

## КОНТРОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ

Т. Гомова<sup>1</sup>,

И. Соин<sup>1</sup>,

Д. Кушунина<sup>2</sup>,

А. Калинина<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Тульской области

<sup>2</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

E-mail: akaliniina@gnicprn.ru

*Показана необходимость повышения осведомленности сельских жителей, особенно мужчин среднего возраста, по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), улучшения контроля артериальной гипертонии. Первоочередные меры – повышение роли фельдшеров в информировании сельского населения о факторах риска развития ССЗ и улучшении приверженности лечению, а также мониторинг целевых уровней АД и холестерина, величина которых прямо влияет на прогноз ССЗ.*

**Ключевые слова:** кардиология, сердечно-сосудистые заболевания, сельское население, диспансерное наблюдение, целевые уровни, факторы риска, профилактика, диспансеризация.

По данным официальной статистики, в большинстве регионов нашей страны наиболее высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения (БСК) регистрируются среди жителей сельской местности [1]. Основной вклад в смертность от БСК вносят заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклерозом и имеющие общие факторы риска. По данным ВОЗ, более половины случаев этих заболеваний можно предотвратить при своевременных комплексных профилактических мерах, включая меры государственной политики по охране здоровья населения и меры медицинской профилактики, реализуемые в учреждениях здравоохранения [2, 3].

Организация и проведение медицинской профилактики в условиях сельской местности – особая проблема. На селе проживают >1/4 жителей страны. Население сельских поселений нередко старше жителей городов, чаще имеет более низкий уровень образования и социально-экономический статус, что не может не влиять на практическую реализацию, ресурсы и эффективность профилактики. Медицинская помощь в сельской местности имеет ряд особенностей: большая роль фельдшеров; отдаленность поселений от районной поликлиники; фельдшерские здравпункты (ФЗП) и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) ограничены в возможностях применения лабораторных и инструментальных диагностических методов; принадлежность пациентов к более старшей возрастной группе обуславливает особенности патологии.

Во многих странах у жителей сельской местности, как и в России, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний

(ССЗ) выше, чем в городе [4], и сельские жители склонны оценивать свое здоровье ниже, чем городские. Как отмечают исследователи, сельские жители отличаются низкой индивидуальной ответственностью за свое здоровье и недостаточной склонностью к его охране. При этом, как и городские, они отводят здоровью одно из основных мест среди жизненных ценностей [5]. Задачи улучшения медицинской помощи на селе должны решаться с учетом сельской специфики. Повышение медицинской грамотности сельского населения формирует его профилактическую активность [6, 7].

За последние 5 лет у взрослого населения Тульской области на 6,7% возросла первичная заболеваемость БСК [8]. В Тульской области показатель смертности – один из самых высоких в Центральном федеральном округе и выше среднего российского показателя (17,4 на 1000 населения) [9].

Мы поставили перед собой задачу оценить осведомленность сельских жителей Тульской области по вопросам медицины, в частности о диспансерном наблюдении (ДН) при ССЗ фельдшерами ФЗП или ФАП, о терапевтических мерах.

Проведено сплошное медико-социологическое исследование, предусматривавшее опрос и измерение АД у населения одного из самых отдаленных районов области – Каменского.

Опрашивали всех, кто находился дома в момент акции. Задавали вопросы о наличии ССЗ, приеме антигипертензивных препаратов (АГП), ДН, в том числе в связи с ССЗ, артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), о вызове скорой помощи за последние 12 мес, прохождении диспансеризации, желании принять участие в акции «Твое сердце – в твоих руках».

Для статистической обработки данных пользовались методами описательной статистики с помощью программы SPSS 11.5. Частоту признаков и достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента. За уровень статистической значимости принимали  $p < 0,05$ .

Всего в Каменском районе Тульской области проживают 7978 взрослых. Показатели смертности и естественного прироста населения по данным 2012 и 2013 г. представлены в табл. 1.

В целом в Тульской области в 2013 г. общая смертность снизилась на 1,5% как в городе, так и на селе, причем в Каменском районе зарегистрировано наиболее значительное снижение – на 18,8%, что отразилось на естественном приросте населения. Если в 2012 г. в Каменском районе уровень смертности превышал средний по области и район занимал 19-е место в рейтинге возрастания смертности среди 27 регионов области, то в 2013 г. он стал ниже среднего по области и район занял 5-е место.

БСК в структуре смертности взрослого населения области лидируют (50,4%), составив по данным 2013 г. 877,8 на 100 тыс. населения при 1042,0 в 2012 г., причем 1/3 случаев смерти от БСК пришлось на лиц трудоспособного возраста. В Каменском районе смертность от БСК значительно превышает среднеобластной показатель, который составил в 2012 г. 1411,5, в 2013 г. – 1048,5 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от БСК в Каменском районе за I квартал 2015 г. составил 574,3, что на 43,5% ниже, чем за аналогичный период 2014 г. (1017,3). Возрастная структура населения Каменского района аналогична таковой в области (табл. 2).

Таблица 1

**Показатели смертности и естественного прироста городского и сельского населения Тульской области в 2012 и 2013 г. на 1000 человек**

| Показатель                                       | Умерли  |         |             | Естественный прирост населения |         |             |
|--|---------|---------|-------------|--------------------------------|---------|-------------|
|  | 2013 г. | 2012 г. | % к 2012 г. | 2013 г.                        | 2012 г. | % к 2012 г. |
| Тульская область, городское и сельское население | 17,4    | 17,7    | -1,5        | -7,5                           | -7,6    | -0,8        |
| Тульская область, городское население            | 17,4    | 17,5    | -0,4        | -8,1                           | -8,2    | -1,7        |
| Тульская область, сельское население             | 17,5    | 18,6    | -5,9        | -5,6                           | -5,7    | -0,9        |
| Каменский район                                  | 15,9    | 19,6    | -18,8       | -3,8                           | -5,4    | -29,6       |

На фоне прироста населения области, в том числе и за счет миграции, в Каменском районе отмечается его убыль, в том числе и за счет миграции, которая, по данным официальной статистики, в 2013 г. по сравнению с 2012 г. увеличилась почти в 10 раз. В целом население района уменьшилось в 2013 г. на 1,5%. Несомненно, миграционный процесс необходимо учитывать при формировании планов и проведении диспансеризации.

*Первичная медико-санитарная помощь* населению Каменского района осуществляется районной поликлиникой на 3 терапевтических участках 3 участковыми терапевтами; на каждом участке имеется 1 участковая медицинская сестра. Мощность поликлиники – 120 посещений в смену. На отдаленных территориях первичную медицинскую помощь оказывают 9 фельдшеров в 9 ФАПх.

Всего в ФЗП/ФАП под ДН находится >1/3 (31,9%) населения, из них 58,2% – лица с ССЗ. Основную долю больных ССЗ, состоящих под ДН, составляют больные АГ (76,0%) – табл. 3.

*Заболеваемость БСК (общая и первичная).* По данным официальной статистики, общая заболеваемость БСК в Тульской области в 2013 г. составила 374,9 на 100 тыс. населения, в 2014 г. – 385,1, первичная – соответственно 35,6 и 36,7 случая, причем рост первичной заболеваемости частично может быть объяснен активным выявлением заболеваний в ходе диспансеризации. Аналогичные показатели по Каменскому району значительно выше: общая заболеваемость в 2013 и 2014 г. соответственно – 412,8 и 469,0, пер-

вичная – соответственно 61,5 и 38,7. Снижение первичной заболеваемости БСК в Каменском районе в 2014 г. требует специального изучения; в частности, нужен контроль качества диспансеризации; диспансеризацию прошли 94,5% респондентов.

*Осведомленность респондентов о ССЗ.* В анкетировании приняли участие 3290 человек, в том числе 58,8% женщин и 41,2% мужчин. Лица трудоспособного возраста составили 64,3%, лица в возрасте старше трудоспособного – 35,7%. Более половины (50,7%) опрошенных знали, что текущий год объявлен Годом борьбы с ССЗ.

В анкету был включен вопрос об отношении жителей сельской местности к профилактическим акциям (например, «Твое сердце – в твоих руках»), направленным на выявление факторов риска); 74,1% респондентов не выразили желаний участвовать в таких акциях, что свидетельствует о низкой медицинской и профилактической активности населения. Между тем отношение к здоровью и профилактическая активность являются факторами снижения риска развития заболеваний [6, 10].

Из респондентов 51,1% (1681 человек) знали о наличии у них АГ; у 17,9% (301) АГ сочеталась с ИБС; у 2,5% (42) сочетались 3 заболевания: АГ, ИБС и сахарный диабет (СД); у 2,2% (37) – АГ сочеталась с бронхолегочными заболеваниями.

ИБС имела у 20,8% (684) респондентов, СД – у 12,4% (408), бронхолегочные заболевания – у 5,7% (188), другие хронические заболевания (пиелонефрит, холецистит, панкреатит, язвенная болезнь, остеохондроз) – у 34,8% (1145).

Большинство больных (69,3%) – 194 человек – принимают те или иные лекарственные препараты; 22,6% (201) отметили, что принимают лекарства только тогда, когда ухудшается самочувствие.

При АГ получают в режиме монотерапии ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), сартаны, β-адреноблокаторы 11,5% респондентов (193 человек); комбинированную терапию из 2 препаратов – 12,6% (195): диуретики + ИАПФ, диуретики + β-блокаторы); из 3 пре-

Таблица 2

**Возрастная структура населения Тульской области и Каменского района; %**

| Регион           | Лица, не достигшие трудоспособного возраста | Лица трудоспособного возраста | Лица старше трудоспособного возраста |
|------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| Тульская область | 13,6  | 57,8                          | 28,6                                 |
| Каменский район  | 15,7  | 58,1                          | 26,2                                 |

Таблица 3

**Характеристика ДН сельских жителей в ФЗП Каменского района Тульской области (численность обслуживаемого населения – 4267 человек); n (%)**

| Состоят под ДН | всего      | Из них с ССЗ |            |          |
|----------------|------------|--------------|------------|----------|
|                |            | из них       |            |          |
|                |            | с АГ         | с ИБС      | с ЦВЗ    |
| 1360 (31,9)    | 791 (58,2) | 601 (76,0)   | 113 (14,3) | 77 (9,7) |

паратов – 3,8% (64): диуретики + ИАПФ/сартаны; фиксированную комбинацию АГП (диуретик + сартан, диуретик +  $\beta$ -блокатор) – 2,7% (45). Среди препаратов, которые принимают 2,2% опрошенных при АГ, указаны и не имеющие доказательной базы. На прием антиагрегантов указали 4,9% (161), статинов – 0,7% (23).

**Амбулаторная медицинская помощь.** Опрос показал, что 92,5% сельских жителей регулярно вызывались фельдшерами на осмотр в ФАП или поликлинику; 71,9% опрошенных активно посещались фельдшером на дому; 1/3 (32,1%) респондентов посещали ФАП или поликлинику за 1 мес до опроса, 17,3% – за 3 мес, 16,9% – за 2 мес, 13,9% – за 6 мес, 13,8% – более 1 года назад; затруднились с ответом 6%.

**Скорая медицинская помощь.** Большинство опрошенных (74,3%) за последний год не вызывали скорую помощь; 1 раз в 3 мес вызывают скорую помощь 13,9%, 1 раз в месяц – 7,3%, еженедельно – 1,3%, не ответили 3,2%.

**Стационарная медицинская помощь.** Из опрошенных около 1/3 (31,3%) никогда не лечились в стационаре. Находились на стационарном лечении в 2013 г. 8,8%, в 2014 г. – 19,2%, в 1-м полугодии 2015 г. – 15,4%. 1/4 (25,3%) респондентов не дали ответа на вопрос о лечении в стационаре.

**Измерение АД.** Отвечая на вопрос о последнем измерении АД, 26,6% (875 человек) отметили, что измеряли его днем раньше, 35,4% (1165) – в день опроса, 15,7% (517) – 1 раз неделю назад, 12,7% (418) – 1 мес назад; затруднились с ответом 9,6% (316).

В день анкетирования измерили АД всем респондентам. Более чем у половины (57,1%) АД составило  $\geq 140/90$  мм рт. ст. Из числа обследованных с АГ в анамнезе не лечатся 25,4%, но у 39,4% при измерении АД оно составило  $< 140/90$  мм рт. ст. (целевой уровень). Из числа обследованных с АД повышенным, при измерении во время анкетирования, мужчин было 31,7%, женщин 68,3%, причем 75% – мужчины трудоспособного возраста; женщин трудоспособного возраста было 18,6%, т.е. целевой уровень АД чаще не достигался у мужчин среднего возраста и у пожилых женщин.

Таким образом, социологическое исследование выявило недостаточную заинтересованность сельских жителей проблемами профилактики ССЗ. Среди жителей сельской местности высока доля лиц с АГ (51,5%); средний показатель по РФ – 40% [11]; 1/4 (25,4%) пациентов с АГ не лечатся. Большим ИБС редко назначают гипотипидемические препараты (статины) – в 0,7% случаев.

Полученные данные обосновывают меры по снижению смертности от ССЗ, приоритетные для данного района. Первоочередные из них – повышение роли фельдшеров ФАПов в информировании населения о важности профилактики ССЗ, факторах риска и в целом – в повышении профилактической грамотности населения. Профилактическое консультирование как в ходе диспансеризации, так и в повседневной практике должно стать обязательным компонентом медицинской профилактической помощи жителям сел, а при обследовании надо обращать внимание на такие показатели, как уровень АД и холестерина, величина которых прямо влияет на прогноз заболеваний. Необходимо укреплять взаимодействие между фельдшерами и врачами районной больницы при ДН пациентов с ССЗ,

вести систему контроля посещений врача или фельдшера пациентами, включенными в группу ДН. Очевидна необходимость совершенствования организации медицинской помощи жителям сельской местности, особенно в части преемственности между амбулаторной, стационарной и скорой медицинской помощью с ориентацией на профилактическое направление.

## Литература

1. Расстегаев В.В. Роль диспансеризации в укреплении здоровья населения, проживающего в условиях сельской местности. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2011, 46 с.
2. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гилева Ф.А. и др. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения // Профилактика. медицина. – 2013; 2 (16): 3–12
3. Михайлова Ю.В. Применение концепции предотвратимой смертности для оценки ситуации в России. [http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2010/1/z10-mihaylova\(1\).pdf](http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2010/1/z10-mihaylova(1).pdf)
4. Николаюк Е.А. Самооценка здоровья и самоохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области // Эл. журн. «Социальные аспекты здоровья населения». – 2015; 3 (43): <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/27/lang.ru/>
5. Ломовцев А.Э. Оценка состояния здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002; 46.
6. Калинина А.М., Гомова Т.А., Кушунина Д.В. и др. Профилактическая активность пациентов поликлиник как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения: региональный опыт // Профилактика. медицина. – 2015; 2: 4–10.
7. Калинина А.М., Концевая А.В., Омельяненко М.Г. Оценка моделей профилактического поведения пациентов первичного звена здравоохранения в отношении факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008; 4: 3–8.
8. Инф. бюлл. «Оценка влияния факторов среды обитания на здоровье населения Тульской области по показателям социально-гигиенического мониторинга». Л.Н. Данилина, В.В. Болдырева, А.Э. Ломовцев и др. <http://71.rosпотреbnadzor.ru/documents/10156/bcb06f5a-7c9a-4a6e-a8f2-e97b1b3aa74f>
9. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 г.
10. Восприятие населением вопросов личного здоровья: отношение к здоровью, осознание факторов риска, заболеваемости и смертности / АМФП (ассоциация международных фармацевтических производителей), AIPM: Geneva, Switzerland, 2011. [www.ifpma.org](http://www.ifpma.org)
11. Шальнова С.А., Концевая А.В., Карпов Ю.А. и др. Эпидемиологический мониторинг как инструмент планирования программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска // Профилактика. медицина. – 2012; 6: 64–8.

## CONTROL OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN RURAL DWELLERS: SURVEY RESULTS

T. Gomova<sup>1</sup>; I. Soin<sup>1</sup>; D. Kushunina<sup>2</sup>; A. Kalinina<sup>2</sup>, MD

<sup>1</sup>Ministry of Health of the Tula Region, Tula

<sup>2</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow

*The paper shows the necessity of raising the awareness of rural dwellers, middle-aged men in particular, about the prevention of cardiovascular diseases and the better control of hypertension. The priority actions are to increase the role of physician attendants in informing the rural population about risk factors, to improve treatment adherence, and to monitor target levels of blood pressure and cholesterol, the values of which directly affect disease prognosis.*

**Key words:** cardiovascular diseases, rural population, follow-up, target levels, risk factors, prevention, preventive medical examination.