Mahnovich E. V., Zhuravleva A. N. Comorbidity of Alzheimer's disease and gerontophthalmic diseases. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*. 2019; 119(9): 17—22. (In Russ.)
  5. Baev V. M., Vagapov T. F., Shmeleva S. A. Comorbidity of arterial hypertension and chronic venous disease in men. *Rossiyskij kardiologicheskij zhurnal*. 2020; 25(3): 27—32. (In Russ.)
  6. Sevost'yanova E. V., Nikolaev Yu. A., Mitrofanov I. M., Polyakov V. Ya. Peculiarities of polymorbidity in patients with arterial hypertension. *Arterial'naya gipertenziya*. 2019; 25(2): 200—208. (In Russ.)
  7. Kul'mametov R. R., Pimenov A. A., Rahmatulloeva Sh. T., Novikova N. V. Polymorbidity in patients requiring cataract surgery. *Universitetskaya medicina Urala*. 2017; 3. (1): 35—36 (In Russ.)
  8. Voronin S. V. Risk Factors for Polymorbidity in Military Personnel Based on Medical Examinations. *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii*. 2020; (3): 61—67 (In Russ.)
  9. Korolev M. A. Opinion of social workers on ways to improve medical and social assistance to the population. *Problemy social'noy gigieny, zdavoohraneniya i istorii meditsiny*. 2022; 30(2): 259—263. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-259-263 (In Russ.)
  10. Chazova I. E., Ageev F. T., Fofanova T. V. Patient education and self-education — an important step in improving patient treatment adherence. *Sistemnye gipertenzii*. 2014; 3: 7—11. (In Russ.)
  11. Rostovskaya T. K., Ivanova A. E., Knyazkova E. A. Practices of self-preservation behavior of Russians (results of the All-Russian Sociological Study «Demographic well-being of Russia»). *Problemy social'noy gigieny, zdavoohraneniya i istorii meditsiny*. 2021; 29(1): 66—75. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75 (In Russ.)
  12. Starfield B., Lemke K. W., Herbert R. et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3(3): 215—222. DOI: 10.1370/afm.307
  13. Vogeli C., Shields A. E., Lee T. A. et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22(Suppl. 3): 391—395. DOI: 10.1007/s11606-007-0322-1
  14. Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog — Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. *GGW*. 2011; 11(Heft 4): 7—5.
  15. Stolpe S., Kowall B., Scholz C. et al. High Unawareness of Chronic Kidney Disease in Germany. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2021; 18(22): 11752.
  16. Chávez L.J.L., Franco C. M.B.E., López L.G. et al. Capacidad de autocuidado y estrategias de afrontamiento en la persona con enfermedad crónica. *XXV Verano de la Ciencia*. 2019; 5. URL: [https://www.academia.edu/72704266/ Capacidad\\_De\\_Autocuidado\\_y\\_Estrategias\\_De\\_Afrontamiento\\_en\\_La\\_Persona\\_Con\\_Enfermedad\\_Cronica](https://www.academia.edu/72704266/ Capacidad_De_Autocuidado_y_Estrategias_De_Afrontamiento_en_La_Persona_Con_Enfermedad_Cronica) (accessed 14.05.2022).
  17. Berra S., Tebè C., Esandi M. E., Carignano C. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population. *Arch. Argent. Pediatr.* 2013; 111: 29—35.
  18. Tziraki-Segal C., De Luca V., Santana S. et al. Creating a culture of health in planning and implementing innovative strategies addressing non-communicable chronic diseases. *Front. Sociol.* 2019; 4: 9. DOI: 10.3389/fsoc.2019.00009
  19. Kadam U. T., Croft P. R., North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *Fam. Pract.* 2007; 24(5): 412—419. DOI: 10.1093/fampra/cmm049
  20. Britt H. C., Harrison C. M., Miller G. C., Knox S. A. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. *Med. J. Aust.* 2008; 189(2): 72—77. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01919.x
  21. Martin C. M., Peterson C. Improving chronic illness care. Revisiting the role of care planning. *Aust. Fam. Physician*. 2008; 37(3): 161—164.
  22. Ostrovskaya I. V. The role of nurses in the prevention and management of chronic diseases. *Meditsinskaya sestra*. 2010; (3): 4—10. (In Russ.)
  23. Aleksandrova O. A., Nenahova Yu. S., Yarasheva A. V. Transformation of Russian health care: the role of nurses. *Problemy social'noy gigieny, zdavoohraneniya i istorii meditsiny*. 2021; 29(S2): 1251—1257. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-s2-1251-1257 (In Russ.)
  24. Firsova I. V., Mihalchenko D. V., Skachkova O. N. Doctor-patient relationship as a factor determining compliance. *Sociologiya meditsiny*. 2009; (1): 20—22 (In Russ.)
  25. Biryukova L. A. Adherence to treatment of patients with and without coronary heart disease. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; 79(4): 75—77. (In Russ.)