

Груздева А.А.*¹, Харитоновна Е.А.¹, Мотылева Е.А.¹,
Ильин М.В.², Мушников Д.Л.³

¹ — ОГБУЗ Окружная больница Костромского округа № 1, Кострома, Россия

² — ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

³ — ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иваново, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Gruzdeva A.A.*¹, Kharitonova E.A.¹, Motyleva E.A.¹, Ilyin M.V.², Mushnikov D.L.³

¹ — Regional State Budgetary Institution of Health District hospital of the Kostroma district № 1, Kostroma, Russia

² — Federal State Educational Institution of higher education «Yaroslavl State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Yaroslavl, Russia

³ — Federal State Educational Institution of higher education «Ivanovo State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Ivanovo, Russia

RESULTS OF THE INTEGRATED ASSESSMENT OF THE POTENTIAL OF LIFESTYLE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH DIFFERENT LEVEL OF TREATMENT PERFORMANCE

Резюме

Введение. Артериальная гипертензия является одной из самых серьезных проблем современного здравоохранения. В рамках квалиметрического подхода проводится и количественная оценка «потенциала образа жизни». Вместе с тем, исследовательских работ, рассматривающих взаимосвязь результативности медицинской помощи кардиологического профиля и полноту реализации потенциала образа жизни пациентов, крайне недостаточно. **Цель исследования:** изучение потенциала образа жизни пациентов с гипертонической болезнью и его роли в обеспечении результативности лечения. **Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе медицинских организаций Костромской области. Методы исследования: экспертный, социологический, аналитический, статистический. Анализировались данные по 400 пациентам кардиологического профиля: данные мониторинга параметров образа жизни пациентов с использованием оригинальной автоматизированной программы «Управление факторами результативности медицинской помощи кардиологического профиля», данные экспертной оценки врачом образа жизни пациента и социологического опроса пациентов по анкете, включающей 8 вопросов закрытого типа. **Результаты и их обсуждение.** Установлено, что у больных артериальной гипертензией имеет место снижение потенциала образа жизни по всем его компонентам, в том числе, низкая медицинская активность, низкая медицинская информированность, недостаточный уровень рекреационной активности, пренебрежение принципами рационального питания, распространенность вредных привычек. Имеются достоверные различия в потенциале образа жизни пациентов с низким и высоким уровнем успешности лечения, доказывающее значимость модификации образа жизни пациентов, его оздоровления в практике врачей первичного звена здравоохранения. **Выводы и предложения.** Рекомендуется проведение мониторинга потенциала образа жизни больных артериальной гипертензией в условиях участковых поликлиник.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, образ жизни, результативность лечения

Для цитирования: Груздева А.А., Харитоновна Е.А., Мотылева Е.А., Ильин М.В., Мушников Д.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ. Архив внутренней медицины. 2018; 8(6): 444-450. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-6-444-450

*Контакты/Contacts. E-mail: gruzdeva-anna@mail.ru

Abstract

Introduction. Arterial hypertension is one of the most serious problems of the contemporary health care. Within the qualimetric approach and quantification of "lifestyle" capacity. However, research papers dealing with the relationship impact medical care cardiac profile and complete realization of the potential of the lifestyles of patients, it is not enough. The purpose of the research is to explore the potential lifestyle hypertensive patients and its role in ensuring the effectiveness of the treatment. **Materials and methods.** The study was conducted on the basis of the medical organizations of the Kostroma region. Research methods: expert, sociological, analytical, statistical. Analysed data on 400 patients a cardiac profile: lifestyle parameters monitoring data of patients using the original automated management factors impact medical care Cardiac profile, data expert evaluation of physician lifestyles of the patient and the patient questionnaire survey, consisting of 8 questions. **Results and discussion.** Found that in patients with arterial hypertension has reduced the capacity of lifestyle for all its components, including the low level of medical activity, low level of medical awareness, inadequate recreational activity disregard for the principles of a balanced diet, the prevalence of bad habits. There are significant differences in the potential lifestyle of patients with low and high levels of treatment success, proving the importance of lifestyle modification patients, his healing in the practice of primary care physicians health. **Conclusions and proposals.** It is recommended that the monitoring capacity of the lifestyles of patients with arterial hypertension in the context of district clinics.

Key words: *essential hypertension, lifestyle, effectiveness of treatment*

For citation: Gruzdeva A.A., Kharitonov E.A., Motyleva E.A., Ilyin M.V., Mushnikov D.L. RESULTS OF INTEGRATED ASSESSMENT OF THE POTENTIAL OF LIFESTYLE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION WITH DIFFERENT LEVEL OF TREATMENT PERFORMANCE. The Russian Archives of Internal Medicine. 2018; 8(6): 444-450. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-6-444-450

DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-6-444-450

Введение

Артериальная гипертензия является одной из серьезных проблем современного здравоохранения в связи с высокой распространенностью заболевания и развитием его осложнений [1]. Согласно оценкам экспертов повышенные цифры артериального давления регистрируются у каждого четвертого взрослого человека в экономически развитых странах [2, 9, 10, 11]. В России прямые и косвенные финансовые потери от лечения осложнений артериальной гипертензии составляют 30 млрд. руб. в год и постоянно увеличиваются [3].

В известной модели факторной обусловленности общественного здоровья академика Ю.П. Лисицына 50% принадлежит образу жизни человека [4]. Исследования подтверждают этот тезис и относительно больных артериальной гипертензией [5]. Однако количество исследований, изучающих образ жизни пациентов с артериальной гипертензией, в настоящее время недостаточно.

Использование потенциала здравоохранения без активного участия пациента, изменения его поведения в сторону здоровьесбережения не позволяет обеспечить желаемый результат в лечении заболевания [6]. В здравоохранении в последнее время для характеристики пациентов все чаще стали использовать квалиметрический подход, который предусматривает количественную оценку их качественных характеристик (качество жизни и др.). В рамках этого подхода проводится и количественная оценка потенциала образа жизни, под которым понимается количественная оценка соответствия фактической активности пациента оптимальному ее уровню, соответствующему задачам сохранения, укрепления, восстановления здоровья и отказа от вредных привычек [7]. Использование количественной оценки потенциала образа жизни пациентов

позволяет сохранять и обрабатывать информацию в электронном виде, проводить сравнительный анализ, выделять приоритетные параметры снижения, требующие целевой коррекции и оздоровления [7]. Вместе с тем исследовательских работ, рассматривающих взаимосвязь результативности медицинской помощи кардиологического профиля и полноту реализации потенциала образа жизни пациентов, крайне недостаточно. В связи с вышеизложенным, проведено медико-социальное исследование с целью изучения потенциала образа жизни пациентов с гипертонической болезнью и его роли в обеспечении результативности лечения.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе медицинских организаций Костромской области. Методы исследования: экспертный, социологический, аналитический, статистический. Анализировались данные по 400 пациентам кардиологического профиля: данные об образе жизни и данные о результативности лечения пациентов. Информационной базой для сбора материала стали данные социального мониторинга параметров образа жизни пациентов с использованием оригинальной автоматизированной программы «Управление факторами результативности медицинской помощи кардиологического профиля» [8], внедренной в медицинских организациях Костромской области и включающей данные экспертной оценки врачом образа жизни пациента, а также данные социологического опроса этих пациентов по анкете «Медико-социальная характеристика пациентов кардиологического профиля», включающих блок паспортных данных о пациенте (возраст, пол, социальный статус) и блок из 8 вопросов закрытого типа по образу жизни. Характеристика образа жизни

ни (активности) давалась по следующим основным параметрам:

I. Уровень физической активности:

1. низкая (спортом не занимаетесь, утреннюю зарядку не делаете, двигательная активность менее 2 часов в день)
2. Ближе к низкой, не оптимальная (спортом не занимаетесь, делаете утреннюю зарядку, двигательная активность 2-5 часов в день)
3. высокая (занимаетесь спортом, делаете утреннюю зарядку, двигательная активность более 5 часов в день)

II. Уровень гигиенической активности:

1. низкая (не соблюдаете правила личной гигиены, не чистите зубы, нерегулярно принимаете душ, не проводите закаливание организма)
2. Ближе к низкой, не оптимальная (проводите все вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме),
3. высокая (проводите все указанные мероприятия в полном объеме)

III. Уровень рекреационной активности:

1. низкая (сон менее 6 часов, отдых преимущественно пассивный (у телевизора, лежа, сидя), отсутствие прогулок, нет устоявшейся системы смены труда и отдыха, нет положительных эмоций, не посещаете культурные и спортивные мероприятия)
2. Ближе к низкой, не оптимальная (сон 6-7 часов, отдых пассивно-активный, редкие прогулки, нет устоявшейся системы смены труда и отдыха, редкие положительные эмоции, редко посещаете культурные и спортивные мероприятия)
3. высокая (проводите все указанные мероприятия в полном объеме)

IV. Уровень хозяйственно-бытовой активности:

1. низкий (не проводите уборку помещений, не проветриваете помещения, не следите за температурным режимом и уровнем влажности в вашем жилище)
2. Ближе к низкой, не оптимальная (проводите вышеуказанные мероприятия, но не регулярно)
3. высокий (проводите вышеуказанные мероприятия в полном объеме)

V. Уровень медицинской активности:

1. низкий (не обращаетесь своевременно за медицинской помощью, не выполняете назначения врача, не соблюдаете режим, способствующий сохранению здоровья, не интересуетесь информацией о сохранении здоровья)
2. Ближе к низкой, не оптимальная (выполняете вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме)
3. высокий (выполняете вышеуказанные мероприятия, в полном объеме)

VI. Вредные привычки:

1. переедание (1. постоянно, 2. редко)
2. совмещение приема пищи и чтения (1. постоянно, 2. редко)

3. добавление соли в пищу (1. постоянно, 2. редко)
4. добавление пряностей в пищу (1. постоянно, 2. редко)
5. повышенное употребление сладостей (1. постоянно, 2. редко)
6. курение (1. постоянно, 2. редко)
7. прием алкоголя (1. постоянно, 2. редко)

Каждый параметр оценивался врачом с учетом опроса пациентов по трехбалльной системе (3 балла соответствовало оптимальному уровню, 2 балла — промежуточному, 1 балл — низкому уровню параметра). На основе методики «интегральной оценки образа жизни пациентов (ИООЖП)» (Мушников Д.А., 2017, [7]) автоматизированная программа рассчитывала индекс реализации потенциала образа жизни, т.е. соответствия характеристик образа жизни пациентов оптимальному их уровню по формуле:

$$I_{\text{пог}} = (\Sigma P_f / \Sigma P_{\text{max}}) \times 100\%$$

Уровень оценки потенциала образа жизни в диапазоне 95-100% оценивался как «высокий», в диапазоне 75-94% как «ниже оптимального», в диапазоне 1-74% как «низкий». Дополнительно в анкете были отражены следующие вопросы: по рекреационной активности (соблюдению режима сна и отдыха, продолжительность рабочего дня, продолжительность сна, продолжительность пребывания на свежем воздухе), характеристика статуса питания (сбалансированность питания, склонность к перееданию, частота приема пищи, злоупотребление продуктами, нежелательными при артериальной гипертензии, частота потребления фруктов и овощей, уровень индекса массы тела), характеристика физической активности (частота, объем, посещение бассейна), отношение к вредным привычкам (наличие вредных привычек, объем и тип курения и употребления алкогольной продукции), уровень медицинской активности пациентов (выполнение назначений врача, своевременность обращения к врачу с профилактической целью, своевременность обращения в случае обострения заболевания, своевременность явки на диспансерный осмотр, полнота выполнения рекомендации врача, причины невыполнения назначений, самоконтроль артериального давления, отказ от самолечения, доверие к лечащему врачу, причины обращений к врачу и отказов обращения, причины отказов от показанной госпитализации в стационар, наличие дома тонометра дома и навык его использования), информационная активность (чтение литературы, газеты и журналы медицинской тематики, использование как источник информации рекламных проспектов и стендов).

Результативность оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией II-III стадии оценивалась экспертным путем по следующим критериям: низкая эффективность вторичной и третичной профилактики (частые вызовы скорой медицинской помощи более 8 раз в год и наличие ослож-

нений); высокая эффективность вторичной и третичной профилактики (с частотой вызовов скорой медицинской помощи от 4-8 раз в год и отсутствие осложнений). Проведен сравнительный анализ данных оценки потенциала образа жизни у пациентов с низкой (первая группа — 155 пациентов) и высокой (вторая группа — 245 пациентов) результативностью помощи.

Для статистической обработки данных (средних и относительных величин, их ошибок, достоверности их разности по критерию Стьюдента) использовали программу «Statistica 10.0» (StatSoft, Inc). Критическое значение уровня статистической значимости принимали равным 5%.

Результаты и обсуждение

Состав групп распределился следующим образом: 69% пациентов в первой группе (155 человек) — женщины, 31% — мужчины, во второй (245 человек) — 65,7% и 34,3% соответственно. Средний возраст пациентов составил в первой группе 58,7±0,3 года, против 52,3±0,1 года во второй группе. Среди пациентов первой группы преобладали лица старше 60 лет (87,25%), тогда как во второй группе их доля была достоверно ниже (61,2%) ($p < 0,05$). При распределении по уровню образования было установлено, что большая часть респондентов (45,0%) первой группы имеет высшее образование, 34,5% — среднее специальное образование, 18,0% — среднее

образование, неполное среднее и начальное — 2,5%, во второй группе это распределение выглядело следующим образом: 23,3%, 56,3%, 20,0%, 0,4%. Как видно из представленных данных, в первой группе доля лиц с высшим образованием (45,0% против 23,3%) и низким уровнем образования (2,5% против 0,4%) достоверно выше, чем во второй.

Среди опрошенных рабочие составляли 21,3% (I группа) против 45,3% (II группа), служащие — 9,0% и 3,2%, руководители — 7,1% и 4,5%, предприниматели — 2,6% и 1,6%, учителя — 9,7% и 2,5%, медицинские работники — 1,9% и 0,00%, пенсионеры — 18,7% и 17,6% инвалиды — 29,7% и 25,3% соответственно ($p < 0,05$).

У всех без исключения респондентов кроме артериальной гипертонии имеются другие хронические заболевания, и они осведомлены об этом. Частота сопутствующей патологии в первой группе составляла 234,5 на 100 пациентов, против 121,5 на 100 пациентов во второй ($p < 0,05$). Причем в первой группе достоверно выше была частота такой патологии как хронические заболевания почек, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, остеохондроз.

По итогам интегральной оценки потенциала образа жизни пациентов кардиологического профиля с артериальной гипертонией установлено, что в целом индекс реализации потенциала составил 72,5%, в том числе в первой группе — 60,5%, во второй — 79,5%, что свидетельствует о наличии отклонения этого параметра от оптимальной величины (100%) соответственно на 27,5%, 39,5% и 20,5% ($p < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1. Сводные данные оценки потенциала образа жизни пациентов с артериальной гипертонией (в %)
 Table 1 - Summary of life potential assessment of patients with arterial hypertension (%)

Компоненты потенциала образа жизни/ Lifestyle potential components	Уровень реализации/ Level of implementation			Ранг полноты реализации потенциала/ Rank of full potential
	I группа (низкая результативность помощи)/ The first group (low effectiveness of assistance)	II группа (высокая результативность помощи)/ The second group (high performance help)	В обеих группах/ In both groups	
Физическая активность/ Physical activity	70,5±1,5	79,5±1,8*	74,5±1,6	4
Гигиеническая активность/ Hygienic activity	89,0±1,4	94,5±1,6*	92,5±1,5	1
Рекреационная активность/ Recreational activity	68,5±1,7	75,5±1,5*	73,2±1,3	5
Хозяйственно-бытовая активность/ Economic and household activity	86,5±1,5	93,5±1,8*	88,5±1,6	2
Медицинская активность/ Medical activity	64,5±1,4	72,0±1,9*	68,5±1,6	6
Вредные привычки/ Bad habits	70,5±1,6	79,5±1,5*	75,0±1,7	3
В целом реализация потенциала/ Realizing the potential as a whole	60,5±1,4	79,5±1,5*	72,5±1,6	
Резерв реализации потенциала/ Capacity Realization Reserve	39,5±1,4	20,5±1,5*	27,5±1,6	

Примечание: *имеется достоверная разность показателей ($p < 0,05$)
Note: * there is a significant difference in performance ($p < 0,05$)

Как видно из таблицы 1, первое ранговое место по уровню реализации потенциала образа жизни принадлежит компоненту «Гигиеническая активность» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил — $89,0 \pm 1,4\%$, во второй — $94,5 \pm 1,6\%$, в целом — $92,5 \pm 1,5\%$) ($p < 0,05$), второе ранговое место «Хозяйственно-бытовая активность» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил $86,5 \pm 1,5\%$, во второй — $93,5 \pm 1,8\%$, в целом $88,5 \pm 1,6\%$) ($p < 0,05$), третье ранговое место — «Вредные привычки» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил $70,5 \pm 1,6\%$, во второй — $79,5 \pm 1,5\%$, в целом — $75,0 \pm 1,7\%$) ($p < 0,05$), четвертое ранговое место — «Физическая активность» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил — $70,5 \pm 1,5\%$, во второй — $79,5 \pm 1,8\%$, в третьей — $74,5 \pm 1,6\%$) ($p < 0,05$), пятое ранговое место — «Рекреационная активность» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил — $68,5 \pm 1,7\%$, во второй — $75,5 \pm 1,5\%$, в целом $73,2 \pm 1,3\%$) ($p < 0,05$), шестое ранговое место — «Медицинская активность» (в первой группе индекс $I_{\text{пог}}$ составил — $64,5 \pm 1,4\%$, во второй группе — $72,0 \pm 1,9\%$, в целом — $68,5 \pm 1,6\%$) ($p < 0,05$). Таким образом, приоритетными компонентами улучшения образа жизни пациентов с гипертонической болезнью являются: медицинская активность (резерв улучшения $31,5\%$), рекреационная активность (резерв улучшения $26,8\%$) и физическая активность пациентов (резерв улучшения $25,5\%$), что необходимо учитывать при формировании программ «Школа пациентов с артериальной гипертензией».

Рассмотрим результаты социологического опроса пациента по отдельным компонентам образа жизни более подробно.

Рекреационная активность является одной из важных составляющих здорового образа жизни и условием активного долголетия. Однако как показал опрос, значительная часть пациентов не получает достаточного полноценного отдыха. Так, уделяют внимание соблюдению режима сна и отдыха $17,3\%$ респондентов первой и $34,7\%$ второй группы ($p < 0,05$). Продолжительность рабочего дня у $53,3\%$ респондентов первой группы составляла 8 часов, у $11,0\%$ — 12 часов, у $2,8\%$ — 24 часа (суточные дежурства), против $78,9\%$, $14,5\%$, $6,6\%$ во второй группе ($p < 0,05$) соответственно. Отмечают регулярную усталость на работе $35,5\%$ опрошенных первой группы и $12,5\%$ — второй группы ($p < 0,05$). Продолжительность сна у 86% респондентов первой группы составляет 8 часов в сутки, у $12,0\%$ — 9-12 часов, у $2,0\%$ — менее 8 часов, против $83,4\%$, $16,0\%$, $0,6\%$ во второй ($p < 0,05$), соответственно. Ежедневное пребывание на свежем воздухе характерно только для $19,75\%$ респондентов первой группы и $29,8\%$ второй группы ($p < 0,05$).

Полноценное, рациональное питание является одним из элементов терапии артериальной гипертензии. Однако как показал опрос, значительная часть пациентов не придерживается принципов рационального питания. Так, сбалансировано и регулярно питаются лишь $24,75\%$ опрошенных первой

группы, нерегулярное и несбалансированное питание характерно для $57,75\%$, из них переизбыток отмечают $22,25\%$, $17,5\%$ затруднились ответить; во второй группе это распределение выглядело следующим образом: $55,4\%$, $34,5\%$, $10,1\%$ ($p < 0,05$). Большинство респондентов первой группы питаются 3 раза в день ($59,5\%$), 4 и более раз в день питаются $27,25\%$, 1-2 раза в день — $13,25\%$, во второй — соответственно: $67,8\%$, $30,2\%$, 2% ($p < 0,05$). Отмечено, что злоупотребление продуктами, нежелательными при артериальной гипертензии (жирная пища, соленая, острая, с повышенным содержанием углеводов) характерно для $57,25\%$ респондентов первой группы и $23,1\%$ второй группы ($p < 0,05$). Фрукты и овощи в ежедневном рационе имеют $53,5\%$ опрошенных первой группы, употребляют их более 2-х раз в неделю — $20,25\%$ респондента, у $23,50\%$ фрукты и овощи в рационе питания встречаются только 2 раза в неделю, менее 2-х раз в неделю — у $2,75\%$; против во второй группе, соответственно: $69,5\%$, $24,5\%$, 6% , 3% ($p < 0,05$). При расчете индекса Кетле (индекс массы тела) по формуле: вес/рост ($\text{кг}/\text{м}^2$) нормальный вес имели всего $14,8\%$ пациентов первой группы, избыточный вес — $56,0\%$ больных, 1 степень ожирения имеют $26,8\%$, 2 степень ожирения — $2,5\%$ больных; во второй группе, соответственно: $53,2\%$, $34,5\%$, $18,3\%$, 4% ($p < 0,05$).

Укреплению здоровья уделяют внимание (занимаются физической культурой, посещают бассейн) всего $13,3\%$ респондентов первой и $34,5\%$ второй группы ($p < 0,05$).

Отношение к вредным привычкам отражают следующие результаты опроса: около трети больных артериальной гипертензией первой группы курят (29%), не курят $65,5\%$, из них курили раньше $5,5\%$, но бросили; во второй группе, соответственно: $17,6\%$, $69,4\%$, 13% ($p < 0,05$). Более 1 пачки сигарет в день в первой группе выкуривают $9,2\%$ пациентов, во второй $1,4\%$. Злоупотребление алкоголем характерно для 52% мужчин и $1,7\%$ женщин в первой группе, во второй, соответственно — $21,3\%$, $0,3\%$ ($p < 0,05$). Предпочитают сухое вино $12,5\%$, крепленое вино — $21,5\%$, водку — $64,5\%$, коньяк — $1,2\%$, самогон — $0,3\%$ ($p < 0,05$). Изучен уровень медицинской активности пациентов с артериальной гипертензией. Установлено, что в первой группе практически половина больных $46,0\%$ выполняет назначения врача четко, $35,8\%$ — не в полном объеме, $18,3\%$ — практически не выполняют, против $89,0\%$, $10,0\%$, 1% во второй группе соответственно ($p < 0,05$). В первой группе к участковому врачу обращаются с профилактической целью только $13,5\%$ пациентов, при ухудшении самочувствия — $72,0\%$, не обращаются вообще — $5,5\%$, против $44,5\%$, $52,3\%$, $3,2\%$ во второй группе соответственно ($p < 0,05$). В случае обострения заболевания из числа пациентов первой группы в поликлинику по месту жительства обращаются $19,3\%$ больных, в частные клиники — $2,0\%$, к знакомым врачам — $9,7\%$, к врачам скорой медицинской по-

мощи — 63,3%, другую поликлинику или больницу — 5,7%; во второй группе, соответственно: 44,5%, 3,4%, 10,2%, 35,4%, 6,5% ($p < 0,05$). Среди пациентов первой группы на диспансерный осмотр являются самостоятельно в точно назначенный срок лишь 21,0% больных, являются только после повторного вызова 12,3%, не являются вообще 66,8% респондентов, против 45,6%, 49,0%, 5,4% во второй группе, соответственно ($p < 0,05$). Назначения и рекомендации участкового врача соблюдали и выполняли в полном объеме 52,5% больных первой группы, не в полном объеме — 40,0%, не соблюдали — 7,5%; во второй группе соответственно: 79,8%, 20,0%, 0,2% ($p < 0,05$). Причинами невыполнения назначений и рекомендаций участкового врача у пациентов первой группы явилось отсутствие финансовой возможности в приобретении лекарственных препаратов (9,0%), неэффективность рекомендованного лечения (29,3%), личная безответственность (22,0%), против 17,5%, 24,3%, 10,9% во второй группе, соответственно ($p < 0,05$). Регулярно осуществляют контроль артериального давления 20,0% респондентов первой группы, только при ухудшении самочувствия — 40,5%, не контролируют давление — 29,5%; во второй группе, соответственно: 44,5%, 50,5%, 5% ($p < 0,05$). Самолечением артериальной гипертензии занимались 26,5% больных первой группы, во второй — 10,2%. Основной причиной обращения к врачу является получение листа временной нетрудоспособности (34,5% респондентов). Полностью доверяют своему лечащему врачу как специалисту лишь 15,0% респондентов первой и 34,5% второй группы ($p < 0,05$). Среди причин не обращения в поликлинику пациенты называли недоброжелательное, невнимательное отношение и недобросовестность врача (52,5% больных), большие очереди к терапевту и другим специалистам — 43%, непонимание врачом проблем пациента — 4,5% ($p < 0,05$). Среди пациентов первой группы, в случае необходимости, на стационарное лечение соглашались всегда 7,8% больных, иногда 22,8%, категорически отказываются 20,8%, не хотят лечиться в данном стационаре по месту жительства 48,8%, во второй группе, соответственно — 44,5%, 30,5%, 12,3%, 12,7% ($p < 0,05$). Среди причин отказа от стационарного лечения пациенты отметили: плохое отношение медицинского персонала (64,0%), отсутствие эффекта от проводимого лечения врачами данного стационара (42,5%).

Повышение пациентами своей информированности о заболевании, методах профилактики его обострений, факторах риска является одним из важных аспектов успеха лечения артериальной гипертензии как хронического заболевания, с которым пациенту предстоит справляться всю жизнь. Однако как показал опрос, среди пациентов первой группы медицинскую литературу по артериальной гипертензии читали 26,8% опрошенных, выписывали газеты и журналы медицинской тематики 2,5% респондентов, использовали как источник информации рекламные

проспекты и стенды 21,3% опрошенных, покупали литературу по вопросам лечения и профилактики артериальной гипертензии лишь 3,0% пациентов; во второй группе данное распределение выглядело следующим образом: 45,6%, 3,9%, 34,5%, 7,8% ($p < 0,05$). Эти данные говорят о том, что пациенты второй группы имели достоверно более высокую информационную активность, чем пациенты первой группы. Измерение артериального давления при артериальной гипертензии является основным и доступным для всех методом диагностики заболевания, поэтому этот вопрос изучен среди пациентов групп сравнения. Так установлено, что имеют тонометр дома и сами измеряют артериальное давление 57,0% больных, пользуются аппаратом соседей 0,3% пациентов; вызывают для этой цели скорую помощь 9,2% респондентов; 10,5% вызывают участкового терапевта; ходят для измерения давления в поликлинику 20% больных; во второй группе, соответственно: 76,5%, 0,2%, 3,2%, 8,7%, 11,4% ($p < 0,05$). Из этих данных следует, что в первой группе пациенты в 2 раза чаще, чем во второй группе, запрашивают помощь только для измерения давления со стороны врачей поликлиники и скорой медицинской помощи.

Выводы

Таким образом, у больных артериальной гипертензией имеет место снижение потенциала образа жизни по всем его компонентам, в том числе низкая медицинская активность, низкая медицинская информированность, недостаточный уровень рекреационной активности, пренебрежение принципами рационального питания, распространенность вредных привычек.

Имеются достоверные различия в потенциале образа жизни пациентов с низким и высоким уровнем успешности лечения, доказывающее значимость модификации образа жизни пациентов, его оздоровления в практике врачей первичного звена здравоохранения.

Рекомендуется проведение мониторинга потенциала образа жизни больных артериальной гипертензией в условиях участковых поликлиник с определением приоритетных медико-социальных проблем пациентов, возможности и резервов оздоровления образа жизни. Руководителям медицинских организаций первичного звена здравоохранения необходимо уделить внимание доступности и качеству проведения мероприятий по формированию медицинскими работниками основ здорового образа жизни больных артериальной гипертензией.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы/References:

1. Аарва П., Калинина А.М., Костович Л., и др. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке. Проект Тасис «Система профилактических мер и здоровье населения России». М., 2000; 145.
Aarva P., Kalinina A.M., Kostovic L., et al. Prevention programmes. A guide to planning, implementation and evaluation. TACIS project «system of preventive measures and public health. М., 2000; 145. [In Russian].
2. Агранович Н.В. Медицинская профилактика как один из методов сохранения и укрепления здоровья населения. Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. 2006; 2: 53-55.
Agranovich N.V. Medical prophylactics as a method of preserving and strengthening the health of the population. Bulletin of the national research institute of public health. 2006; 2:53-55. [In Russian].
3. Антонова О.В. Факторы риска развития артериальной гипертензии у лиц молодого возраста. Научные труды VIII международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке; концепции болезней цивилизации», 14-17 ноября 2007 года, РУДН, М.; 112-113.
Antonova O.V. Risk factors of hypertension in young age. Scientific proceedings of the VIII International Congress «Health and education in the twenty-first century; the concept of civilization diseases», 14-17 November 2007 year, RUDN, М.; 112-113. [In Russian].
4. Бокерия Л.А., Ступак И.Н., Самородская И.В. Социальный портрет больных сердечно — сосудистыми заболеваниями по результатам клинико-эпидемиологического исследования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 4: 16-20.
Bokeria L.A., Stupakov I.N., Samorodskaja I.V., et al. Social portrait of patients with cardiovascular disease, according to the results of clinical and epidemiological studies. Cardiovascular therapy and prophylaxis. 2008; 4:16-20. [In Russian].
5. Вебер В.Р., Копина М.Н., Рубанова М.П., и др. Распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Новгородской области. Роль медицинской науки и здравоохранения в реализации демографической политики государства: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции и трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН.М.: Медицина. 2007; 6: 72-77.
Weber V.R., Kopina, Rubanova M.P., et al. The prevalence of major risk factors of cardiovascular diseases in the Novgorod region. The role of medical science and health in implementing demographic policy States: compendium of the all-Russian scientific-practical Conference and works of Novgorod scientific center of the Northwest Branch of the Russian Academy of medical sciences: Medicine. 2007; 6: 72-77. [In Russian].
6. Глушкова Л.И. К вопросу формирования здорового образа жизни. Здравоохранение Российской Федерации. 2008; 1: 33-34.
Glushkov L.I. To the formation of a healthy lifestyle. Health Care of The Russian Federation. 2008; 1:33-34. [In Russian].
7. Мушников Д.Л. Технологии модификации образа жизни больных артериальной гипертензией. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017; 12: 113-117.
Mushnikov D.L. Lifestyle modification Technology patients with arterial hypertension. The magazine scientific articles health and education in the twenty-first century. 2017; 12:113-117. [In Russian].
8. Программа для ЭВМ: «Управление факторами результативности медицинской помощи кардиологического профиля» (Свидетельство ФСИС РФ о регистрации № 2018612060 от 09.02.2018 г.) Авторы: Груздева А.А., Харитонов Е.А., Мотылева Е.А., и др. Computer program: «Impact factors management medical care cardiac profile» (Certificate of registration №. FSIS 2018612060 from 09.02.2018 g.). Authors: Gryzdeva A.A., Kharitonov E.A., Motyleva E.A., etc. [In Russian].
9. Aly Z., Abbas K., Kazim S.F. et al. Awareness of stroke risk factors, signs and treatment in a Pakistani population. J Pak Med Assoc. 2009; 59(7): 495–9.
10. Current and Future Treatment of Hypertension in the SPRINT Era. Phillips R.A. — Methodist Debakey Cardiovasc J. 2015 Oct-Dec;11(4):206-13.
11. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Cerebrovasc Dis 2008; 25(5):457–507.

A

Статья получена/Article received 08.08.2018 г.
Принята к публикации/Adopted for publication
21.09.2018 г.

