

¹Н.А.Балашкевич, ¹Л.Б.Дюсенова, ¹Б.А.Жетписбаев, ¹М.С.Казымов,
¹Л.М. Пивина, ²И.А. Избасарова
¹Государственный медицинский университет г. Семей,
²АО Медицинский университет Астана

ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

В статье анализируются причины, влияющие на проведение профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в контексте данных, полученных в процессе интервью с больными изучением приверженности выполнению врачебных рекомендаций, как важной составляющей превенции. Данная проблема сохраняет свою актуальность ввиду структурности причин, лежащих в ее основе, знание которых позволит реализовать профилактику доступными, эффективными в долгосрочной перспективе мерами.

Ключевые слова: профилактика, болезни системы кровообращения, приверженность лечению, факторы риска.

Введение. Развитие профилактической медицины, ориентированной на работу с факторами риска, является стратегически важной задачей в настоящее время. Увеличение продолжительности жизни населения, значимость доли хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в структуре общей смертности приводит к тому, что пересматриваются индикаторы качества работы медицинской службы. Интерес представляет не только продолжительность жизни, сохранение трудоспособности населения, но и качество жизни, удовлетворенность жизненным процессом [1,2]. Болезни системы кровообращения (БСК) занимают ведущее место среди причин смертности от ХНИЗ, инвалидизации в результате прогресса хронического заболевания или развития острого осложнения в виде инфаркта миокарда (ИМ) или мозгового инсульта (МИ), что становится бременем для бюджета семьи пациента и государства в целом [3]. Если рассматривать проблему в разрезе первичной, вторичной и третичной профилактики, то опыт ряда развитых стран демонстрирует наибольшую эффективность мер первичной профилактики. Что касается реализации мер кардиоваскулярной превенции на территории стран СНГ, Казахстана в частности, то основная роль отводится вторичной и третичной профилактике [4]. Причина развития такой ситуации может иметь связь со многими условными аспектами на персональном (сила привычки, особенности воспитания в семье, неприятие нового, ригидность стиля жизни), популяционном (наследие культуры и традиций), государственном уровне (социально-экономические, политические предпосылки) [5, 6]. Отдельным пунктом можно выделить вопрос об информированности населения: охват, доступность изложения материала, адаптация к особенностям данной популяции [7]. Информация по сохранению здоровья и лечению болезней должна быть надежной и базироваться на принципах доказательной медицины. К сожалению, люди более склонны брать медицинскую информацию из литературы, телепередач, Интернет-ресурсов популярного характера, качество которой весьма сомнительно и не проходит экспертизу компетентными лицами. Также велика обращаемость больных за помощью к парамедикам (в 9 из 10 случаев) и шарлатанам, обещающим исцеление от неизлечимого недуга в противовес реалистичным прогнозам официальной медицины [8]. Таким образом, проблема информированности населения, низкая приверженность медикаментозному и немедикаментозному лечению, лежащему в основе профилактики любого заболевания, в том числе БСК, свидетельствует о необходимости централизованного и алгоритмизированного обучения пациентов [9, 10]. Поэтому целью нашего исследования явилось проанализировать причины, влияющие на проведение мер профилактики БСК.

Материал и методы. В 2015 году при ГМУ г. Семей был организован Центр превентивной медицины (далее Центр) с научно-исследовательской и консультативно-информационной целью. Включение пациентов в научно-исследовательский проект проводилось на добровольной основе с соблюдением этических норм и принципа конфиденциальности персональных данных. Критерием включения явилось наличие верифицированного хронического кардиоваскулярного заболевания: артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС). Критерием исключения – наличие психоорганического синдрома, острое соматическое заболевание иной локализации или хроническое в фазе обострения, онкологическое заболевание. Дизайн исследования – описательное, аналитическое. Всего было обследовано 403 пациента, проходивших курс лечения в терапевтическом отделении НИИ Радиологии и экологии г. Семей. Из них 119 мужчин (57,01±6,25) и 284 женщины (57,89±6,19) в возрасте от 40 до 69 лет. Приверженность лечению оценивалась по шкале Мориски - Грина. Факторы, влияющие на проведение лечебно-профилактических мер относительно развития БСК, изучались через интервью в фокус-группах по 8-10 человек. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета IBM SPSS Statistics 20.0 для ГМУ г. Семей.

Результаты. Артериальная гипертензия наблюдалась у 100% респондентов обоого пола, преимущественно второй степени (87 (77,1%) мужчин и 220 (77,5%) женщин). Сочетание АГ с ИБС отмечалось у 49 (41,2%) мужчин и 84 (29,6%) женщин. Осложненные случаи в виде инфаркта миокарда в анамнезе – у 14 (11,8%) мужчин и у 6 (2,1%) женщин. Перенесенный мозговой инсульт, преимущественно ишемический, – 12 (10,1%) мужчин и 18 (6,3%) женщин. При оценке уровня тревоги и депрессии с применением госпитальной шкалы HADS было определено следующее. У подавляющего большинства мужчин тревоги не отмечалось (68 (57,1%)), клинически выраженная тревога – у 14 (11,8%). У женщин преимущественно отмечалась субклиническая тревога (146 – 51,4%), клинический вариант был у 30 (10,6%). Отсутствие депрессии более распространено как среди мужчин (61 (51,3%)), так и женщин – 124 (43,7%), клинически проявлялась у 17 (14,3%) и 71 (25,0%) мужчин и женщин соответственно.

Комплаентность выполнению врачебных назначений и рекомендаций в мужской субпопуляции составляла $M=1,49 \pm 1,19$; $Me=1$ балла, в женской субпопуляции – $M=1,63 \pm 1,17$; $Me=2$. Данный результат расценивался, как отсутствие приверженности лечению в обеих группах. Процентное соотношение комплаенса среди лиц обоих полов следующее. COMPLAINTными были 6 (5%) мужчин и 19 (6,7%) женщин. 22 (18,5%) мужчины и 45 (15,8%) женщины находились в группе риска по развитию неприверженности. 91 (76,5%) мужчины и 220 (77,5%) женщин считали себя неприверженными лечению.

Согласно литературным данным, пациенты с умеренной тревогой больше склонны следовать врачебным рекомендациям, тогда как депрессия наоборот приводит к снижению комплаенса [11]. При анализе данных изучаемой популяции нами было определено лишь наличие слабой связи между уровнем клинически выраженной депрессии и приверженностью лечению мужчин (точный критерий Фишера 0,204, $p>0,05$; ϕ критерий = V критерию Крамера = K критерию Чупрова = 0,125). Несмотря на то, что по цифровым результатам нашего исследования отсутствует явная связь психоэмоционального фактора и приверженности лечению, мы полагаем, что использование одного опросника HADS недостаточно для более полной и объективной оценки указанного фактора.

Для того, чтобы глубже изучить вопрос приверженности лечебным и профилактическим мерам, мы проводили работу в виде дискуссии и группового интервью в фокус-группах, а также обращали внимание на поведение больных в процесс рутинной медицинской практики. Это позволило нам выделить ряд определенных тенденций.

Среди проблем, возникающих при систематическом медикаментозном лечении, пациентами отмечалось побочное действие лекарств, в частности, на органы желудочно-кишечного тракта, низкая эффективность препаратов, их высокая стоимость, а также забывчивость и нежелание принимать лекарство при относительно хорошем самочувствии.

При получении медицинской помощи у пациентов отмечалась стереотипность в отношении эффективности процедур. Предпочтение отдавалось внутривенным капельным вливаниям (инфузиям). Замена способа введения одного и того же препарата

по показаниям на внутривенное струйное (инъекции) и, тем более на пероральный прием, вызывала негодование пациента, сомнение в эффективности и смысле курса лечения. Получив 3-5-7 инфузий лекарственного вещества за курс лечения, пациенты обычно отмечали, что «после системы самочувствие стало гораздо лучше». Это позволило нам предположить наличие эффекта «платебо» от способа ведения медикамента.

В течение последнего ряда лет в условиях стандартизации медицинской службы обследование и лечение больных осуществляется по клиническим протоколам диагностики и лечения. Это помогает оптимизировать работу по реализации и экспертизе клинической деятельности, рационально расходовать финансы. В стационаре статья расходов касается нозологии, с которой пациент был направлен на госпитализацию. В возрасте 40 лет и старше часто отмечается коморбидность. Больной, поступая на лечение, полагает, что имеет право и возможность пройти «полное обследование» и «подлечиться». Лимит гарантированного объема бесплатной медицинской помощи вызывает неудовлетворенность больных получаемым лечением, снижает их доверие к отечественной медицине. Это, в свою очередь, также негативно влияет на приверженность лечению.

При оценке знаний пациентов об установленных факторах сердечно-сосудистого риска и мерах борьбы с ними, в целом, отмечалась их информированность, особенно о таких факторах, как дислипидемия, гипергликемия, ожирение, курение, психоэмоциональный стресс. В качестве источника информации медицинского характера были названы телепередачи, заметки в печатных изданиях, советы других лиц, страдающих тем же недугом, рекомендации лечащего врача (устное сообщение, раздаточный материал). Следует отметить, что пациенты не воспринимали всерьез важность немедикаментозного лечения, не были готовы менять свои пищевые и иные привычки поведенческого характера, и осознать личную ответственность за состояние своего здоровья. В совокупности с низкой приверженностью медикаментозной терапии это свидетельствует о низком уровне профилактики.

Также были заявлены претензии к работникам амбулаторно-поликлинического звена: ограниченное время контакта с врачом, отсутствие подобоющих коммуникативных навыков у медперсонала. Тем самым, с точки зрения пациентов, создавалось впечатление поверхностности и формализации медицинской помощи, что вызывало недовольство, подрывало доверие к традиционной медицине и заставляло искать альтернативные способы лечения.

Выводы. Таким образом, пациентам свойственна низкая приверженность выполнению врачебных назначений и рекомендаций. В основе эффективного лечения пациентов находится много разноплановых проблем, знание которых даст возможность их устранения. Наличие депрессивной симптоматики может способствовать снижению комплаенса терапии. Централизованное информирование и обучение кардиоваскулярных больных является важным звеном профилактики БСК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Масленникова Г.Я., Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Аксельрод С.В., Есин П.Е. Неинфекционные заболевания как глобальная проблема здравоохранения, роль ВОЗ в ее решении // Профилактическая медицина. – 2015. - №1. – С.9-13.
- 2 Бойцов С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний // Терапевтический архив. – 2016. - №1. – С.4-10.
- 3 World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals
- 4 Калинина А.М., Ипатов П.В., Кушунина Д.В., Егоров В.А., Дроздова Л.Ю., Бойцов С.А. Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет // Терапевтический архив. – 2016. - №1. – С.46-52.
- 5 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381 doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- 6 Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Индивидуальная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Позиция европейских кардиологических обществ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. - №16(1). – С.4-7.
- 7 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. - №2. – С.36-42.
- 8 Смуглевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. /Смуглевич А. Б. - МЕДпресс-информ. - 2011. - 720 с.
- 9 Калинина А.М., Гомова Т.А., Кушунина Д.В., Соин И.А., Измайлова О.В., Худяков М.Б. Профилактическая активность пациентов поликлиники как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения: региональный опыт // Профилактическая медицина. – 2015. - №2. – С.4-10.
- 10 Погосова Н.В., Вергазова Э.К., Аушева А.К., Юсубова А.И., Исакова С.С., Бойцов С.А. Актуальные результаты работы центров здоровья России // Профилактическая медицина. – 2016. - №6. – С.50-58.
- 11 Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. – 2017. - №8. – С.104-109.

¹Н.А. Балашкевич, ¹Л.Б. Дюсенова, ¹Б.А. Жетписбаев, ¹М.С. Казымов,

¹Л.М. Пивина, ²И.А. Избасарова

¹Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті

²Астана медицина университеті АҚ

ПРЕВЕНТИВТІ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫСЫНЫҢ ҮЛГІСІНДЕ КАРДИОВАСКУЛЯРЛЫ АЛДЫН-АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІМЕН МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Мақалада науқас адамдармен сауалнама барысында алынған мәліметтер контекстінде жүрек-қан тамырлар ауруларының алдын алуды жүргізген кезде әсер ететін себептерге анализ жасалған, сонымен қатар превенцияның маңызды құрамы болатын дәрігерлік ұсыныстарды орындауға талпыныс зерттелген. Осы мәселе өзінің өзектілігін оның негізінде жататын себептердің құрылымы түрінде сақтайды, ол себептерді білу алдын алуды ұзақ мерзімді келешектік шаралармен іске асыруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: алдын алу, қанайналым жүйесінің аурулары, емді орындауға талпыныс, қауіп факторлары.

¹N.A. Balashkevich, ¹L.B. Dyussenova, ¹B.A. Zhetpisbayev, ¹M.S. Kazymov,
¹L.M. Pivina, ²I.A. Isbassarova
¹*Semey State Medical University,*
²*Astana Medical University Corporations*

**TROUBLES AND OPPORTUNITIES OF CARDIOVASCULAR PROPHYLACTIC ON THE EXAMPLE OF PRACTICE
OF PREVENTIVE MEDICINE CENTER**

Resume: In this article there is the analysis of causes which influence the realization of cardiovascular prevention in the context of data taken by interview of patients and estimation of adherence to doctor recommendations, as an important component of prevention. This issue still keeps actual status because of complexity of causes which compose it; comprehension of them allows practicing the prevention by achievable and efficient measures in long-term perspective.

Keywords: prevention, cardiovascular diseases, adherence to treatment, risk factors.