

На правах рукописи

Закроева Алла Геннадьевна

**Стратегия ведения пациентов с основными
хроническими неинфекционными заболеваниями
и их факторами риска: системный анализ
проблемы и обоснование биопсихосоциального
подхода**

14. 01. 04 – Внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Екатеринбург – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный консультант

доктор медицинских наук, профессор

Лесняк Ольга Михайловна**Официальные оппоненты**

Калев Олег Федорович - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Челябинск), профессор кафедры госпитальной терапии

Репин Алексей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», Минздрава России (г. Томск), профессор кафедры кардиологии ФПК и ППС

Купаев Виталий Иванович – доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой семейной медицины ИПО

Ведущая организация

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___» _____ 2015г. в ___ часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 208.102.02, созданного на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке имени В.Н. Климова ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, с авторефератом на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: vak2.ed.gov.ru и на сайте УГМУ www.usma.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор,



**Гришина
Ирина Федоровна**

Общая характеристика работы ***Актуальность проблемы***

Значительная часть глобального бремени болезней человека обусловлена небольшой по составу группой нарушений здоровья — основными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). В эту группу входят сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, хронические респираторные расстройства (ХОБЛ и бронхиальная астма) и сахарный диабет. Ежегодно в мире от этих болезней умирают более 36 миллионов человек. Снижение негативного воздействия ХНИЗ на популяцию стало одним из приоритетных направлений работы ВОЗ, включившей данную задачу в скорректированный перечень Целей Тысячелетия в области Развития [Честнов О.П., 2013; Бойцов С.А. 2013].

С 2008 года ВОЗ включила в единый с ХНИЗ кластер «Noncommunicable Diseases And Mental Health» («Неинфекционные заболевания и проблемы психического здоровья») длительно текущие психические расстройства — депрессию, тревожные расстройства, деменцию. Основанием для этого стали результаты множества исследований, свидетельствующих об общности системы рисков всех этих заболеваний, и, следовательно, возможность выработки единых подходов к их предотвращению и снижению глобального бремени [WHO, 2009]. В сложной иерархии данных рисков ведущими причинами ХНИЗ были признаны факторы, связанные с нездоровым образом жизни: потребление табака, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, а также высокий уровень испытываемого психосоциального стресса [WHO, 2002; WHO, 2009].

Доказанная общность системы рисков позволила изучать ХНИЗ принципиально новыми методами, пришедшими на смену медико-демографическим исследованиям. Эти методы, прежде всего, многоуровневые эпидемиологические проекты, основанные на качественных репрезентативных выборках, имеют в качестве основных входных данных частоту и распределение нездоровых форм поведения (курения, низкой физической активности, злоупотребления алкоголем и т.д.) среди населения. Используя сложные прогностические модели, они позволяют рассчитать имеющееся и прогнозировать потенциальное бремя ХНИЗ. Первичные данные этих исследований: частота и распределение рисков, становятся также базой для разработки общепопуляционных программ профилактики (проект «Северная Карелия» в Финляндии, программы Stanford Five-City Project, Three-Community Study, Minnesota Heart Health и Pawtucket Heart Health в США, программа CARMEN в Южной Америке, Tianjin в Китае и т.д.).

Современная концепция рисков ХНИЗ как болезней, связанных с образом жизни, повлекла за собой также новый всплеск исследовательского интереса и к клиническим аспектам этих заболеваний. Появились работы, посвященные анализу прогностической значимости психологических и семейных факторов в их развитии, прогрессировании и исходах [Burrows R. et al., 2012, Gunn J.M. et al. 2012]. Исследуются вопросы качества жизни при различных ХНИЗ и их сочетании [Adamowicz K. et al. 2012, Inglis S.C. et al., 2013, Tsiligianni I. et al., 2011]. Разрабатываются новые терапевтические, в том числе немедикаментозные, вмешательства, направленные на модификацию поведения пациента. Изу-

чаются вопросы коморбидности ХНИЗ и проблем психического здоровья, приверженности лечению при ХНИЗ [Lord K. et al., 2013] и т.д.

Накопившаяся научная информация по данной проблеме потребовала от практикующих врачей пересмотра старых и выработки новых знаний и навыков, выходящих за рамки классического клинического (биомедицинского) метода, основанного на представлении о здоровье и болезни как проявлениях инвариантных биологических процессов. Новые знания и навыки отвечают современной биопсихосоциальной концепции медицины [Adler, R.H., 2009; Kontos, N. 2011; Kushner R.F., 2013]. Ее сущностью, сформулированной G. Engel в 1977г., является представление о том, что здоровье человека, начало болезни, ее прогноз и эффективность лечения определяются системой факторов, принадлежащих разным уровням организации живого — биологическому, психологическому и семейно-социальному, и рассматриваются как сложное полииерархичное единство [Engel, G.L. 1977]. Применительно к врачебной практике, биопсихосоциальная концепция ведущее место в ведении пациента отводит целостной (холистической) оценке врачом каждого случая в контексте его психосоциальных и семейных детерминант.

Вместе с тем в России научных проектов в сфере рисков ХНИЗ, основанных на репрезентативных выборках, равно как и исследований, предметом изучения которых помимо «традиционных» этиологических факторов были бы также психологические и семейно-социальные детерминанты (уровень стресса, показатели качества жизни и психического здоровья), было осуществлено крайне мало [Корнильева И.В. и др., 2003, Чазов Е.И., 2007, Бойцов С.А, 2013]. До сих пор сведения о бремени ХНИЗ в России основываются преимущественно на демографических показателях заболеваемости, инвалидности и смертности, а также данных, основанных на смещенных клинических группах наблюдения (базы данных ЛПУ) [Шальнова С.А. и др., 2012, Гилмор. А., 2004; Laatikainen T., 2002]. Негативное воздействие проблем психического здоровья также рассматривается, главным образом, в контексте заболеваемости и инвалидности по причине психиатрической патологии независимо от проблем ХНИЗ [Шальнова С.А., 2006]. То же относится к изучению клинических аспектов ХНИЗ с учетом их психосоциальных составляющих, коморбидности с проблемами психического здоровья, и поиску новых стратегий ведения больных. Немногочисленные работы в данной области проводились преимущественно на группах пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь, либо под руководством психиатров [Смулевич А.Б. 2004, Каюмова М.М., 2012; Погосова Г.В. 2012].

Таким образом, проблема растущего бремени ХНИЗ крайне актуальна и требует комплексных научно обоснованных решений. Под эгидой ВОЗ на глобальном уровне уже осуществлен ряд шагов на этом пути, прежде всего, в области межгосударственного взаимодействия. На популяционном уровне, во многих странах, включая Россию, также приняты национальные стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, целью которых является снижение распространенности факторов риска среди населения, а также стратегии по организации медицинской помощи лицам из групп высокого рис-

ка. Вместе с тем ощущается явная потребность в научно обоснованных холистических подходах к ведению пациентов, имеющих основные ХНИЗ и их риски (часто в комбинации друг с другом и проблемами психического здоровья) на клиническом, индивидуальном уровне, что подчеркивается в программном документе «Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации» (2008).

Все вышеназванное обуславливает необходимость проведения исследования, основанного на репрезентативных выборках городского и сельского населения, по изучению частоты основных ХНИЗ в популяции, распределения их факторов риска, социо-демографических составляющих, проблем психического здоровья, а также выявлению ассоциаций. Полученные данные, дополненные результатами клинических исследований ХНИЗ и анализом существующей практики ведения пациентов врачами первичного звена, послужат основанием для системной оценки состояния здоровья населения и будут способствовать поиску новых стратегий и алгоритмов ведения пациентов с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на индивидуальном клиническом уровне, что отвечает запросам современной науки и практики.

Цель исследования

На основе всестороннего комплексного анализа проблемы основных ХНИЗ, проведенного на клиническом, психосоциальном и популяционном уровнях с позиции современной теории рисков, обосновать необходимость внедрения в амбулаторную практику новой стратегии ведения пациентов с этими заболеваниями и лиц с их факторами риска на основе биопсихосоциального подхода.

Задачи исследования

1. По данным исследования репрезентативных выборок сельского и городского населения Свердловской области дать сравнительную оценку частоты и распределения артериальной гипертензии, стенокардии напряжения, хронических респираторных нарушений, а также поведенческих факторов, считающихся их причинами, с учетом воздействия периферийных рисков.

2. Провести сравнительный анализ показателей психического здоровья и их ассоциаций с соматическими заболеваниями, социально-демографическими и поведенческими рисками на популяционном уровне и среди больных терапевтического профиля первичного звена.

3. Оценить качество жизни больных основными ХНИЗ и лиц с их факторами риска в сельской популяции и в городе, а также выявить его взаимосвязи с параметрами соматического, психического здоровья, поведенческими и демографическими факторами.

4. Определить на клиническом и популяционном уровнях информированность больных ХНИЗ о своем заболевании и эффективность контроля АД, а также выявить их потенциальные детерминанты.

5. Проанализировать клинические аспекты основных ХНИЗ с учетом их коморбидности с проблемами психического здоровья и оценить знания, навыки и клинический опыт врачей первичного звена в области ведения этих пациентов.

6. Дать системную оценку состояния здоровья населения изучаемых популяций и пациентов, получающих терапевтическую помощь в первичном звене с позиции современной концепции рисков ХНИЗ.

7. Разработать программу обучения участковых терапевтов, ориентированную на формирование навыков ведения пациентов с ХНИЗ, поведенческими факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциального подхода и оценить её эффективность.

8. Сформулировать стратегию ведения терапевтом и врачом общей практики пациентов с основными ХНИЗ и лиц с их факторами риска, основанную на принципах биопсихосоциального подхода.

Научная новизна

Впервые в России на основе репрезентативных выборок сельского и городского населения получены эпидемиологические показатели, характеризующие распределение в популяции основных ХНИЗ и поведенческих нарушений, считающихся их прямыми причинами, в контексте периферийных рисков: психосоциальных и социо-демографических факторов. Это позволило дать сравнительную характеристику проблемы на селе и в городе с позиции современной теории рисков, а также сопоставить ситуацию в России с другими странами.

Раскрыты новые гендерно-возрастные закономерности распределения факторов риска изучаемой патологии, их ассоциативные взаимосвязи с параметрами психического здоровья и социальными детерминантами, расширяющие понимание этиопатогенеза основных ХНИЗ и выводящие его за рамки биомедицинской парадигмы.

Обнаружены новые аспекты качества жизни и самооценки здоровья на популяционном и индивидуальном клиническом уровнях, связанные с психосоциальными факторами и широкой распространенностью в популяции изучаемых заболеваний, избыточного веса, курения, злоупотребления алкоголем, хронического стресса, свидетельствующие о социальной приемлемости нездоровых форм поведения, считающихся прямыми причинами ХНИЗ.

Впервые по результатам обследования больных, выявленных при популяционном исследовании, и пациентов терапевтического профиля первичного звена, получены сравнительные данные об их информированности об имеющемся ХНИЗ, уровне постоянного приема антигипертензивных средств при АГ и контроле артериальной гипертензии, дана оценка их потенциальных детерминант, и определено место пациентов терапевтического участка в континууме рисков ХНИЗ.

На основе единых стандартизованных критериев — анкетирования по шкале GSAD — определены показатели частоты проблем психического здоровья (тревоги и депрессии) в популяции и дана оценка их клиническим аспектам у больных, наблюдающихся врачами первичного звена медицинской помощи, с учетом взаимовлияния этих расстройств, нездорового образа жизни и хронических неинфекционных заболеваний.

По результатам комплексного анализа проблемы коморбидности ХНИЗ и нарушений психического здоровья, их психосоциальных аспектов, проведенного на популяционном и клиническом уровнях, а также изучения клинического

опыта участковых терапевтов, представлен взгляд на проблему основных ХНИЗ с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы медицины.

Разработана авторская образовательная программа, основанная на биопсихосоциальной концепции, предназначенная для врачей первичного звена, базирующаяся на рекомендациях экспертов ВОЗ по интеграции вопросов психического здоровья в общую практику и методических рекомендациях международной программы профилактики ХНИЗ CINDI, ориентированная на формирование у врачей навыков ведения пациентов с основными ХНИЗ и проблемами психического здоровья, и дана оценка эффективности этой образовательной программы.

Дано обоснование необходимости внедрения в клиническую практику индивидуальной стратегии ведения пациентов с ХНИЗ и их факторами риска, рассматривающей биологическую, психологическую и семейно-социальную составляющие болезни как единую систему взаимодействующих компонентов, к которой применимы характеристики и законы систем с обратной связью.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные о распространенности ХНИЗ и их факторов риска, о низкой осведомленности больных ХНИЗ о своей болезни, низкой приверженности к лечению и низкой его эффективности (на примере артериальной гипертензии) дают научное обоснование необходимости модификации существующих стратегий ведения больных первичного звена.

Полученные результаты свидетельствуют об актуальности проблем депрессии, тревоги, соматических симптомов стресса, курения и злоупотребления алкоголем, низких показателей психологической составляющей качества жизни жителей популяции при отсутствии у врачей навыков выявления и лечения данных проблем, что подтверждает необходимость интеграции вопросов психического здоровья в рутинную практику участковых врачей - терапевтов и врачей общей практики.

Разработанная образовательная программа для участковых врачей (терапевтов и врачей общей практики) показала свою эффективность в отношении изменения подхода к ведению больных с проблемами психического здоровья и коморбидными ХНИЗ. Продемонстрировано улучшение показателей удовлетворенности пациентов взаимодействием с врачами первичного звена. Представлено теоретическое обоснование и даны результаты внедрения в клиническую практику биопсихосоциальной концепции ведения пациентов с основными ХНИЗ и их рисками.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Среди взрослого городского и сельского населения, включая тех, кто не обращался за медицинской помощью, высоко распространены артериальная гипертензия, стенокардия напряжения и хронические респираторные нарушения. Их наличие ассоциировано с ухудшением качества жизни, но не сопряжено с отказом от курения или изменением частоты злоупотребления алкоголем.

Информированность пациентов о своем заболевании носит формальный характер.

2. Проблемы психического здоровья, такие как состояние длительного стресса, тревожные и депрессивные расстройства, широко представлены в различных вариантах коморбидности с соматической патологией как в популяции, так и среди пациентов терапевтического профиля первичного звена. Вместе с тем, вопросы, связанные с психосоциальными аспектами ХНИЗ и психическим здоровьем пациентов, не интегрированы в работу участковых врачей.

3. Высокая распространенность факторов риска основных ХНИЗ, особенности их возрастного-полового распределения, взаимосвязи с индексами качества жизни, параметрами психического здоровья и социо-демографическими детерминантами, свидетельствуют о социальной приемлемости форм поведения, считающихся прямыми причинами ХНИЗ, и характеризуют население региона как существенно продвинутое в континууме рисков ХНИЗ в опасную зону.

4. Решение проблемы ХНИЗ на клиническом уровне в первичном звене базируется преимущественно на работе с пациентами, уже имеющими выраженные клинические проявления этой патологии, физические и социальные ограничения. Тогда как больные, расположенные в менее опасной зоне рисков ХНИЗ, не информированы о своей болезни или не получают должного внимания.

5. Обучение врачей основам биопсихосоциальной концепции по программе, ориентированной на формирование практических навыков, способствует изменению стереотипов ведения пациентов с ХНИЗ и их факторами риска в первичном звене и улучшению показателей удовлетворенности пациентов их взаимодействием с врачом.

6. Выявление, анализ и своевременная коррекция поведенческих факторов риска ХНИЗ, а также проблем психического здоровья в контексте семейных и социальных детерминант, наряду с традиционной клинической диагностикой и медикаментозным лечением, соответствуя принципам биопсихосоциального подхода, должны стать индивидуальной стратегией ведения больных ХНИЗ и лиц, подверженных их риску, на клиническом уровне.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования использованы при разработке «Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у населения Свердловской области на период до 2020 года», утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области от 20.05.2009 г. № 557-ПП. Основные положения диссертации внедрены в работу Министерства здравоохранения Свердловской области, ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», а также в учебный процесс на кафедрах факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Разработанное пособие "Медицинские аспекты психологии семьи" рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацев-

тическому образованию вузов Российской Федерации в качестве учебного пособия для врачей по семейной медицине.

По материалам исследования написана глава "Биопсихосоциальный подход и наука о семье в общей врачебной практике" в издании «Национальное руководство. Общая врачебная практика. Том 1» (изд. ГЭОТАР-Медиа).

Материалы тренинг-курсов для врачей "Психическое здоровье в первичном звене здравоохранения" и «Профилактика основных неинфекционных заболеваний» в виде образовательных модулей внедрены в практику ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и реализованы в рамках Международного проекта по вопросам лечения и профилактики депрессий и суицидов на уровне первичного звена медицинской помощи в ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Архангельск).

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на проблемной комиссии по внутренним болезням ГБОУ ВПО УГМУ (Екатеринбург, октябрь 2014), совещании проректоров медицинских вузов по вопросам преподавания психологии (Оренбург, май 2005); доложены, обсуждены и опубликованы в виде тезисов на V Межрегиональной научно-практической конференции УрФО «Полипатии в общеврачебной практике (семейной медицине)» (Челябинск, 2007 г.); на межрегиональной специализированной выставке-конференции «Медицина и здоровье, здравоохранение Свердловской области 2008» (Екатеринбург, 2008 г.); на Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития семейной медицины в Сибирском федеральном округе» (Омск, 2004).

По материалам работы сделаны доклады на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации, секция «Психическое здоровье в первичном звене здравоохранения» (Мельбурн, Австралия, 2007); на Европейском конгрессе по остеопорозу и остеоартрозу (Бордо, Франция, 2012); на VI Уральском конгрессе по образу жизни и Всероссийском форуме с международным участием "За здоровую жизнь" (Екатеринбург, 2014), на V Российском конгрессе по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета (Москва, 2013); на XXVIII Международной научно-практической конференции с дистанционным участием «Современная медицина: актуальные вопросы» (Новосибирск, 2014), на заседаниях Свердловского областного общества терапевтов (Екатеринбург, 2004 г., 2007 г.), III Съезде терапевтов Свердловской области (Екатеринбург, 2014).

По теме диссертации опубликована 41 работа, из них 13 статей — в отечественных рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных работ, 3 статьи в международных журналах, включенных в базы данных Web of Science и Pubmed; учебное пособие, рекомендованное Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России; а также глава в книге «Общая врачебная практика. Национальное руководство». Серия «национальные руководства»

Личный вклад автора заключался в предложении основной идеи работы, ее цели, задач, в выборе дизайна, в организации и проведении сбора информации, ее анализе, представлении результатов и их интерпретации, формулировке положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций. Математическая обработка и статистический анализ всех данных также были выполнены автором.

Автор осуществляла организацию и методическое руководство популяционного исследования, включая разработку протокола и контроль его выполнения, лично проводила тренинг медицинских работников, проводящих сбор первичных данных, контроль качества их работы и работы оператора, выполняющего ввод информации в компьютерную базу данных. Автор лично осуществляла физикальное исследование и анализ результатов лабораторно-инструментальных методов диагностики у 141 пациента основной клинической группы и 128 больных группы сравнения; организовала и контролировала изучение 1200 амбулаторных карт (Ф. 025/у) пациентов терапевтического врачебного участка. Автор лично разработала вопросники по изучению осведомленности больных ХНИЗ, и организовала сбор этой информации. Автор лично проводила письменный опрос 203 врачей по вопроснику «Goldberg's Depression attitude», разрабатывала образовательные программы, «Профилактика и введение пациентов с основными ХНИЗ и их факторами риска», «Психическое здоровье в первичной сети здравоохранения», проводила обучение врачей (по программе «Профилактика и введение пациентов с основными ХНИЗ...» с участием других преподавателей кафедры семейной медицины УГМУ), и повторное анкетирование у 147 врачей первичного звена. Автор также разработала форму для изучения мнения пациентов о взаимодействии с врачом и организовала сбор информации у 202 посетителей ОВП Кушвинского округа

Методология и методы исследования

Исследование проведено в период 2003-2013 гг. на кафедре семейной медицины факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России на клинических базах - в общей врачебной практике Центра семейной медицины ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр медицинской профилактики». Этическая экспертиза проведена в ЛЭК Уральского государственного медицинского университета 20 декабря 2004г. (протокол № 10).

Общий план проведения исследования

1. Сравнительное одномоментное популяционное исследование на простых случайных выборках сельского и городского населения Свердловской области по изучению частоты основных ХНИЗ, их факторов риска, и проблем психического здоровья, а также закономерностей, характеризующих информированность больных ХНИЗ об имеющемся заболевании, показатели контроля АД, качество жизни (КЖ) и их ассоциации с социо-демографическими и психосоциальными факторами (927 чел.)

2. Исследование группы больных первичного звена по анализу клинических аспектов ХНИЗ и их факторов риска, проблем психического здоровья, информированности пациентов об имеющемся заболевании, уровня постоянного приема лекарственных препаратов при хронической патологии (основная группа 141 пациент, группа сравнения — 128 пациентов).

3. Анализ амбулаторных карт пациентов терапевтического врачебного участка для оценки особенностей ведения участковыми терапевтами пациентов, имеющих поведенческие факторы риска ХНИЗ, основные ХНИЗ и коморбидные проблемы психического здоровья (1200 шт.).

4. Изучение клинического опыта ведения пациентов с ХНИЗ, нездоровыми формами поведения и проблемами психического здоровья врачами терапевтами первичного звена (149 чел.), и сравнение полученных показателей с соответствующими данными от врачей специализированных служб (54 чел.).

5. Разработка программы обучения терапевтов навыкам в области ведения пациентов с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциального подхода и оценка ее эффективности (147 чел.).

6. Оценка мнения пациентов первичного звена о качестве их взаимодействия с медицинскими работниками, доступности и качестве медицинской помощи после обучения последним основам биопсихосоциального подхода (202 чел.).

Популяционное исследование

Сравнительное популяционное одномоментное исследование проводилось в двух территориях Свердловской области: в сельском Нижне-Сергинском районе и промышленном городе Ревда, для которых из списков избирателей были сформированы две простые случайные выборки из жителей старше 25 лет (программа «Sample.exe» автор – А.Г.Солодовников). При расчете объема выборок уровень статистической значимости был выбран 0,05, статистическая мощность — 80%, что позволило достичь компромисса между размером выборок и достоверностью полученных данных. В сельском районе в исследование вошли 522 человека (237 мужчин и 285 женщин, средний возраст 45,4 лет, уровень отклика 96,1%), в промышленном городе — 405 человек (150 мужчин, 255 женщин, средний возраст 53,3 года, уровень отклика 92,3%). В обеих территориях основную долю обследованных составили женщины, лица со средним и средним специальным образованием, состоящие в браке и имевшие работу. Более половины сельчан и около трети горожан имели доход, не превышающий одного прожиточного минимума на члена семьи в месяц. Городскую выборку отличала большая доля лиц старших возрастных групп и больший процент лиц с начальным образованием и пенсионеров ($p < 0,05$), что учитывалось при статистической обработке.

Сбор первичной информации осуществляли специально подготовленные сотрудники лечебно-профилактических учреждений из изучаемых поселений при посещении респондентов на дому с 1 мая 2005 г. по 1 мая 2007 г. Использовалось двойное «ослепление» — и респонденты, и медицинские работники не знали научной гипотезы и конечной цели исследования. Проводился структурированный личный опрос жителей популяции согласно разработанному про-

токолу и не менее чем двукратное измерение уровня АД откалиброванными тонометрами в соответствии с требованиями «Национальных клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии» (ВНОК, 2009). У участников исследования собирались анамнестические сведения об их социо-демографическом статусе, наличии хронических болезней, диагностированных врачом, постоянном приеме лекарств, росте и весе. Отдельно респондентов спрашивали, отмечалось ли у них ранее повышенное АД, стенокардия или ИБС, хронические заболевания легких. С помощью валидизированных вопросников с известной прогностической значимостью, используемых в клинических и эпидемиологических исследованиях для первичной диагностики ХНИЗ, мы выявляли у обследуемых наличие симптомокомплекса стенокардии напряжения («the Rose Angina Questionnaire», RAQ), хронических респираторных нарушений (вопросник Дж.Роуза и соавт., ВОЗ, Женева, 1984), оценивали курительный статус (опросник программы CINDI), показатели психического здоровья («General Health Questionnaire», GHQ-12), уровень симптомов тревоги и депрессии («The Goldberg Scales of Anxiety and Depression», GSAD), вероятность злоупотребления алкоголем (опросник CAGE на основе Мичиганского теста), а также качество жизни (SF-36). Проводилась работа по минимизации количества вопросников, заполненных с ошибками, и исключению фиктивного заполнения вопросников.

Клиническое исследование

Основная клиническая группа (141 чел.) была представлена пациентами, обратившимися в общем порядке в городскую общую врачебную практику (ОВП) Центра семейной медицины УГМУ в течение 2 недель 2011 г., и пациентов, направленных в этот центр из пяти районов Свердловской области для консультации. Средний возраст составил 50 лет (95%ДИ 47,2-52,8), 31% из них — мужчины (44 чел., 95%ДИ 24,0-39,1%). В качестве группы сравнения при изучении показателей осведомленности об имеющемся ХНИЗ, уровня постоянного приема прогноз-модифицирующих лекарств, и изучения их возможных клинических детерминант мы обследовали 128 больных остеопорозом, направленных из первичного звена в Центр семейной медицины УГМУ для денситометрии. Средний возраст больных группы сравнения был 67,8 лет (95%ДИ 66,2-69,4). В 53% случаев (68 чел., 95%ДИ 44,5-61,6) они имели в анамнезе 1 малотравматичный перелом или более. У пациентов обеих групп проводились сбор анамнеза, клиническое обследование, диагностика тревожного и/или депрессивного расстройства в соответствии с критериями МКБ-10, а также анализ данных лабораторно-инструментальных методов диагностики. Как вспомогательный инструмент в диагностике проблем психического здоровья применялся опросник GSAD по процедуре, аналогичной проведенной в популяционной части исследования.

Кроме того, мы подвергли рассмотрению амбулаторные карты (Ф. 025/у) пациентов городского терапевтического врачебного участка, в котором проводилось наше клиническое исследование. К данному участку было прикреплено взрослое население (1348 человек, средний возраст 52,4 года ИКИ 47-62 лет). Мы ставили задачу проанализировать все амбулаторные карты, находившиеся в

регистратуре на момент исследования, чтобы изучить особенности ведения больных терапевтического профиля, имеющих проблемы психического здоровья, врачами участковой службы. Однако по достижении количества проанализированных амбулаторных карт 1200, данная часть исследования была остановлена в связи выполнением поставленной задачи.

Изучение клинического опыта врачей первичного звена

Для изучения клинического опыта и знаний врачей первичного звена было проведено письменное анкетирование 149 участковых врачей из 10 различных районов Свердловской области с использованием вопросника «Goldberg's Depression attitude». В качестве группы сравнения анализировались ответы на данный вопросник 27 кардиологов и 27 ревматологов Свердловской области, ведущих амбулаторный прием.

Разработка программы обучения терапевтов и оценка ее эффективности

Нами были разработаны и реализованы модульные образовательные программы для врачей первичного звена: на основе методических материалов «Российской программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний» CINDI и образовательной программы Всемирной психиатрической организации «Educational Programme on Depressive Disorders» для врачей не-психиатров. При обучении преимущественно использовался формат тренинга практических навыков. Спустя 3-6 месяцев после обучения после возвращения врачей к повседневной работе проводилось их повторное анкетирование с помощью того же вопросника. Также мы провели письменный анонимный опрос 280 пациентов ОВП Кушвинского округа Свердловской области для изучения их мнения о взаимодействии с врачами первичного звена, после обучения последних основам биопсихосоциального подхода. На предлагаемые вопросы ответили 202 респондента (ответаемость 72%), из них 46% мужчин, 54% — женщин. Средний возраст 43 года, Me 44(ИКИ 35-58 лет).

Ввод информации в базу данных проводился при помощи специально разработанной компьютерной формы на базе MS Access' 2000. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакетов прикладных программ MS Excel 2007 и SPSS 13.0. Все количественные показатели оценивались на нормальность распределения и выражены средним (M), 95% доверительным интервалом для среднего (95%ДИ), либо медианой (Me) и интерквартильным интервалом (ИКИ), качественные признаки — в процентах с указанием 95% доверительного интервала по методу Уилсона. Сравнение двух групп признаков проводилось с помощью критерия Манна-Уитни, анализ качественных признаков в двух и более группах — с помощью таблиц сопряженности и точного критерия Фишера. Для сравнения в таблицах более 2x2 применялся критерий «хи-квадрат» (χ^2). Для оценки тенденции к росту либо снижению частоты показателя в упорядоченных рядах (например, с возрастом) использовался критерий χ^2 -тренд и критерий Эрмитаиджа. Для сравнения показателей внутри группы с популяционными использован z-критерий. Связь между количественными и порядковыми переменными определялась с использованием ранговой корреляции, результат представлен коэффициентом Спирмена (r_s). Ответы на вопросы о знаниях врачей оценивались по дихотомической шкале: верный ответ кодиро-

вался 1 баллом, неверный - 0, вопросы о клинической практике — в виде балльной оценки 1, 2, 3, 4 соответственно. Для сравнения результатов ответов до и после обучения применялся критерий McNemar. При анализе большинства показателей частоты изучаемых ХНИЗ и их факторов риска нами проводилась стратификация данных по полу и возрасту, а для ряда параметров рассчитывался стандартизованный показатель.

Основное содержание работы

Изучаемые ХНИЗ у сельских и городских жителей: сравнительная оценка распространенности, гендерно-возрастные закономерности, взаимосвязи с социо-демографическими детерминантами и поведенческими факторами риска

Основные не стандартизированные показатели распространенности ХНИЗ, их факторов риска и проблем психического здоровья в изучаемых популяциях представлены в табл. 1.

Среди изучаемых ХНИЗ наибольшей была частота АГ (практически у половины обследованных). Ее стандартизированный показатель на селе и в городе составил 37,2%(95%ДИ 33,2-41,4) и 35,9%(95%ДИ 31,4-40,7%) ($p>0,05$) соотв., а в однородных по полу и возрасту стратах АГ одинаково часто регистрировалась у сельских и городских жителей. Распространенность АГ увеличивалась с возрастом, достигая показателей 95-100% среди женщин старше 70 лет (рис. 1). Кроме того, частота АГ была выше в 2,4-2,6 раза у лиц с ожирением, причем как на селе (ОШ 2,6; 95%ДИ 1,6-4,2; $p<0,001$), так и в городе (ОШ 2,4; 95%ДИ 1,2-4,9; $p=0,01$). Кроме того, АГ вдвое чаще была выявлена у горожан с уровнем дохода менее 1 и 1-2 прожиточных минимумов на человека в месяц в сравнении с более обеспеченными лицами: ОШ 2,1(95%ДИ 1,4-3,2, $p<0,001$). На селе связей между АГ и уровнем дохода выявлено не было.

Частота симптомокомплекса стенокардии напряжения в сельском районе и в городе достоверно не различалась (табл. 1), а ее стандартизованный показатель на селе и в городе составил 8,7%(95% ДИ 6,6-11,4%), и 9,5%(95% ДИ 7-12,7%) соотв. ($p>0,05$). В однородных по полу и возрасту стратах (рис.2) частота стенокардии напряжения также была одинаковой на селе и в городе ($p>0,05$), нарастая с возрастом среди мужчин обеих популяций, а также среди городских женщин, хотя и не так существенно, как частота АГ (см. уравнения аппроксимации на графиках) (χ^2 -тренд $p<0,05$). Среди сельских женщин тенденции к изменению частоты стенокардии с возрастом не было выявлено (χ^2 -тренд $p>0,05$).

Вероятность стенокардии напряжения повышали следующие факторы: наличие АГ — ОШ 2,9(95% ДИ 1,7-5,0; $p<0,05$) и 5,9(95%ДИ 2,8-15,2; $p<0,001$) для села и города соответственно; ожирения — ОШ 3,04(95%ДИ 1,7-5,4; $p<0,05$) и 2,1(95%ДИ 1,0-4,2, $p=0,045$) для села и города соответственно, а также доход ниже одного прожиточного минимума в месяц на человека и начальное образование.

Частота хронических неинфекционных заболеваний, их факторов риска
и проблем психического здоровья в изучаемых популяциях

Изучаемые состояния	Количество респондентов (чел.) в скобках – доля лиц и 95% ДИ доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Артериальная гипертензия	120 (51%) 44,3-56,9)	126*** (44,2%) 38,6-50)	246* (47%) 42,9-52,4)	74 ^x (49%) 41,4-57,3)	153 (60%) 53,9-65,8)	227 (56%) 51,2-60,8)
Стенокардия напряжения	25 (10,5%) 7,2-15,1)	43 (15%) 11,4-19,7)	68 (13,0%) 10,4-16,2)	14 ^x (9,3%) 5,6-15,1)	49 (19,2%) 15-19,5)	63 (15,6%) 12,4-19,4)
Хронические респираторные нарушения	14 (5,9%) 3,5-9,7)	12 (4,2%) 2,4-7,2)	26 (4,98%) 3,4-7,2)	12 ^x (8%) 4,6-13,5)	13 (5,1%) 3-8,5)	25 (6,2%) 4,2-9,0)
Ожирение и избыточный вес	82 ^x (34%) 28,3-42)	143* (50,2%) 44,4-55,9)	225*** (43,1%) 38,9-47,4)	44 (29,3%) 22,6-37)	93 (36,5%) 30,8-42,5)	137 (33,8%) 29,4-38,6)
Курение	148 ^{xxx} (62,4%) 56,1-68,3)	18 (6,3%) 4,0-9,7)	166 (31,8%) 28-35,9)	102 ^{xxx} (68%) 60,2-75)	16 (6,3%) 3,9-10)	118 (29,1%) 24,9-33,7)
Вероятное злоупотребление алкоголем	104** ^{xxx} (43,9%) 37,7-55,2)	31 (10,9%) 6,8-19)	135*** (25,9%) 22,3-29,8)	42 ^{xxx} (28%) 21,4-35,7)	13 (5,1%) 3-8,5)	55 (13,6%) 8,8-16,0)
Высокий уровень испытываемого стресса	36 (15,2%) 11,2-20,3)	59 (20,7%) 16,4-25,8)	95 (18,2%) 15,1-21,7)	14 (9,3%) 5,6-15)	57 (22,4% ^{xx}) 17,7-27,9)	71 (17,5%) 14,2-21,6)
Патологический уровень тревоги	73 (30,8%) 25,3-36,9)	109 ^x (38,2%) 32,3-44,1)	182 (34,9%) 30,9-39,1)	36 (24,0%) 11,2-20,3)	117 ^{xxx} (45,9%) 35,7-47,0)	153 (37,8%) 25,8-33,6)
Патологический уровень симптомов депрессии	88 (37,1%) 31,2-43,4)	132 (46,3% ^x) 40,6-52,1)	220 (42,1%) 38,0-46,4)	44 (29,3%) 14,1-24)	128 (50,2% ^{xxx}) 39,2-50,7)	172 (42,5%) 29,1-37,1)

* – различия, в сравнении с лицами того же пола в городской популяции $p < 0,05$

** – различия, в сравнении с лицами того же пола в городской популяции $p < 0,01$

*** – различия, в сравнении с лицами того же пола в городской популяции $p < 0,001$

^x – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции, $p < 0,05$

^{xx} – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции, $p < 0,01$

^{xxx} – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,001$

Но также как и в случае с АГ, последние две ассоциации имели место только среди горожан: ОШ для города 5,1 (95%ДИ 2,4-11; $p < 0,001$) и 3,8(95%ДИ 2,2-6,8; $p < 0,001$) соответственно; ОШ для села 1,2 (95%ДИ 0,7-2,2; $p > 0,05$) и 0,78(95%ДИ 0,3-1,8; $p > 0,05$) соответственно. Наличие/отсутствие работы и семейный статус не влияли на частоту симптомов стенокардии ни в городе, ни на селе. Курение также не ассоциировалось с симптомами стенокардии ОШ 0,8(95% ДИ 0,5-1,4) для села и 0,5(95% ДИ 0,03-1,02) для города.

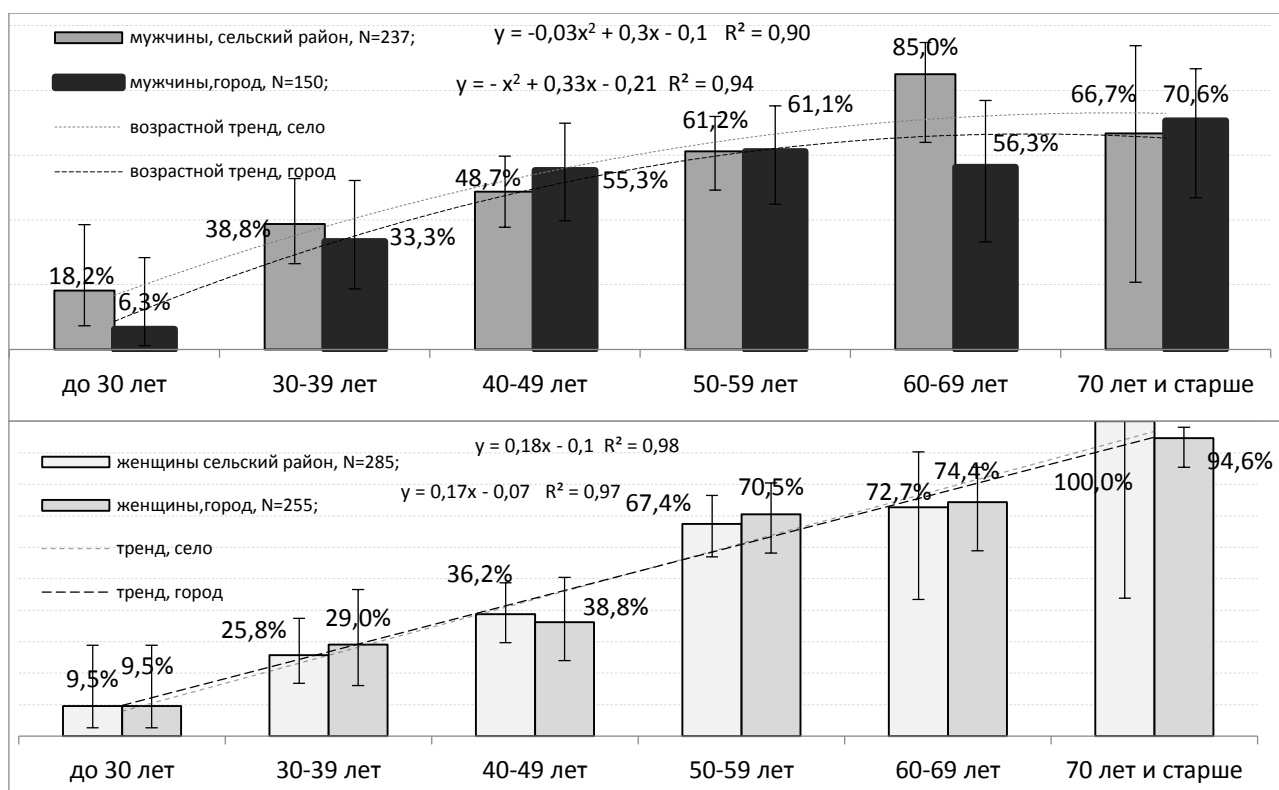


Рисунок 1. Доля лиц с артериальной гипертензией в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста. Размах — величина 95% ДИ. В уравнениях y — процент лиц с АГ, x — ранговая величина возраста обследованных, R^2 — величина достоверности аппроксимации.

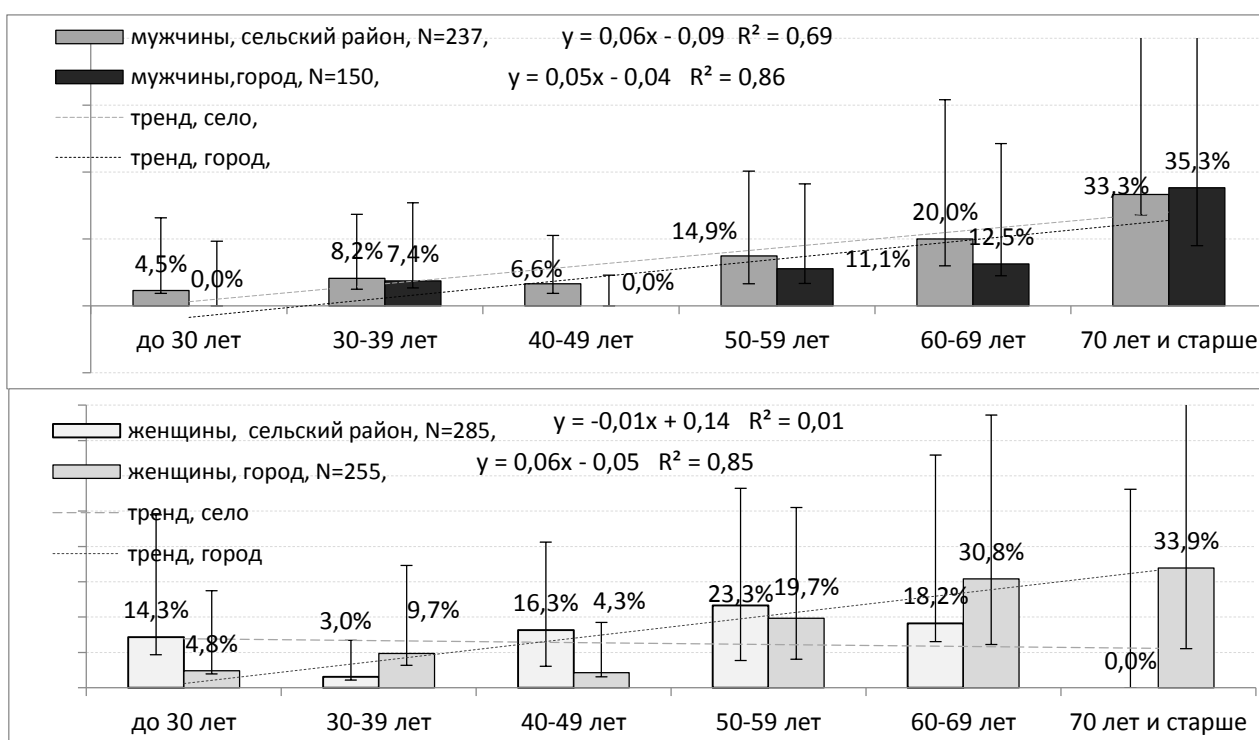


Рисунок 2. Доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения в зависимости от пола и возраста. Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнениях y — частота стенокардии напряжения, x — ранговая величина возраста, R^2 величина достоверности аппроксимации

Частота выявленных хронических респираторных нарушений в сельской и городской популяциях также была сопоставимой (табл. 1). Стандартизованный

ее показатель составил 2,9% (95%ДИ 1,8-4,7%) и 4,4%(95%ДИ 2,8-6,9% $p>0,05$) соответственно. Возрастной динамики и гендерных различий в частоте симптомов ХОБЛ и астмы также не было выявлено. Из изучаемых факторов риска хронические респираторные расстройства были ассоциированы только с курением: на селе ОШ 2,6(95%ДИ 1,2-6,8, $p<0,01$); в городе ОШ 4,1(95%ДИ 1,8-9,4 $p<0,001$). Тренд в сторону снижения частоты респираторных расстройств по мере роста образования (более выраженный среди горожан) и доходов не достигал уровня статистической достоверности ни на селе, ни в городе.

Таким образом, среди изучаемых ХНИЗ, наибольшую частоту в популяции имела АГ, выявленная практически у половины взрослых жителей. Стенокардия напряжения встречалась втрое ниже, а на третьем месте были хронические респираторные нарушения, беспокоящие не менее 5% обследованных.

Обнаруженная нами высокая частота АГ не противоречила данным федерального мониторинга АГ в России 2003-2007гг. и была близка к показателям стран Африки и Восточной Европы 2008-2012 гг. [Шальнова С.А., 2006; Оганов Р.Г., 2011; World Health Statistics, 2012]. Частота симптомов стенокардии напряжения также была сопоставима с исследованиями других авторов и позволяла предположить высокую распространенность ИБС как клинической формы среди жителей Урала [Карпов Р.С., 2003; Zhang, X. 2003; Empana J.P.,2011]. Также стоит отметить, что гендерно-возрастные тенденции в распределении АГ и стенокардии напряжения были схожими, что отвечало современным представлениям о роли сердечно-сосудистой патологии в укорочении продолжительности жизни россиян. А достоверные ассоциативные взаимосвязи обоих заболеваний с ожирением согласовались с научными данными об общности системы рисков и патогенетической основе АГ и ИБС.

Анализ и сравнение показателей частоты хронических респираторных расстройств с данными других авторов представляли некоторые сложности в связи с терминологическими затруднениями в определениях болезней, протекающих с ограничением скорости воздушного потока. Однако выявленная нами частота состояний, характеризующихся длительным кашлем с мокротой и одышкой (около 5%) не противоречили данным из других регионов России и мира [Bellamy D., 2006; Buist A.S., 2007; Forey B.A., 2011]. Это, наряду с выявленной нами высокой распространённостью курения (см.ниже), свидетельствовало об остроте проблемы ХОБЛ и бронхиальной астмы в изучаемой популяции.

Факторы риска изучаемых заболеваний, их гендерно-возрастные аспекты, ассоциации с ХНИЗ и социальным статусом обследованных

Общий показатель распространённости ожирения и избыточного веса (табл.1) на селе был выше, чем в городе (43,1% и 33,8% соотв., $p <0,001$), что было обусловлено большей частотой ожирения среди пожилых сельских женщин, в сравнении с городскими ровесницами ($p<0,05$) (рис.3). Поправка на возраст-половой состав территорий позволила также выявить, что частота ожирения (не избыточного веса) на селе была наименьшей у самых молодых лиц, но постепенно нарастала с возрастом до "плато" среди 50-69 летних (χ^2 -тренд $p<0,05$). Затем наблюдалось достоверное снижение распространенности данно-

го фактора риска: среди сельчан старше 70 лет, попавших в выборку, не было ни одного с ожирением. В городе также наблюдался медленный, но достоверный прирост доли лиц с ожирением с увеличением возраста респондентов для возрастного промежутка 25-69 лет (χ^2 -тренд $p < 0,05$). Среди лиц старше 70 лет, как и на селе, наблюдалось достоверное снижение распространенности ожирения: среди мужчин до 5,9%, у женщин до 8,9%. Среди горожан, «перешагнувших» 80-летний рубеж, только у одной женщины были параметры роста и веса, соответствующие ожирению 1 степени.

Рисунок 3 (верхняя диаграмма) также демонстрирует, что доля сельских женщин с ожирением была выше, чем сельских мужчин во всех возрастных категориях в 2-3 раза, однако степени достоверности эти различия достигали только среди 40-49 летних ($p < 0,05$) и 50-59-летних ($p < 0,001$). В городе (рис.3 нижняя диаграмма) процент женщин с ожирением почти во всех возрастных группах был выше, чем мужчин, но гендерные различия не достигали статистической значимости.

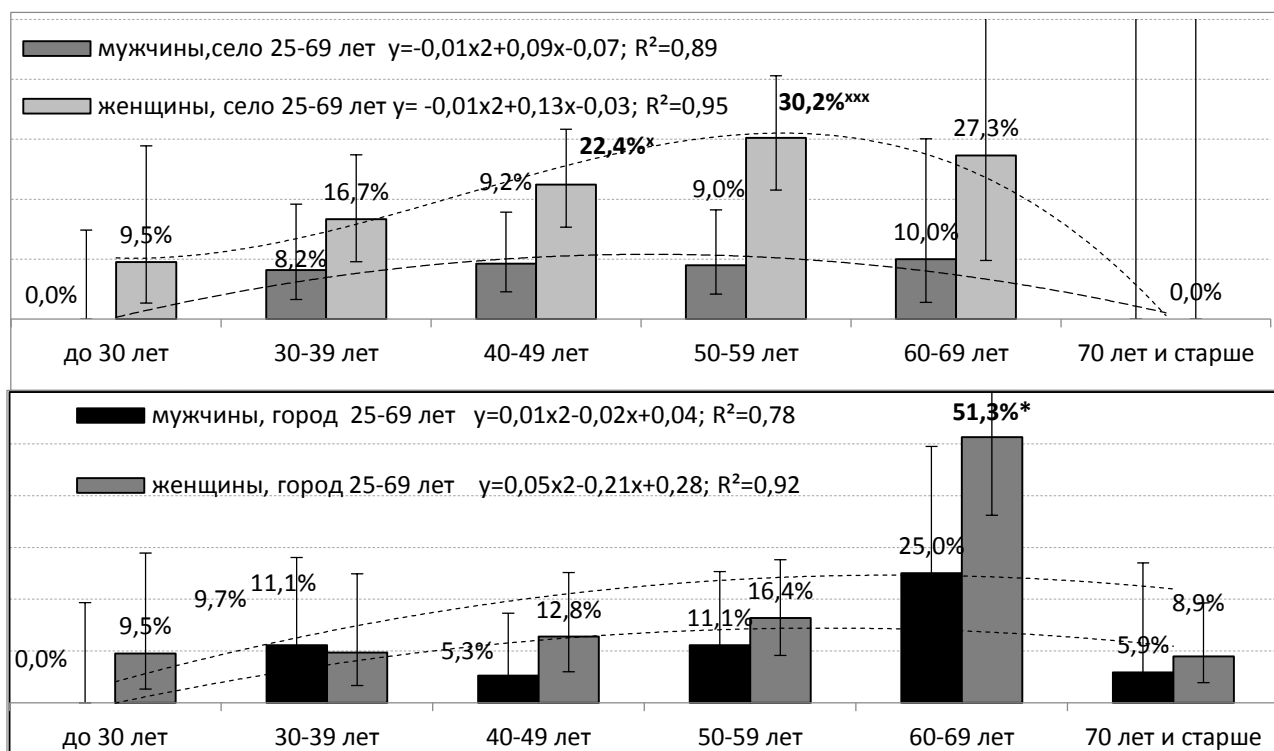


Рисунок 3. Гендерно-возрастные особенности распределения ожирения в сельской и городской популяциях; Размах — 95%ДИ. Примечание: ^x — внутрипопуляционные гендерные различия $p < 0,05$; ^{xxx} — внутрипопуляционные гендерные различия для данного возраста $p < 0,001$; * — различия в частоте ожирения, в сравнении с другими возрастными категориями $p < 0,001$

Помимо указанных выше ассоциаций стенокардии напряжения с ожирением и АГ, было также обнаружено, что процент сельских жителей с избыточной массой тела (ожирением или избыточным весом) прогрессивно увеличивался по мере возрастания уровня их образования: от 29,3% среди наименее образованных (58 чел., 95%ДИ 19-42%) до 55,7% среди лиц с высшим образованием (61 чел., 95%ДИ 43,3-68%). Эта тенденция наблюдалась и среди мужчин (χ^2 -тренд $p < 0,05$), и среди женщин (χ^2 -тренд $p < 0,001$). Среди жителей города таких зако-

номерностей выявлено не было. Также лишь на селе доля лиц с избыточным весом или ожирением линейно нарастала с увеличением их финансового благополучия ($p < 0,05$). Однако ограничив категорию респондентов с избыточной массой тела только до тех, кто имел ожирение, мы выяснили, что среди лиц всех образовательных уровней и финансового статуса доля лиц с ожирением была представлена одинаково как на селе, так и в городе ($p > 0,05$).

На вопросы, связанные с курением, ответили 904 чел. (97,5% опрошенных). Из них курил практически каждый третий; мужчины почти в 10 раз чаще женщин (табл. 1, $p < 0,001$). Было обнаружены схожие гендерно-возрастные закономерности распределения данного риска в популяциях. Так, сельские мужчины трудоспособного возраста курили одинаково часто: в 56,6-72,2% случаев (χ^2 -тренд $p > 0,05$), но среди сельских мужчин старше 70 лет процент курящих падал вдвое: до 33,3% ($p > 0,05$). Доля курильщиков среди городских мужчин трудоспособного возраста в целом была выше, чем на селе, и незначительно снижалась с возрастом: с 93,8% у молодых лиц до 72,2% среди 50-69 летних. (χ^2 -тренд $p < 0,05$, $R^2 = 0,86$), но среди городских мужчин старше 60 лет доля курящих также резко сокращалась: до 43,8-47,1% ($p < 0,05$). Доля куривших женщин также постепенно уменьшалась с возрастом как на селе, так и в городе (χ^2 -тренд $p < 0,05$), причем среди женщин старше 60 лет уже ни одна не сообщила, что курит. Достоверных ассоциативных связей между курением и наличием АГ либо стенокардии не было. Однако распространенность хронических респираторных нарушений среди курящих на селе была в 2,6 раз, а в городе в 4,1 раз выше, чем у некурящих ($p < 0,05$). Кроме того, процент курящих был наибольшим среди лиц со средним образованием на обеих территориях (лица с более низким и более высоким образовательным уровнем курили меньше; $p < 0,05$). По мере увеличения дохода процент курящих лиц достоверно нарастал в обеих популяциях ($p < 0,05$).

Доля лиц, у которых можно предположить злоупотребление алкоголем, составила на селе 26%, а в городе 13,6% ($p < 0,001$) (табл.1). Межпопуляционные различия были связаны, прежде всего, с ответами сельских мужчин старше 60 лет, среди которых частота данного фактора риска превышала аналогичные показатели городских ровесников более чем втрое. Однако именно в данной возрастной группе среди горожан было наибольшее число отказавшихся отвечать на вопросы об употреблении алкоголя, что могло повлиять на межпопуляционные различия. У мужчин обеих территорий симптомы, свидетельствующие о злоупотреблении алкоголем, были выявлены достоверно чаще, чем у женщин ($p < 0,001$). Двое мужчин из сельского района назвали алкоголизм в качестве единственного имеющегося у них хронического заболевания. При этом показатели соматического здоровья — наличие АГ, стенокардии напряжения, и даже такой фактор, как осведомленность о наличии хронического заболевания (АГ, ИБС, ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита гастроинтестинальной патологии) — не влияли на частоту злоупотребления алкоголем. Напротив, хронические респираторные симптомы у сельских жителей были ассоциированы с достоверным, более чем двукратным увеличением лиц, вероятно злоупотребляющих алкоголем: ОШ 3,1 (95%ДИ 1,4-6,8, $p < 0,001$). У горожан

также наблюдалась подобная ассоциация, не достигшая, однако, степени статистической достоверности: ОШ 2,1 (95%ДИ 0,8-5,6, $p > 0,05$). Кроме того, частота нездорового употребления алкоголя среди куривших была более чем в 4 раза выше, чем среди не куривших участников исследования ($p < 0,01$).

Не влияли на показатели частоты злоупотребления алкоголем ожирение, избыточная масса тела, семейный статус, наличие и количество детей ($p > 0,05$ для всех факторов). Среди работающих горожан, однако, уровень злоупотребления алкоголем был выше, чем среди безработных ($p < 0,001$). На селе была выявлена противоположная тенденция, не достигавшая, однако, уровня статистической достоверности. С повышением уровня образования и ростом финансового благополучия доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, сокращалась, хотя статистически достоверно только на селе ($p < 0,05$).

Таким образом, исследование позволило предположить высокую распространенность нездоровых форм поведения, считающихся прямыми причинами ХНИЗ, среди жителей села и города. В частности, частота избыточной массы тела и ожирения, была сопоставима с данными Российской представительной выборки 1997 г [Смирнова, Е.А 1997, Бритов А.Н., 2011], и была также близка к показателям государств Восточной-Европы [Musaiger, A.O. et al., 2012] и Американского региона [A snapshot of global health, 2012], в которых она расценивается экспертами ВОЗ как тревожащая [The WHO Global status report on Non-communicable Diseases, 2010]. Гендерно-возрастные тенденции в распространенности ожирения во многом были схожими с таковыми для АГ и стенокардии (постепенный прирост с возрастом и резкое снижение среди лиц, «перешагнувших» 70-летний рубеж), что согласовалось с теорией риска ХНИЗ, постулирующей непосредственный вклад ожирения и его последствий в возникновение и прогрессирование ХНИЗ, связанных с ними инвалидности и смертности.

Частота курения (в городе 29%, на селе 32%) была расценена также как крайне высокая [GATS, 2009], особенно среди молодых городских мужчин, среди которых курили 93,9%. Подобные показатели отмечены в некоторых других российских исследованиях [Шальнова С.А. и др., 1998; Гилмор А., 2004]. Они также характерны для стран Азии начала XXI века [Peto, R., 1994; Kengne A.P., 2009; WHO, 2011], тогда как в Западноевропейском регионе доля курильщиков практически вдвое ниже [Европейский доклад о борьбе против табака, 2007]. Уровень злоупотребления алкоголем, особенно среди сельских мужчин с низким уровнем образования, дохода и безработных, также был расценен как значительный [Dissing A.S., 2013, Заридзе Д, 2014]. Обратил на себя внимание тот факт, что возраст, пищевой статус, семейный статус, количество детей, указание на наличие хронического заболевания, уровень АД и наличие симптомокомплекса стенокардии напряжения не увеличивали шансы злоупотребления алкоголем ни в городе, ни на селе.

Кроме вышеназванных, нами были раскрыты и другие закономерности, связанные с изучаемыми ХНИЗ, алкоголем и курением. Так, с одной стороны, мы не установили достоверных ассоциативных взаимосвязей между этими поведенческими факторами и АГ, стенокардией напряжения, а также с возрастом.

Лишь в самых старших возрастных группах сокращалась доля курящих мужчин, а среди горожан самых старших возрастных групп сокращалась доля лиц с небезопасным употреблением алкоголя. С другой стороны, мы наблюдали отчетливую ассоциативную связь курения и злоупотребления алкоголем с «нефатальными» ХНИЗ — хроническими респираторными нарушениями. Мы расценили такие результаты как дополнительное подтверждение влияния нездоровых форм поведения на укорочение продолжительности жизни: вероятность дожить до преклонных лет и попасть в исследуемые выборки среди лиц, курящих, злоупотребляющих алкоголем и имеющих АГ и стенокардию напряжения (ИБС) одновременно, была крайне мала. Таким образом, полученные нами результаты могли быть индикатором значимости проблемы нездорового образа жизни как социальной нормы, лежащей в основе широкой распространенности и растущего бремени ХНИЗ на популяционном уровне. А структура ответов опрошенных не исключала того, что реальная распространенность факторов риска ХНИЗ еще выше за счет тех, кто отказался отвечать на вопросы, связанные с употреблением алкоголя, курением и тех, кто не знал свой рост и вес.

Психическое здоровье жителей села и города и его взаимосвязи с изучаемыми ХНИЗ, их факторами риска, социальными детерминантами

Основные показатели психического здоровья в изучаемых популяциях также представлены в табл. 1. Из нее, в частности, следует, что высокий уровень психосоциального стресса был у 18,2% сельских и 17,5% городских жителей ($p > 0,05$). С возрастом доля лиц, подверженных стрессу, увеличивалась с одинаковой скоростью в обеих популяциях ($p < 0,05$), а среди женщин было больше лиц с высоким уровнем стресса, чем среди мужчин (в городе достоверно, $p < 0,05$). Доля лиц с патологическим количеством симптомов тревоги и депрессии (не менее трети взрослых жителей) была сопоставима на селе и в городе (табл. 1). Она нарастала с возрастом как у мужчин, так и у женщин, независимо от места их проживания (рис. 4 и 5).

Высокий уровень тревоги был тесно и достоверно ассоциирован с указанием самих респондентов на наличие у них соматического заболевания из кластера «болезни системы кровообращения», в том числе ИБС и АГ, «новообразования» (последнее только для села), а кроме того, с выявленной АГ, стенокардией напряжения, хроническими респираторными нарушениями (последнее только для села), а также уровнем стресса по шкале GHQ-12 (табл. 2). Тесные ассоциации с соматическими ХНИЗ и уровнем стресса были выявлены и для патологического уровня депрессии. Они имели аналогичную направленность и, в большинстве случаев, силу связи. Кроме того, доля лиц с надпороговым уровнем симптомов тревоги и депрессии незначительно увеличивалась по мере повышения показателя индекса массы тела обследованных на селе и в городе.

Были проанализированы также взаимосвязи параметров психического здоровья с финансовым, образовательным и семейным статусом. Так, процент лиц с надпороговым уровнем тревоги среди сельских жителей с очень низким, низким и средним уровнем доходов отличался незначительно ($p > 0,05$).

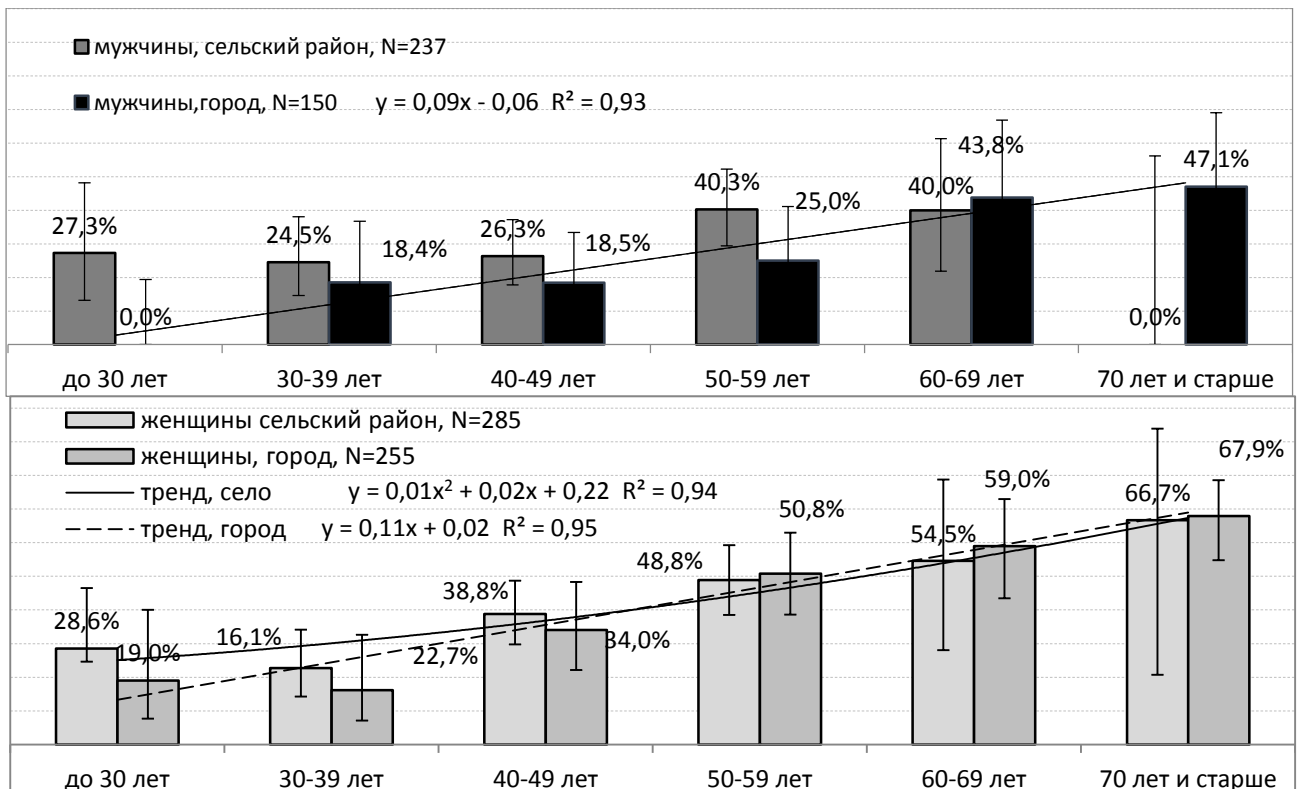


Рисунок 4. Доля лиц с надпороговым уровнем тревоги в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста. В уравнениях: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов среди данной возрастной группы, x — ранговая величина возраста, R^2 — величина достоверности аппроксимации).

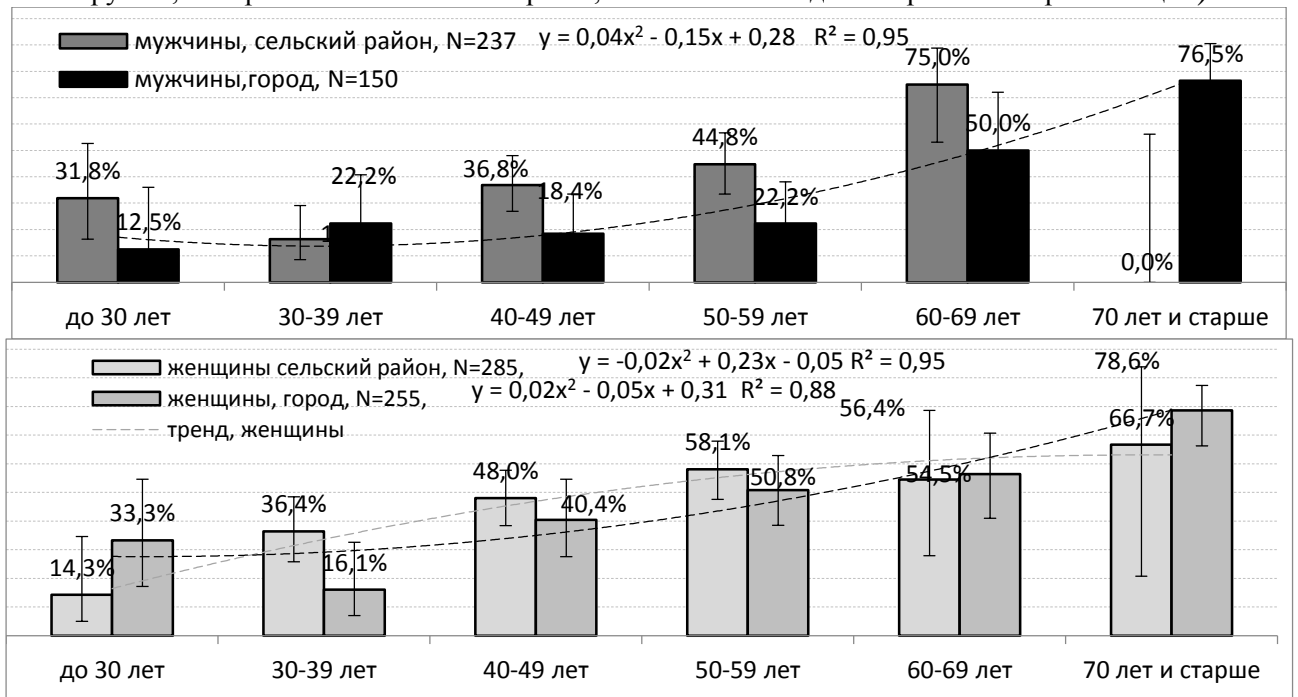


Рисунок 5. Доля лиц с надпороговым количеством симптомов депрессии в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста. В уравнениях: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов среди данной возрастной группы, x — ранговая величина возраста, R^2 — величина достоверности аппроксимации

И только среди сельчан, декларировавших больше, чем 2 прожиточных минимума на члена семьи в месяц, доля лиц с высоким уровнем тревоги становилась достоверно выше — 46,4% (медиана симптомов 4) ($p < 0,05$). В городской популя-

ции распространённость состояний с высокой вероятностью тревожных расстройств по мере роста доходов практически линейно снижалась с 68,8% до 28% ($p < 0,001$). Коэффициент корреляции между индексом дохода и показателем уровня тревоги для сельской популяции $r_s = -0,000$, ($p = 0,99$); для городской $r_s = -0,22$, ($p < 0,001$).

Таблица 2

Ассоциации тревожных расстройств с хроническими неинфекционными заболеваниями и уровнем стресса в сельской и городской популяциях

Фактор	Сельская территория, N= 522		Город, N=405	
	Число респондентов, чел. В скобках доля лиц с патологической тревогой (%)	ОШ 95%ДИ ОШ	Число респондентов, чел. В скобках доля лиц с патологической тревогой (%)	ОШ 95%ДИ ОШ
Указание на наличие сердечно-сосудистого заболевания	113(60,2)	3,9 ^x (2,5-6)	108(58,3)	3,2 ^x (2-5,1)
Нет указания на «болезни системы кровообращения»	409(27,9)		297(30,3)	
Указание на наличие «новообразований»	15(60)	2,9 ^{xx} (1-8,3)	13(46,2)	1,4 (0,5-4,3)
Нет указания на «новообразования»	507(34,1)		392(37,5)	
Указание на бронхо-легочное заболевание	13(46,2)	1,6 (0,5-4,9)	7(57,1)	2,2 (0,5-10,1)
Нет указания на бронхо-легочную патологию	509(34,0)		398(37,4)	
Указание на ИБС	17(64,7)	3,6 ^{xx} (1,3-9,8)	31(77,4)	6,5 ^x (2,7-15,5)
Нет указания на ИБС	505(33,8)		374(34,5)	
Выявленная АГ	263(45,2)	2,6 ^x (1,8-3,7)	227(51,5)	4,2 ^x (2,7-6,6)
Нормальное АД	259(24,3)		178(20,2)	
Стенокардия напряжения	68(63,2)	3,9 ^x (2,3-6,6)	63(71,4)	5,4 ^{**} (3-9,8)
Нет стенокардии	454(30,6)		342(31,6)	
Хронические респираторные нарушения	26(57,7)	2,7 ^{xx} (1,2-6)	25(52,0)	1,9 (0,8-4,2)
Нет респираторных нарушений	496(33,7)		380(36,8)	
Высокий уровень стресса	306(51,3)	8,1 ^{xx} (5-12,9)	242(50,8)	4,6 ^x (2,9-7,3)
Нет стресса	216(11,6)		163(18,4)	

^x — $p < 0,05$, в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства

^{xx} — $p < 0,01$, в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства

Для симптомов депрессии была выявлена схожая закономерность (рис 6): среди сельчан не было достоверных ассоциаций между финансовым статусом и уровнем ее симптомов, но среди горожан наблюдался достоверный тренд в сторону уменьшения числа симптомов и процента у лиц с патологическим уровнем депрессии от наибольшего (68,8%) среди лиц с самым низким доходом до минимального (36,6%) у лиц, декларировавших наибольшую финансовую обеспеченность. Медиана количества депрессивных симптомов прогрессивно

снижалась от 5 до одного балла по мере роста доходов респондентов ($p < 0,001$; критерий χ^2 и Кр-Уоллиса, $r_s = -0,28$, $p < 0,001$, χ^2 -тренд $p < 0,001$).

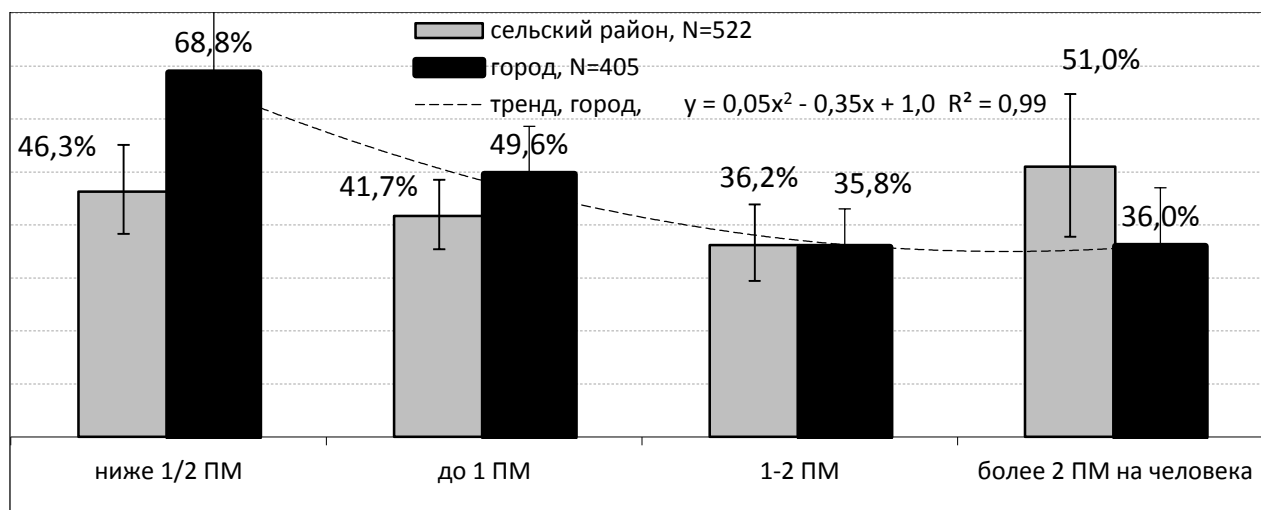


Рисунок 6. Частота состояний с патологическим количеством симптомов депрессии, в зависимости от уровня дохода респондентов, в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на члена семьи в месяц. Размах — величина 95% ДИ

Процент лиц с высокой вероятностью аффективных расстройств достоверно различался также в группах респондентов с разным семейным статусом ($p < 0,05$). Наибольшее число симптомов и максимальная распространенность состояний с высокой вероятностью тревожных и депрессивных расстройств были у одиноких вдов (вдовцов). Они были ниже у разведенных респондентов, еще ниже — у лиц, проживающих в браке, и наименьшее — у незамужних (холостых) респондентов. Данная тенденция сохраняла свою значимость независимо от пола опрошенных, и была одинаково сильно выражена на селе и в городе. Одна категория граждан составила исключение — городские мужчины, пребывающие в состоянии развода. Среди них уровень депрессии (10%) был одним из самых низких и сопоставимым с соответствующим показателем у холостых городских мужчин). При этом и в городе, и на селе наличие детей или их количество, а также наличие работы не были ассоциированы с показателями депрессии или тревоги.

Не было выявлено достоверных взаимосвязей между возможным злоупотреблением алкоголем и уровнем тревоги, депрессии, выраженностью испытываемого респондентами психосоциального стресса ни на селе, ни в городе. Исключение составила только группа сельчан с надпороговым уровнем тревоги, среди которых частота злоупотребления алкоголем была в 1,5 раза выше, чем у лиц без признаков тревожного расстройства ($p < 0,05$). Доля курящих лиц среди граждан, имевших высокий уровень стресса, тревоги и депрессии, и не имевших данных состояний, также была сопоставимой (ОШ соответственно 1,2 (95%ДИ 1-1,6), 0,9 (95%ДИ 0,7-1,5) и 1,3 (95%ДИ 0,7-1,7), $p > 0,5$).

Таким образом, выявленный нами процент лиц, испытывающих состояние хронического стресса как одного из предикторов неинфекционных заболеваний, согласовался с наблюдаемой распространенностью «соматических» ХНИЗ

и частотой проблем психического здоровья – тревоги и депрессии в популяции. Схожие данные о популяционном уровне депрессии были получены в исследованиях Пакриева С.Г. (2012) и Митихиной И.А. (2013) 1992-2013 гг. Частота расстройств депрессивного среди россиян в этих исследованиях варьировала от 30 до 55%, была выше у женщин, ассоциировалась с более старшим возрастом, плохим соматическим здоровьем и семейным статусом (развод или состояние вдова/вдовец). По данным зарубежных исследований, процент лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги и депрессии в мире от 15 до 45% [Luppa M., 2012; Chang-Quan H., 2010; Farr S.L., 2010; Mental Health Atlas 2011], что также согласуется с полученными нами результатами и может свидетельствовать о высоком бремени проблем психического здоровья в изучаемой популяции. Выявленные нами множественные ассоциации проблем психического здоровья с АГ, стенокардией напряжения и хроническими респираторными нарушениями, а также с их факторами риска подтверждали патогенетические взаимосвязи этих заболеваний и согласовались современными представлениями о единстве системы риска соматических ХНИЗ и основных проблем психического здоровья.

Самооценка здоровья и качество жизни жителей села и города

Показатели качества жизни (КЖ) обследованных нами лиц (табл. 3), свидетельствуют, что 7 из 8 его составляющих (кроме показателя PF) и у сельских, и у городских жителей были несколько снижены относительно идеальных, принятых за 100%.

Таблица 3

Показатели качества жизни жителей сельской и городской популяций

Сельский район, N=522								
Показатель КЖ	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH
Среднее (баллы)	86,7	73,7	77,0	68,7	58,8	48,6	81,3	60,7
Медиана (баллы)	95	75	83	72	60	48	88	64
ИКИ	85-100	56-100	58-100	41-100	50-70	35-62	63-100	52-72
Город, N =405								
Показатель КЖ	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH
Среднее (баллы)	79,2	69,5	72,9	63,4	55,5	45,9	76,0	58,3
Медиана (баллы)	90	75	75	61	60	46	885	60
ИКИ	70-100	50-100	50-100	41-100	45-70	31-60	63-100	48-72
Различия село/город, р	0,003	0,19	0,0004	0,009	0,03	0,03	0,004	0,15

Обозначения: PF – Физическое функционирование; RP – Роль физическое функционирование; RE – Эмоциональное функционирование; BP – Физическая боль; E – «Жизнеспособность»; GH – Общая оценка состояния здоровья; SF – Социальное функционирование; MH – Психическое здоровье, психологическое благополучие

При этом наименьшим в каждой популяции был показатель GH, характеризующий «общую самооценку здоровья и его перспективы». С увеличением возраста респондентов и в городе, и на селе показатели КЖ по всем 8 шкалам неуклонно ухудшались, что было подтверждено достоверными корреляционными связями. Наиболее выраженная отрицательная динамика у жителей села

была отмечена для показателя ВР, характеризующего ограничения КЖ из-за испытываемой физической боли (снижение с возрастом в 2,9 раз), а у горожан – для показателя РР, характеризующего ограничения повседневной активности из-за физического здоровья (снижение с возрастом в 2,7 раз).

И в сельской, и в городской популяциях у лиц, имевших АГ, симптомокомплекс стенокардии напряжения, надпороговое количество симптомов тревоги и депрессии, показатели КЖ были достоверно хуже, чем у респондентов с нормальным АД, отсутствием клинических симптомов стенокардии, тревоги и депрессии соответственно ($p < 0,01$). Наличие хронических респираторных нарушений было ассоциировано с достоверным ухудшением 7 из 8 показателей КЖ и только у городских жителей.

Особенности КЖ респондентов в зависимости от наличия у них ожирения и избыточного веса, курения, злоупотребления алкоголем на селе и в городе имели свою специфику. Так, в сельском районе только наличие ожирения (не избыточной массы тела) было достоверно ассоциировано с ухудшением показателей КЖ (рис. 7). Более того, показатели физической составляющей КЖ (РР, РЕ, ВР и индекс GH) у сельчан с пред-ожирением были даже выше, чем у лиц с нормальным весом. Городских жителей характеризовала другая закономерность (рис.7): 6 из 8 показателей КЖ (кроме РР и SF) у лиц с ожирением и избыточным весом были сопоставимы между собой, отличаясь, в свою очередь, в худшую сторону, в равной мере и одинаково достоверно от показателей лиц с нормальным весом ($p < 0,05$) (рис.7). Показатели шкал физического функционирования РР и боли ВР у городских жителей линейно снижались в категориях «нормальный вес»-«избыточный вес (пред-ожирение)»-«ожирение».

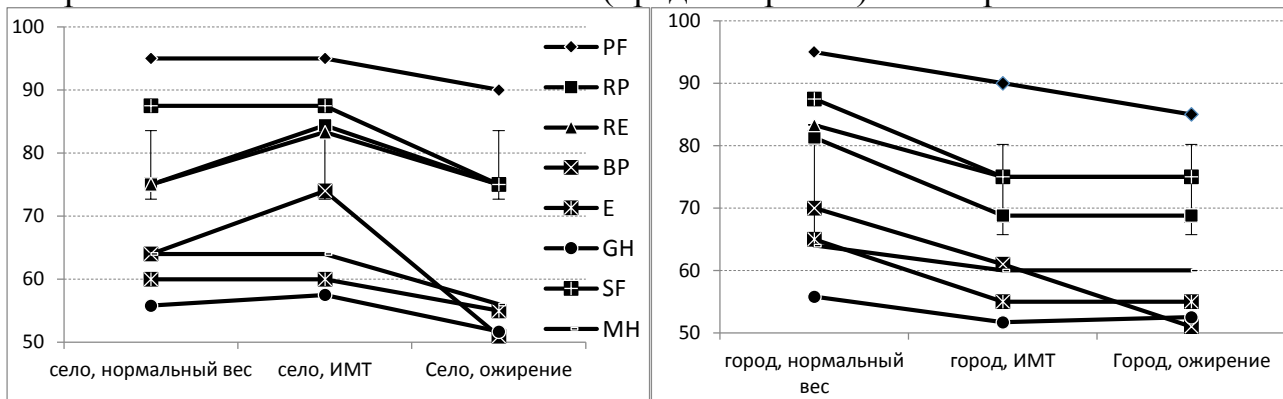


Рисунок 7. Медианы показателей качества жизни в зависимости от индекса массы тела в сельской (слева) и городской популяциях (справа). Размах — величина ИКИ

Курение не влияло на самооценку здоровья сельских жителей ($p > 0,05$ для 8 шкал КЖ). Однако курящие горожане оценивали свое КЖ даже выше, нежели некурящие по всем 8 составляющим ($p < 0,05$). Статистическая процедура поправки на возраст (курящие граждане были моложе некурящих, и среди них было больше мужчин) ослабила силу данной ассоциативной связи, но достоверность различий сохранилась для 6 из 8 шкал КЖ ($p < 0,05$). Злоупотребление алкоголем также не отражалась на КЖ ни сельчан, ни городских жителей.

С достоверно более высокой самооценкой здоровья у лиц трудоспособного возраста было ассоциировано наличие работы. Так, у работающих сельчан по-

казатели шкал RP, RE и GH составили соответственно 81(ИКИ 63-100); 92(ИКИ 67-100) и 57(ИКИ 46-66) баллов. У безработных эти индексы имели значения 68(ИКИ 50-100), 75(ИКИ 55-100) и 52(ИКИ 42-62) соответственно, $p < 0,05$ для всех индексов КЖ. Работающие горожане тоже отличались в лучшую сторону от безработных ровесников по показателям RP и RP: 88(ИКИ 90-100) и 83(ИКИ 75-100) у работающих против 75(ИКИ 44-94) и 75(ИКИ 50-100) у неработающих соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, работающих горожан отличали более высокие показатели PF (95; ИКИ 90-100) и SF (88; ИКИ 75-100) в сравнении с неработающими (у последних PF и SF 90(ИКИ 65-100) и 88(ИКИ 50-100) соответственно, $p < 0,05$).

Уровень образования не влиял на КЖ сельских жителей. Только показатель GH (общая самооценка здоровья) незначительно увеличивался по мере повышения их образовательного статуса ($r_s = 0,101$, $p = 0,02$). У горожан по мере увеличения их образования все индексы КЖ нарастали более существенно: r_s для индексов PF, RP, RE, BP, E, GH, SF и MH и уровня образования составлял 0,34; 0,31; 0,30; 0,27; 0,31; 0,22; 0,13; и 0,26 соответственно ($p < 0,001$). Нами были выявлены также достоверные положительные корреляционные связи между уровнем дохода и индексами КЖ, составившие для сельских жителей по четырем шкалам: E «жизнеспособность», GH «общее здоровье», SF «социальное функционирование», и MH «психическое здоровье» соответственно $r_s = 0,11$, $p = 0,01$; $r_s = 0,12$, $p = 0,005$; $r_s = 0,12$, $p = 0,005$ и $r_s = 0,12$, $p = 0,006$, а для города по всем 8 шкалам PF, RP, RE, BP, E, GH, SF и MH — 0,33; 0,32; 0,26; 0,27; 0,29; 0,24; 0,23; 0,18, соответственно ($p < 0,001$). Также было выявлено, что среди горожан в возрасте «до 30 лет», «60-69 лет» и «старше 70 лет» показатель психического (психологического) здоровья MH был ниже среди одиноких, разведенных или вдов/вдовцов, в сравнении с имевшими супруга /супругу ($p = 0,005$).

Таким образом, все показатели КЖ жителей региона были ниже, чем «идеальные», принятые за 100%, но существенно не отличались от наблюдаемых в других популяциях [Крохина Н.Н., 2009; Trevisol D.J., 2011; M.Schunk, 2012]. Выявленные гендерно-возрастные закономерности КЖ и его тесные ассоциации с наличием ХНИЗ были также, во-многом, ожидаемы и согласовались с результатами других авторов [Винтер Ю., 2012; Lee P., 2011; Tsiligianni I., 2011; Inglis S.C., 2013; Trevisol, D.J., 2011]. Вместе с тем обратило на себя внимание то, что, жители села и города, имеющие нездоровые формы поведения и даже метаболические сдвиги, считающиеся прямыми причинами ХНИЗ (предожирение), оценивали свое качество жизни, связанное со здоровьем, достаточно высоко. Курение, злоупотребление алкоголем и повышение массы тела, не достигающее степени ожирения, — не были ассоциированы с ухудшением общей самооценки здоровья, его перспектив, физической и психологической составляющих. Более того, избыточный вес (предожирение) для сельчан и курение для городских участников были ассоциированы с улучшением ряда параметров их самооценки здоровья. Улучшали КЖ и другие, более очевидные, психосоциальные факторы: наличие работы, высокий уровень образования и дохода, проживание в браке (для части городского населения). И только существенные затруднения повседневной деятельности, неизбежные при развитии

клинически манифестированных ХНИЗ, тревожных и депрессивных расстройств, а также физические ограничения (при ожирении), были ассоциированы со снижением субъективной оценки здоровья жителей региона.

Информированность о наличии хронической патологии, уровень постоянного приема антигипертензивных средств больными АГ и контроль АГ в изучаемых популяциях

Из 473 человек, имевших АГ, только 29,6% больных (140 чел.) сообщили о наличии у них повышенного АД (или АГ как хронического заболевания). Среди мужчин этот показатель был ниже, чем среди женщин: 16,5% (95%ДИ 11,9-22,4) против 38,7% (95%ДИ 32,3-44,5%) $p < 0,001$. Основные показатели, характеризующие больных АГ, информированных и не информированных о своем заболевании, отражены в табл. 4.

Таблица 4

Основные показатели, характеризующие респондентов с артериальной гипертензией, не осведомленных и осведомленных о наличии у них данного заболевания

Показатели	Не знали о повышенном АД, N=333	Информированные о наличии АГ, N=140
Возраст; M, (SD; ИКИ)	53 (13,5; 44-66)	57 (12,7; 46-64,3)*
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	162 48,6% (43,3-54)	32*** 22,9% (16,7-30,5)
Число и доля лиц с ожирением 1,2,3 степени (в скобках 95%ДИ)	47 14,1% (10,8 -18,3)	42*** 30% (23,0-38,0)
Число декларируемых хронических заболеваний, кроме АГ (медиана и ИКИ)	1(0-1)	3 (2-3)*
Число и доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения (в скобках 95%ДИ)	47 14% (10,8-18,3)	53*** 38%(30,2-46,1)*
Число и доля лиц с хроническими респираторными нарушениями (в скобках 95%ДИ)	24 7,2%(4,9-10,5)	14 10,0%(6,1-16,1)
Число и доля курящих лиц (в скобках 95%ДИ)	104 31,2%(26,5-36,4)	31* 22,1%(16,1-29,7)
Число и процент лиц, имеющих риск злоупотребления алкоголем (вопросник CAGE) (в скобках 95%ДИ)	70 21%(17-25,7)	23 16,4%(11,0-23,4)
Количество симптомов тревоги (Me и ИКИ)	4(2-6)	5(3-8)**
Количество симптомов депрессии (Me и ИКИ)	2(1-5)	4(2-7)**
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (в скобках 95%ДИ)	202 60,7%(55,3-65,8)	108*** 77,1%0,77(69,5- 83,3)
Число и доля лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства (в скобках 95%ДИ)	140 42,0% (36,9-47,4)	85*** 60,7%(52,4-68,4)
Число и доля лиц с высокой вероятностью депрессии (в скобках 95%ДИ)	160 48,0%(42,7-53,4)	94*** 67,1%(59,0-74,4)

* различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$

** различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$

*** различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$

Как следует из нее, больные, знавшие о своем повышенном АД, были старше, в среднем на 4 года, среди них было в 2 раза меньше мужчин и вдвое больше лиц ожирением. Они сообщали о большем числе имевшихся хронических заболеваний, в 2,5 раза чаще имели симптомы стенокардии напряжения либо анамнестическое указание на ИБС. Осведомленные о наличии АГ больные

в 1,5 раза реже курили; среди них недостоверно меньше была доля лиц с признаками злоупотребления алкоголем. Однако после поправки на гендерно-возрастную структуру групп различия по курению и фактору «злоупотребление алкоголем» между информированными и не информированными больными утратили свою статистическую достоверность. Заслуживало внимания и то, что доля лиц, отказавшихся от курения (прекративших курить), была сопоставима среди информированных и неинформированных об АГ больных [6,9%; 23 чел. (95%ДИ 4,4-10,2%) и 6,4%; 9 чел. (95%ДИ 3,4-11,8%) соответственно].

Показатели КЖ по всем 8 составляющим у осведомленных об АГ больных были достоверно ниже ($p < 0,05$) (рис. 8), а показатели психического здоровья — хуже (табл.4). При этом средний уровень АД у больных, знавших о своей гипертонии (162/94 мм рт. ст.) был выше, чем у не знавших об этом (148/90 мм рт.ст.) $p < 0,0001$ для систолического, $p < 0,001$ для диастолического АД.

Вместе с тем по уровню образования, семейному положению, наличию и количеству детей, наличию работы, профессиональному статусу и уровню доходов больные, знавшие о своей АГ, не отличались от лиц, не знавших о своем повышенном артериальном давлении ($p > 0,05$). Стратификация по полу и возрасту показала, что выявленные ассоциации сохранили свою значимость, что позволило нам предположить, что они не были связаны с гендерными и возрастными различиями информированных и не информированных больных. Фактор проживания на селе или в городе также не влиял на наличие и силу выявленных ассоциаций.

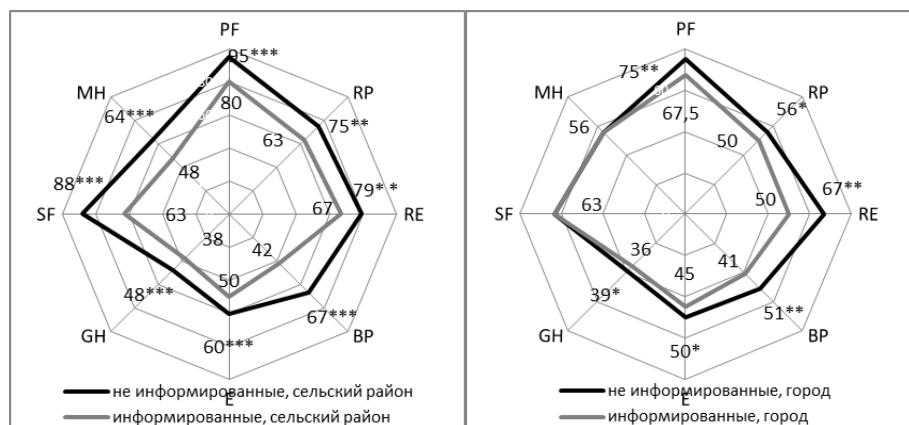


Рисунок 8. Индексы качества жизни жителей села(слева) и города(справа) с артериальной гипертензией в зависимости от их информированности о наличии повышенного АД

- * — внутрипопуляционные различия $p < 0,05$
- ** — внутрипопуляционные различия $p < 0,01$
- *** — внутрипопуляционные различия $p < 0,001$

Постоянно принимали антигипертензивные средства с целью лечения АГ (зная о наличии у себя этого заболевания) 115 больных (82% от осведомленных об АГ лиц) (табл. 5). Таблица также демонстрирует, что среди больных АГ, осознанно принимавших антигипертензивные средства, более чем вдвое выше была доля лиц с ожирением и в 1,5 раза - с симптомами стенокардии напряжения (последнее различие недостоверно).

Основные показатели, характеризующие больных АГ, сознательно принимавших антигипертензивные средства постоянно, и не принимавших этих лекарств, зная о своем повышенном артериальном давлении

Показатели	Не принимали лекарств N=25	Принимали антигипертензивные N=115
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	54 (11;48-60)	58 (14; 50-67)
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95% ДИ доли)	6 28,0%(14,3-47,6)	26 22,6%(15,9-31,1)
Число и доля лиц с ожирением (в скобках 95% ДИ доли)	3 12,0%(4,2-30,0)	39 ^x 33,9%(25,9- 43)
Систолическое АД (M, SD)	154 (24,2)	164(25,0)
Диастолическое АД (M, SD)	87(23,7)	95(19,4)
Число декларируемых хр. заболеваний (Me ИКИ)	3(2-3)	3(2-4)
Число и доля лиц с симптомами стенокардии напряжения (в скобках 95% ДИ доли)	7 27%(31,5-49,1)	46 40%(14,3-47,6)
Число и доля курящих лиц (в скобках 95% ДИ доли)	7 24,3%(17,4-32,9)	28 28,0%(14,3-47,6)
Число и доля лиц с вероятным злоупотреблением алкоголем (в скобках 95% ДИ доли)	3 12,0%(11,5-25,3)	20 17,4%(4,2-30)
Количество симптомов тревоги (Me и ИКИ)	4(1-5)	6(4-8) ^{xxx}
Количество симптомов депрессии (Me и ИКИ)	2(1-4)	5(2-7) ^{xxx}
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (в скобках 95%ДИ)	19 77,4%(68,9-84,1)	89 76,0%(56,6-88,5)

^x — различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$

^{xx} — различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$

^{xxx} — различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$

Кроме того, больные, осознанно принимавшие антигипертензивные средства длительное время, оценили свое качество жизни по 7 из 8 шкал хуже, чем не принимавшие ($p < 0,05$). Снижение повседневной активности из-за разнообразных болей у принимавших антигипертензивные средства больных было сильнее, физические ограничения значительнее, а общий тонус, самооценка психического здоровья — ниже. Это согласовалось со статистически достоверно более высоким уровнем тревоги и депрессии, выявленным у больных АГ, целенаправленно принимавших эти медикаменты, в сравнении с сознательно не лечавшимися больными. Среднее значение АД у больных, принимавших антигипертензивные средства, было недостоверно выше, чем у не принимавших медикаменты больных АГ (164/95 в сравнении с 154/87, $p = 0,08$ по систолическому, $p > 0,05$ по диастолическому АД). Уровень образования, семейное положение, наличие или отсутствие работы, уровень доходов у больных АГ, осознанно принимающих гипотензивные средства, не отличались достоверно от соответствующих показателей у больных АГ, знавших о своем заболевании, но не принимавших лекарств ($p > 0,05$).

Показатель контроля АГ в популяции (доля лиц с показателями АД ниже 140/90 мм рт. ст. среди больных АГ, знавших о своей болезни) составил в целом 9,3% (95% ДИ 5,5-15,2%): у сельских жителей — 12,9%(95%ДИ 6,9-22,7%; 8 женщин, 1 мужчина), а у городских — 5,7% (95%ДИ 2,2-13,8%; 4 женщины),

межпопуляционные различия $p > 0,05$. Показатель контроля АГ среди принимавших терапию составил 11,3% (95%ДИ 6,7-18,4%).

Показатель информированности о наличии стенокардии (либо диагностированной врачом ИБС) был сопоставим с таковым для АГ: 36,6% (95%ДИ 28,9-45,2) $p > 0,05$. Больных, знавших, что они страдают ИБС, отличали достоверно более старший возраст, больший процент лиц с ожирением, большее число названных в ходе сбора анамнеза хронических заболеваний, больший процент лиц с АГ, большее количество симптомов тревоги и депрессии, ухудшение 6 из 8 составляющих качества жизни, больший уровень стресса, большее число симптомов тревоги и депрессии. Курили лица, знавшие о своей стенокардии чаще, нежели не знавшие об этом ($p < 0,05$). Не влиял на показатели осведомленности о стенокардии, как и в случае с АГ, социальный статус больных (уровень образования, доходов, семейное положение, наличие работы, детей, уровень злоупотребления алкоголем).

Процент больных, сообщивших, что страдают ХОБЛ, хроническим бронхитом или бронхиальной астмой, среди лиц с выявленными хроническими респираторными нарушениями составил 60,8% (31 чел., 95% ДИ 41,1-73%), что вдвое выше, чем для АГ или стенокардии напряжения ($p < 0,01$). На селе и в городе показатель осведомленности о наличии бронхолегочной патологии был сопоставим: 50,0%; (95%ДИ 32,1-67,9%) и 72,0% (95%ДИ 52,4-85,7%) соответственно, $p > 0,05$. По полу, возрасту, уровню доходов и образования, распространенности изучаемых ХНИЗ, их факторов риска, количеству декларируемых заболеваний, уровню стресса, тревоги и депрессии, всем параметрам качества жизни лица, знавшие и не знавшие, что имеют ХОБЛ или бронхиальную астму, тоже не отличались ($p > 0,05$), что мы связали с недостаточной статистической мощностью для выявления подобных различий.

О наличии у себя заболеваний, относящихся к кластеру «проблемы психического здоровья», заявили только 6 чел. (все на селе). Они сообщили, что страдают «нервным расстройством, депрессией», «синдромом хронической усталости», «олигофренией», «эпилепсией, скрытой», и в 2 случаях «алкоголизмом».

Таким образом, мы обнаружили следующие закономерности, характеризующие осведомленность жителей популяции об имеющемся о ХНИЗ. Знали наличия повышенного АД менее трети лиц с выявленной АГ, что в 2,5 раза ниже, чем результаты Федеральной программы мониторинга АГ в РФ» [Шальнова и др., 2001, 2013; Баланова Ю.А и др., 2008]. Мы связали эти различия, прежде всего с дизайном нашей работы, позволившим получить данные от больных, не обращавшихся за медицинской помощью, и не включенных в базы данных ЛПУ. Имело значение и то, что ни медицинские работники, проводившие опрос и тонометрию, ни наши респонденты (больные), не знали гипотезы и конечной цели исследования. При этом, однако, были выявлены тенденции, характеризующие информированность о ХНИЗ, наблюдаемые как в ходе Федерального мониторинга, так и в других отечественных и зарубежных проектах: в частности, более высокую осведомленность об АГ среди женщин, и увеличение ее с возрастом.

Помимо этого, было выявлено, что осведомленность об АГ ассоциирована с ожирением, наличием симптомов стенокардии напряжения, бóльшим числом указываемых самими респондентами хронических заболеваний, достоверным ухудшением всех составляющих КЖ и параметров психического здоровья, а также более высокими показателями АД в сравнении с неосведомленными больными. Осознанно принимавших антигипертензивные средства больных отличали еще более старший возраст, еще большая частота ожирения, самые низкие показатели качества жизни, наибольший уровень тревоги и депрессии, и самый высокий уровень АД (последнее различие недостоверно), в сравнении как с неинформированными, так и информированными больными. Уровень осведомленности о наличии стенокардии или ИБС мы расценили как сопоставимый с таковым для АГ, он характеризовался схожими с АГ ассоциациями.

Социальный статус больных, как при АГ, так и при стенокардии напряжения, не влиял на показатели их осведомленности о наличии этих заболеваний. Осведомленность об АГ или стенокардии не ассоциировалась также ни с отказом от курения, ни с изменением уровня злоупотребления алкоголем.

Информированность о наличии ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита была вдвое выше, чем о сердечно-сосудистой патологии. Однако не удалось выявить независимых детерминант (включая курение), отличающих информированных и не информированных о наличии бронхолегочной патологии больных, что мы связали с недостаточным количеством наблюдений.

Заслуживало внимания также и то, что у респондентов, имевших АГ или стенокардию напряжения, но не знавших о наличии у них этих заболеваний, многие из параметров здоровья были близки к средне-популяционным (доля лиц с ожирением, частота курения, злоупотребления алкоголем, число и спектр декларируемых заболеваний, индексы КЖ, уровень стресса, депрессии и тревоги). То есть, повышенное АД, наличие симптомов стенокардии или хронических респираторных нарушений не отличали этих лиц от «здоровых» жителей региона ни по самочувствию, ни по самооценке здоровья, ни по образу жизни. Напротив, знали, что страдают изучаемыми ХНИЗ, преимущественно люди более старшего возраста, уже имевшие клинически значимое ухудшение самочувствия (согласно показателям их КЖ и количеству декларируемых хронических заболеваний), выраженные метаболические сдвиги (ожирение, более высокое АД), худшие параметры психического здоровья и более высокий уровень стресса. Но это знание практически не сказывалось на их образе жизни: частоте курения или злоупотребления алкоголем. А частота ожирения среди больных, осведомленных о наличии ХНИЗ, была даже выше, чем среди тех, кто не знал о наличии хронической патологии.

То есть, не только нездоровые формы поведения, курение и злоупотребление алкоголем, но даже наличие симптомов стенокардии и повышенное АД, если больные не знали о наличии у них хронического заболевания, являлись в изучаемой популяции некоей "социальной нормой". И только наличие очевидных проблем и ограничений, возникающих с возрастом, а также клинически проявляющихся ХНИЗ, ожирения, патологической тревоги, депрессии, ассоциированные со знанием об имеющемся хроническим заболеванием, снижали самооценку здоровья

жителей региона, зависевшую также от социального и финансового благополучия. Поэтому ожидаемым результатом исследования стало то, что показатель, характеризующий эффективность лечения АГ, был крайне низок— 9,3% (95% ДИ 5,5-15,2%) среди знающих о своей болезни лиц с АГ.

Все вышеперечисленное позволило нам констатировать, что выявленных в популяции больных ХНИЗ характеризовало определенное расположение в континууме рисков и осложнений ХНИЗ. Так, больные, не знавшие о наличии у них хронического заболевания, находились в зоне высокого риска, сопоставимого, тем не менее, со средне-популяционным. Больные, осведомленные, что страдают ХНИЗ, но не принимавшие лекарств, были существенно продвинуты в данном континууме в еще более опасную область. Пациенты, постоянно принимавшие лекарства, находились в наиболее опасной зоне континуума ХНИЗ.

Стоит отметить, что только популяционный дизайн и изучение репрезентативных выборок (включая данные больных, не обращавшихся за медицинской помощью) позволили нам дать системную характеристику проблемы ХНИЗ в регионе с позиции современной теории рисков и охарактеризовать распределение поведенческих нарушений, считающихся прямыми причинами ХНИЗ, с учетом влияния психосоциальных и социо-демографических факторов.

***Клинические аспекты ХНИЗ, параметров психического здоровья
и информированности об имеющемся заболевании
у больных общей практики***

У обследованных нами больных в общей врачебной практике (ОВП) были диагностированы все заболевания, отнесенные ВОЗ к категории основных ХНИЗ. Кроме того, причинами обращения в ОВП были ОРВИ (20 чел., 14% обращений), хроническая инфекция мочевых путей (3 чел., 2%), остеоартроз (13 чел., 9%), язвенная болезнь, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь (11 чел., 8%), ревматоидный артрит (1 чел.), нейроциркуляторная дистония и «необъяснимые соматические симптомы» 18 чел., 13%). Последний термин, согласно рекомендации ВОЗ, использовался для описания клинических ситуаций, когда причиной обращения в медицинскую сеть были боли, дискомфорт и субъективно ощущаемые нарушения со стороны разных органов и систем, не имеющие органических нарушений по данным полноценного клинико-инструментального обследования, которые могли бы быть причиной данных жалоб [WONCA— WHO; 2008]. Доля лиц с патологическим количеством симптомов тревоги (по шкале GSAD) среди пациентов ОВП в целом составила 41% (58 чел., 95%ДИ 33,2 —49,3%), депрессии — 59% (83 чел., 95%ДИ 50,8-66,8%).

Клиническая диагностика позволила выявить, что у больных, страдавших АГ и не имевших других ХНИЗ (27 чел.), депрессивный эпизод легкой или умеренной выраженности, согласно критериям МКБ-10, был в 48% случаев (13 чел., 95%ДИ 30,6-65,9%). У больных АГ в сочетании с другими ХНИЗ — у 65% (15 чел., 95%ДИ 44,7-81%, $p>0,05$). У больных ОРВИ, инфекцией мочевых путей и лиц, обратившихся для профилактического осмотра, не было выявлено депрессивных расстройств. Легкий депрессивный эпизод был у одной из пациенток с остеоартрозом. Все три больных с осложненным ОП (из основной груп-

пы), больная ревматоидным артритом и 2 пациентки со злокачественными новообразованиями, обратившиеся в ОВП, имели легкое или умеренное депрессивное расстройство. Тревожные расстройства легкой или умеренной выраженности были у 48% больных АГ (13 чел., 95%ДИ 30,6-65,9%), у 57% больных АГ в сочетании с другими ХНИЗ (13 чел., 95%ДИ 37,2-74,8%). Клиническое исследование показало также, что в 70% случаев при наличии у пациентов патологического уровня тревоги у них одновременно наблюдалось несколько симптомов депрессии, выраженных в легкой или умеренной степени; наиболее часто — ангедония и упадок сил. При повышенном уровне тревоги наиболее часто выявлялись специфические нарушения сна, а вторым по частоте были панические атаки, проявляющиеся преимущественно соматическими симптомами. Также у обследованных были широко представлены соматические проявления переживаемого стресса, не достигающие клинического уровня. При наличии ХНИЗ депрессивные и тревожные расстройства в 80% случаев сопровождались ухудшением течения основной патологии, снижением комплаентности и, в случае с АГ, уменьшением эффективности подобранной ранее гипотензивной терапии.

Как отмечалось выше, наибольшую долю из изучаемых ХНИЗ представляла АГ, диагностированная у 50 чел. (35% обратившихся). Мы сочли возможным, несмотря на ряд ограничений, провести некоторые клинко-популяционные параллели и сравнить больных АГ из ОВП и респондентов с АГ, выявленных в популяции, по ряду параметров. Так, среди обратившихся в ОВП больных АГ было 28% мужчин, что в 1,4 раза реже, чем среди лиц с повышенным АД в популяции ($p > 0,01$), но практически столько же, сколько в популяционной группе осведомленных об АГ больных ($p > 0,05$). Средний возраст у больных АГ клинической группы (62,5 лет, 95%ДИ 58,8-66,2) был также достоверно выше, чем у больных АГ в популяции ($p < 0,05$). Большинство больных АГ в ОВП имело АГ II и III степени, что достоверно отличало их в худшую сторону ($p < 0,01$) от больных АГ в популяции (как знавших, так и не знавший о своем АД). Больные АГ из первичной сети, в отличие от популяции, в 100% случаев имели жалобы на плохое самочувствие и оценивали свое здоровье как удовлетворительное или плохое, что, по всей видимости, и заставляло их обратиться за медицинской помощью. Курящие (34%, 17чел., 95%ДИ 22,4-47,8) и имеющие высокую вероятность злоупотребления алкоголем (12%, 6 чел., 95%ДИ 5,6-23,8) больные АГ были представлены в клинической группе так же часто, как в популяционной.

Согласно данным анамнеза и результатам дополнительных методов исследования, все 100% больных АГ из первичного звена имели поведенческие и метаболические факторы риска ХНИЗ, в том числе в комбинации друг с другом. Так, 84% больных АГ в ОВП (42 чел., 95%ДИ 71,5-91,7%) не соблюдали правил здорового питания, у 88% (44 чел., 95%ДИ 76,2-94,4) была констатирована гиподинамия. Уровень глюкозы плазмы натощак был повышен у 26% (13 чел., 95%ДИ 15,9-39,65) больных АГ в ОВП, а 52% (26 чел., 95%ДИ 38,5-65,2%) имели гиперхолестеринемию. Ожирение 1,2 и 3 степени было выявлено у 46% из них (24 чел.), а избыточный вес у 40% (20 чел.). Последние два параметра отличали больных ОВП в худшую сторону, как от лиц с повышенным АД в по-

пуляции в целом ($p < 0,05$), так и от больных АГ из популяционной части исследования, информированных о своем заболевании.

Медиана симптомов тревоги и депрессии в группе пациентов с АГ из первичного звена составила 5 (ИКИ 5-7) и 4 (ИКИ 4-7) баллов соответственно. Доля больных с высокой вероятностью тревожного расстройства и депрессии среди лиц с АГ в ОВП была 66% (33 чел., 95%ДИ 52,2-77,6%) и 76% (38 чел., 95%ДИ 62,6-85,7%) соответственно. Это выше, чем показатели обследованных нами лиц с АГ в популяции в целом ($p < 0,05$), и недостоверно выше популяционных показателей знающих о своей АГ больных. Знали о наличии у себя повышенного АД 86% больных АГ из первичной сети (43 чел., 95%ДИ 74-93%), что втрое выше ($p < 0,001$), чем аналогичные показатели в популяции. Вместе с тем, уровень АД ниже 140/90 мм рт.ст. имели только 18% больных (9 чел.). Другие показатели информированности больных АГ из общетерапевтической сети представлены в табл.6.

Таблица 6

Показатели информированности пациентов первичного звена с АГ о своем заболевании

Вопрос	Число верных суждений	Доля верных ответов	95%ДИ доли
Цель лечения АГ	40	80,0%	67-89%
Роль алкоголя при АГ	28	56,0%	42-69%
Роль избыточной массы тела и ожирения при АГ	22	44,0%	31-58%
Важность ограничения соли при АГ	17	34,0%	22-48%
Эффективен ли курсовой прием лекарств для лечения АГ?	17	34,0%	22-48%
Необходимость регулярного приема лекарств при АГ	16	32,0%	21-46%
Роль физической активности при АГ	14	28,0%	17-42%

При этом статистически значимых ассоциаций между информированностью больных АГ из ОВП и их полом, возрастом, количеством симптомов и клиническими проявлениями депрессии и тревоги не было. Сравнение параметров информированности больных АГ и пациентов другой клинической группы (больных остеопорозом, ОП) показало, что общий показатель осведомленности об основной цели лечения был сопоставимым при АГ и ОП (80% и 88% соответственно, $p > 0,05$). Доля больных, верно ответивших на вопросы о правилах приема лекарств, влияющих на прогноз, длительности и регулярности их приема, также была сопоставимой среди больных АГ и ОП (32% и 36,7% соотв., $p > 0,05$). В обеих группах были больные (каждый десятый), постоянно принимавшие лекарственные средства, не зная точно их предназначения, указавшие в качестве причины их приема «назначение врача». О роли физической активности как немедикаментозного средства лечения знали 57% больных АГ и 28% больных ОП (различия $p < 0,05$). В обеих группах более половины пациентов считали, что получают эффективное лечение хронического заболевания, однако использовали неэффективные, не доказанные средства или получали недостаточную терапию. Ни у пациентов с АГ, ни у больных ОП, не удалось выявить детерминант, влияющих на уровень информированности об их заболевании,

включая возраст, количество депрессивных или тревожных симптомов, наличие других сопутствующих ХНИЗ и давность лечения.

Таким образом, показатели больных ХНИЗ из первичного звена и обнаруженные у них ассоциации, как и ожидалось, отражали показатели и ассоциации жителей популяции с ХНИЗ лишь частично. В сравнении с популяционными данными у больных из первичного звена была зафиксирована более высокая «нагруженность» факторами риска, предположительно более высокая степень коморбидности АГ с другими ХНИЗ и большая частота проблем психического здоровья. При этом, на фоне более выраженных клинических проявлений и формально более высокой, чем в популяции, осведомленности о своей патологии, у больных из первичной сети уровень знаний о своей болезни, о правилах приема препаратов, о немедикаментозных методах лечения, равно как и уровень контроля над заболеванием можно было также охарактеризовать как недостаточные. Уровень проблем психического здоровья у больных, получавших лечение в первичном звене (41% по тревоге и 59% по депрессии), также был выше, чем соответствующие популяционные показатели. Клиническая диагностика позволила нам утверждать, что выявленный согласно вопросам GHQ-12 и GSAD уровень тревоги и депрессии коррелировал с результатами клинической диагностики, а прогностическая ценность его положительного результата в условиях ОВП превышала 50%, хотя это и не являлось основной задачей нашей работы.

В целом, результаты клинического и популяционного разделов, как независимых и взаимодополняющих компонентов исследования, не противоречили друг другу и позволили констатировать следующее. Пациенты, получающие медицинскую помощь в первичном звене, представляли собой малую, но наиболее проблемную часть населения в континууме рисков ХНИЗ в сравнении как со страдающими ХНИЗ лицами в популяции, так и теми жителями региона, что имели ХНИЗ и знали о своей болезни. (Очевидно, наличие существенных проблем с самочувствием и низкое КЖ и заставляло этих больных обращаться за медицинской помощью). Систематическую терапию при АГ осознанно и целенаправленно получала лишь небольшая и наиболее проблемная часть лиц с АГ из нуждающихся в ней, вероятно, наблюдавшихся в первичном звене здравоохранения. При этом знания пациентов о своем заболевании и уровень контроля над АГ были недостаточны как в популяции, так и среди больных ОВП.

Ведение больных изучаемой патологией врачами первичного звена.

Результаты обучения врачей основам биопсихосоциального подхода

В проанализированных 1200 амбулаторных картах врачебного участка не было указаний на диагнозы, связанные с основными проблемами или симптомами нарушений психического здоровья у пациентов. Также не было свидетельств назначения специфического немедикаментозного лечения, фармакотерапии депрессии или тревожного расстройства, направления пациентов с проблемами психического здоровья в специализированные службы.

При опросе участковых терапевтов 34% из них (51 чел., 95%ДИ 27-42%) указали, что депрессия и ХНИЗ — независимые друг от друга болезни; 23% врачей (34 чел., 95%ДИ 17-34%) считали, что только психиатр может лечить

депрессию; 36% (54 чел., 95%ДИ 28,7-44%) указали, что боли, приступы сердцебиения, одышки не могут быть связаны с психикой, а имеют в своей основе явное или не диагностированное соматическое заболевание. Общее количество правильных ответов на 17 «теоретических» вопросов, связанных с психосоциальными аспектами ХНИЗ и поведенческими рисками, у врачей первичного звена составило 12(ИКИ 10-14). Это недостоверно отличалось ($p>0,05$) от ответов врачей, оказывающих специализированную помощь: кардиологов (13; ИКИ 11-13) и ревматологов (10; ИКИ 10-12).

Хотя 95% участковых терапевтов (142 чел., 95%ДИ 90,2-97,5%) отмечали, что правильная коммуникация с пациентом влияет на результат лечения, однако 63% из них (94 чел., 95%ДИ 55-70,3%) считали, что пациенты, жалующиеся на боли при отсутствии соматической патологии, преувеличивают свои симптомы. Оценивали поведенческие нарушения и семейные факторы как возможные причины плохого самочувствия или соматических симптомов 34% (51 чел., 95%ДИ 27-42%) и 43% участковых врачей терапевтов соответственно (64 чел., 95%ДИ 35,3-51%). Более половины врачей (66%; 98 чел., 95%ДИ 58,1-73,1%) были уверены, что врач не должен сообщать пациентам о наличии у них депрессии и обсуждать диагноз; 55% врачей (82 чел., 95%ДИ 47-62,8%) не объясняли больным механизмы, по которым эмоциональные переживания могут вызывать соматические симптомы, но сообщали, что симптомы возникли «на нервной почве». Половина врачей первичного звена (52%; 77 чел., 95%ДИ 44-59,9%) отметили, что за последний месяц в их практике не было ни одного, либо было менее 5 пациентов с депрессией, тревогой или соматическими проявлениями стресса. Такая структура ответов была ожидаемой, если учесть, что 53% опрошенных (77 чел., 95%ДИ 45-60,8%) диагностировали депрессию «по общему впечатлению». Неадекватную терапию при подозрении на депрессию или тревожное расстройство (седативные, снотворные, витамины) назначали 31% опрошенных (51 чел., 95%ДИ 27-42%). Антидепрессанты, напротив, при депрессии прописывали только 8% (12 чел., 95%ДИ 4,6-13,5%), а при «необъяснимых соматических симптомах» — 2% врачей (3 чел., 95%ДИ 0,7-5,7%). Признавая необходимость повторных посещений врача как полезного вмешательства, назначали повторные визиты пациентам 36% (54 чел., 95% ДИ 28,7-44%) терапевтов.

После обучения и возвращения врачей к клинической работе показатели, характеризующие их знания в области биопсихосоциальной концепции медицины, характеризовались следующими изменениями. Общее количество правильных ответов на «теоретические» вопросы возросло до 14(ИКИ 13-16), $p<0,001$. Число врачей, считавших что «депрессия и соматические заболевания – независимые друг от друга болезни и если встречаются у одного больного, то это случайное совпадение», сократилось с 34% до 16% ($p<0,05$). Число врачей, указавших, что больные, жалующиеся на боли при отсутствии соматических заболеваний, преувеличивают свои симптомы, уменьшилось — с 63% до 30% ($p<0,05$). Количество врачей, верно ответивших на вопрос о механизмах действия антидепрессантов, возросло с 73% до 86% ($p<0,05$). Доля верных ответов на вопросы о взаимосвязях между переживаемым психосоциальным стрессом,

течением ХНИЗ и появлением у больного «необъяснимых» соматических симптомов возросла с 58% до 69 % ($p < 0,05$). Процент врачей, ответивших, что наибольшая доля больных депрессией наблюдается в первичном звене, увеличился с 65% до 93% ($p < 0,05$).

В целом, мы констатировали «изменение подхода к ведению пациентов», согласно выбранному нами критерию, у 83 врачей (56,4%). Об этом свидетельствовало также достоверное уменьшение количество врачей, сообщивших, что за последний месяц они не видели на приеме ни одного больного депрессией. Эти врачи перешли в категорию сообщивших об 1-5 случаях или и 5-10 больных с депрессией, принятых ими в течение последнего месяца работы (рис.9). Также увеличилась (в 3 раза) доля врачей, сообщивших, что за последний месяц к ним обращались более 10 больных депрессией. И в целом, в сравнении с опросом, проведенным до обучения, врачи сообщили о бóльшем количестве больных депрессией, обратившихся к ним на прием за последний месяц работы. Аналогичная динамика ответов прослеживалась относительно количества пациентов с соматическими симптомами стресса и патологической тревогой. С 40% до 84% увеличилась доля врачей, диагностирующих депрессию не по «общему впечатлению», а по конкретным невербальным и вербальным симптомам. Ответили, что стали оценивать психологические, семейные факторы, вероятность депрессии и тревоги у пациентов с необъяснимыми соматическими симптомами, 62% 69% и 67% врачей соответственно, что достоверно выше, чем показатели перед обучением (34%, 43% и 43% соответственно) ($p < 0,05$). Количество врачей, назначающих неадекватную терапию при подозрении на депрессию (седативные, снотворные средства, витамины) сократилось достоверно и составило 8%, 4% и 16% соответственно.

Доля врачей, начавших назначать антидепрессанты пациентам с депрессией, согласно их ответам, наоборот, возросла на 24%, $p < 0,05$. Число врачей, организовывающих повторные визиты пациентов с соматическими симптомами переживаемого стресса, депрессией или тревогой, увеличилось с 36% до 64% ($p < 0,05$). Использованный способ анализа (критерий Mc Neemar) позволил констатировать, что выявленные изменения произошли, главным образом, за счет врачей, показавших до обучения наихудшие знания по вопросам психического здоровья у больных ОВП ($p < 0,05$ для 14 из 17 «теоретических» вопросов анкеты). Так, у врачей, показавших до обучения наименьший уровень знаний (20 чел.), медиана числа верных ответов на «теоретические вопросы» о ведении больных возросла в 1,7 раз: с 7 (ИКИ 6-7) до 12 (ИКИ 11-13) баллов. У врачей, изначально имевших более высокие знания (127 чел.), медиана верных ответов возросла на четверть: с 12 (ИКИ 11-14) до 15 (ИКИ 13-16) баллов.

Большинство опрошенных нами пациентов ОВП также отметили, что качество, доступность медицинской помощи и их взаимоотношения с медицинскими работниками улучшились (93,56%) после обучения последних, а, кроме того, признавали преимущество возможность получения медицинской помощи всеми членами семьи у одного врача (89,1%).

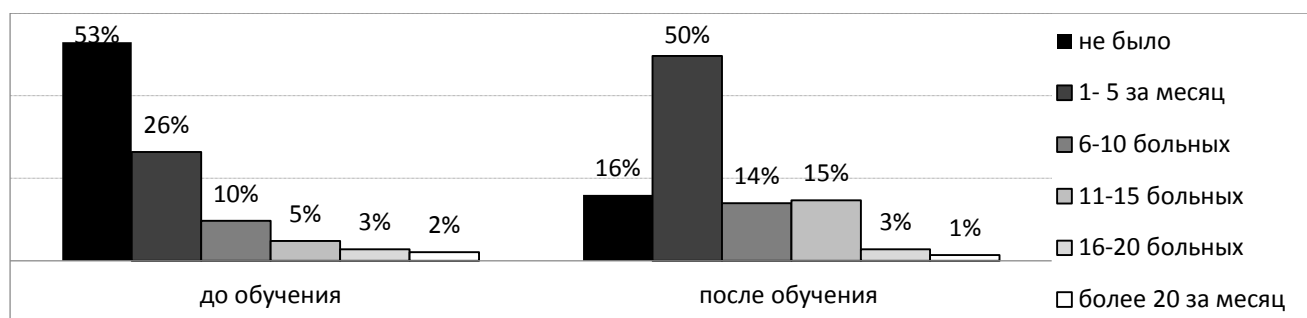


Рисунок. 9 Структура ответов врачей о числе пациентов с депрессией, принятых ими за месяц работы

Таким образом, исходные знания врачей первичного звена были расценены нами как недостаточные. Способ диагностики депрессии, декларированный более чем половиной врачей, уровень назначения терапии и ее неадекватность также свидетельствовали об отсутствии у них опыта интерпретации симптомов, связанных с психикой, дифференциальной диагностики тревоги, депрессии, соматических симптомов стресса, навыков коммуникации, терапии и длительного ведения пациентов с проблемами психического здоровья, поведенческими и метаболическими факторами риска в контексте семейно-социальных факторов. Это согласовалось с данными анализа медицинской документации врачебного участка и подтверждало предположение об отсутствии интеграции вопросов, связанных с психическим здоровьем, в существующую практику ведения пациентов в первичном звене, отсутствии у врачей навыков холистического (био-психосоциального) подхода при работе с пациентами, что требовало модификации. Разработанная нами образовательная программа была одним из компонентов такой модификации. Результаты обучения врачей свидетельствовали об улучшении их знаний и изменении ряда стереотипов в понимании природы ХНИЗ, их ФР, проблем психического здоровья. Однако более значимыми мы сочли результаты, свидетельствующие об изменении клинического опыта врачей при ведении ими больных с вышеуказанными проблемами.

Результаты опроса больных первичного звена также свидетельствовали, хотя и не напрямую, об улучшении их качества взаимодействия с врачами, прошедшими обучение по программе ОВП. К сожалению, мы не имели возможности представить наши результаты в виде клинических исходов. Однако мы учитывали данные ряда крупных исследований [Sikorski SM, 2012, Goldberg, 2004, 2014], показавших, что программы-тренинги, направленные, прежде всего, на модификацию практических навыков врачей, в комбинации с их обеспечением соответствующими клиническими руководствами, эффективны в отношении исходов для пациентов.

Заключение

Выводы

1. Среди взрослого населения региона были высоко распространены основные ХНИЗ, не зависимо от проживания на селе или в городе. Наибольшей была частота АГ (у каждого второго), ассоциированная с возрастом и наличием ожирения. Стенокардия напряжения встречалась втрое реже, но в остальном имела схожие с АГ возрастнo-половые закономерности распределения и ассоциации. На третьем месте по частоте были хронические респираторные нарушения, распространенность которых не зависела от возраста, среди мужчин была выше, а их наличие ассоциировалось с курением.

2. Жителей города и села характеризовал высокий уровень симптомов тревоги (34,9% на селе, 37,8% в городе) и депрессии (42,1% на селе, 42,5% в городе), особенно среди женщин среднего и пожилого возраста, тесно ассоциированный с изучаемыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, и имеющий характер распределения, близкий к таковому для АГ и стенокардии напряжения. Особенностью городской популяции было снижение показателей распространенности ХНИЗ и проблем психического здоровья по мере роста доходов и образования граждан.

3. Частота ожирения и избыточного веса (43,1% на селе и 33,8% в городе), уровень курения (до 93,4% среди молодых городских мужчин) и злоупотребления алкоголем (25,9% на селе и 13,6% в городе), не зависевшие от большинства социо-демографических детерминант, соматического и психического здоровья, а также высокий уровень психосоциального стресса, тревоги и депрессии в популяции, свидетельствовали о значительной подверженности риску ХНИЗ для населения региона в целом.

4. Все составляющие качества жизни, связанного со здоровьем, прогрессивно ухудшались с возрастом обследованных (в 1,3-2,9 раз) до клинически значимых значений. Низкая самооценка здоровья также ассоциировалась с наличием продвинутых стадий ХНИЗ, ожирения, патологической тревоги и депрессии, а лучшее качество жизни – с более высоким образовательным и финансовым статусом. При этом курение и злоупотребление алкоголем, а также избыточный вес, не достигающий степени ожирения (последнее только для села) не ухудшали самооценку здоровья.

5. Больные основными ХНИЗ, как в популяции в целом, так и в первичном звене, характеризовались крайне низкой информированностью об имеющихся у них заболеваниях (показатель по АГ 29,5% и 86,0% соответственно). Осведомленность о наличии ХНИЗ была ассоциирована с физическими, психологическими ограничениями, манифестированными клиническими проявлениями ХНИЗ, но не была сопряжена с изменением уровня курения или злоупотребления алкоголем.

6. Уровень сознательного систематического приема антигипертензивных препаратов и уровень контроля АГ были недостаточными, как в популяции (82,1% и 9,3% соответственно), так и у больных из первичного звена (86% и

17% соответственно), независимо от места проживания и социального статуса больных.

7. В сравнении с больными, выявленными в популяции, у пациентов с ХНИЗ из первичного звена была зафиксирована большая "нагруженность" факторами риска, более выраженные клинические проявления ХНИЗ, более высокая частота проблем психического здоровья, а также и предположительно бóльшая степень коморбидности ХНИЗ с другой патологией.

8. Выявленных больных с хронической патологией характеризовало определенное расположение в континууме рисков и осложнений ХНИЗ. Лица, не знавшие о наличии у них хронического заболевания, находились в зоне высокого риска, сопоставимого, тем не менее, со средне-популяционным. Больные, осведомленные, что страдают ХНИЗ, но не принимавшие лекарств, были существенно продвинуты в данном континууме в еще более опасную область. Пациенты, постоянно принимавшие лекарства и получавшие лечение в первичном звене, находились в наиболее опасной зоне континуума ХНИЗ.

9. Психосоциальные аспекты ХНИЗ были малоизвестны терапевтам первичного звена, выявляемость ими поведенческих рисков ХНИЗ, тревожных, депрессивных расстройств и состояний, проявляющихся соматическими симптомами переживаемого стресса, была неудовлетворительной, а качество взаимодействия с пациентами — низким.

10. Результаты реализации образовательных программ свидетельствовали об увеличении знаний и навыков врачей, а в 56,4% случаев — об изменении их подхода к ведению пациентов с ХНИЗ, нездоровыми формами поведения и проблемами психического здоровья в сторону целостной оценки каждого клинического случая, что сопровождалось улучшением качества взаимодействия с пациентами

Практические рекомендации

1. При ведении пациентов с ХНИЗ, проблемами психического здоровья и их факторами риска в общеврачебной практике необходимо учитывать низкую осведомленность больных и активно использовать как групповые технологии (школы здорового образа жизни), так и индивидуальное поведенческое консультирование, основанное на эмпатическом информировании, для мотивации пациента к изменению образа жизни.

2. Рекомендуется осуществлять ведение пациентов первичного звена с основными ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциальной концепции, подразумевающей целостную оценку каждого клинического случая в контексте психосоциальных и семейных детерминант, анализ поведенческих факторов риска, скрининг основных проблем психического здоровья и своевременную коррекцию выявленных нарушений наряду с традиционной клинической диагностикой и медикаментозным лечением.

3. В последипломном обучении врачей первичного звена необходимо использовать программы на основе биопсихосоциальной модели, ориентированные на выработку у врачей практических навыков ведения пациентов с основными ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Проведенное исследование может стать базисом для рандомизированных контролируемых клинических исследований по изучению эффективности биопсихосоциальной модели ведения пациентов с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья в первичной сети с конечными точками в виде клинических исходов.

Методология работы предполагает возможность исследований со схожим дизайном и в других клинических дисциплинах – кардиологии, ревматологии, пульмонологии и т.д. Это позволит сравнивать существующие подходы к ведению больных различными заболеваниями в амбулаторном звене и оценивать эффективность различных образовательных программ как для врачей, так и для пациентов

Исследование может рассматриваться как первый этап длительного когортного проекта по изучению поведенческих и психосоциальных аспектов этиопатогенеза ХНИЗ и проблем психического здоровья во всем многообразии их клинических проявлений и сочетаний, по анализу факторов, влияющих на течение и прогноз данной патологии.

Тема, дизайн и результаты исследования позволяют обосновывать и планировать масштабные проекты по снижению бремени ХНИЗ, как на популяционном, так и на индивидуальном клиническом уровне.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Сравнительный анализ распространенности некоторых хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в сельской и городской популяциях Среднего Урала / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, А. Г. Солодовников [и др.] // **Профилактическая медицина.** – 2013. – № 6. – С.94-102
2. Закроева, А.Г. Биопсихосоциальный подход к ведению пациентов с основными хроническими неинфекционными заболеваниями в первичном звене здравоохранения. Теоретическое обоснование и проблемы практического применения / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк // **Лечащий врач.** – 2014. – №10. - С.42-45
3. Закроева А.Г. Биопсихосоциальный подход и наука о семье в общей врачебной практике Глава 1.5 / А.Г. Закроева - **«Национальное руководство. Общая врачебная практика. В 2 т.»** – Серия: Национальные руководства. – М. Гэотар-медиа. – Тираж 3000. - 976с. - С.46-69
4. Интеграция сферы психического здоровья в систему первичной помощи в Свердловской области / Р. Дженкинс, З.Д. Бобылева, Д. Голдберг [и др.] // **Социальная и клиническая психиатрия.** – 2012. – Т. 22. - № 1. - С. 51-55
5. Закроева А.Г. Психосоциальные аспекты хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях Урала / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк, О.В. Андриянова // **Вестник РГМУ.** — 2013. – № 5-6. – С.48-53
6. Закроева, А.Г. Распространенность артериальной гипертензии в сельской и городской популяциях Урала и информированность лиц с артериальной гипертензией о своем заболевании / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк, О.В. Андриянова // **Справочник врача общей практики.** – 2014. – №5. – С.16-23
7. Самооценка здоровья, качество жизни и их ассоциации с основными хроническими неинфекционными заболеваниями и их факторами риска в сельской и городской популяциях Урала / А.Г. Закроева, О.В., Андриянова // **Справочник врача общей практики.** – 2014. – № 11. – С.11-17
8. Закроева, А.Г. Проблемы психического здоровья в первичном звене здравоохранения по данным клинического исследования и анкетирования врачей / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк // **Справочник врача общей практики.** – 2014 – № 4. – С. 46-51

9. Закроева, А.Г. Исследование качества жизни, распространенности тревожных и депрессивных расстройств у сельского населения Свердловской области / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, А.Г. Солодовников // **Уральский медицинский журнал**. – 2007. – № 11(39). – С.7-10
10. Закроева, А.Г. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний и показатели качества жизни сельского населения Свердловской области / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, А.Г. Солодовников // **Уральский медицинский журнал**. – 2007. – №11(39). – С.14-19
11. Оценка распространенности синдрома хронической генерализованой боли и его связи с психическим статусом в популяции сельских жителей / А.Г. Солодовников, О.В. Андриянова, О.М. Лесняк, А.Г. Закроева [и др.] // **Уральский медицинский журнал**. – 2009. – №2(56). – С.5-11
12. Закроева А.Г. Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, А.Г. Солодовников // **Уральский медицинский журнал**. – 2009. – №2(56). - С.83-93
13. Закроева, А.Г. Остеопороз, депрессия и переломы. Современные аспекты проблемы /А.Г.Закроева, Е.В. Кожемякина, О.М. Лесняк // **Остеопороз и остеопатии**. – 2012. – №3. – С.25-31
14. Лесняк, О.М. Современные возможности медикаментозного лечения постменопаузального остеопороза и пути решения проблем комплаентности / О.М. Лесняк, А.Г. Закроева // **Лечащий врач**. – 2012. – №7. – С.94-95
15. Training Russian family physicians in mental health skills. / A. Zakroyeva, D.Goldberg, Gask L. [et al.] // **Eur J Gen Pract**. – 2008. – №14(1). – P.19-22
16. Integrating mental health into primary care in Sverdlovsk / R. Jenkins, Z. Bobyleva, D. Goldberg[et al.] // **Mental Health in Family Medicine**. – 2009. – №6(1). – P. 29-36
17. Training teachers to teach mental health skills to staff in primary care settings in a vast, under-populated area / D.P. Goldberg, L. Gask, A. Zakroyeva [et al.] // **Ment Health Fam Med**. – 2012. – Dec. - № 9(4) - P.219-224
18. Закроева, А.Г. Медицинские аспекты психологии семьи [Текст] учебное пособие для врачей / А.Г. Закроева -УГМА - Екатеринбург, изд. УГМА - **Гриф.УМО** – 2007 – 46с.
19. Закроева, А.Г. Распространенность артериальной гипертензии в сельской и городской популяциях Урала и информированность лиц с артериальной гипертензией о своем заболевании / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк, О.В. Андриянова // **Главврач**. – 2014 – № 6 – С.10-17
20. Распространенность хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития среди взрослого населения Свердловской области / О.В.Андриянова, А.Г.Закроева, А.Г.Солодовников, О.М.Лесняк, С.В.Глуховская // **Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе: сб. науч. тр. / Отв. ред. Е.В.Ползик**. – Екатеринбург: Изд-во УрО РАН. – 2008. – С.40-48
21. Закроева, А.Г. Качество жизни и его ассоциации с поведенческими факторами риска и основными хроническими неинфекционными заболеваниями в сельской и городской популяциях Урала / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова // **Общая врачебная практика** – 2014. – №12. – С.18-22
22. Закроева, А.Г. Распространенность некоторых основных хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях Урала и информированность граждан о своем заболевании / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова. Сб. статей по материалам XXVIII международной науч.-практической конференции Современная медицина: актуальные вопросы -№ 2 (28). – Новосибирск: Изд. «СибАК». – 2014. – 144с. (с 15-29)
23. Закроева, А.Г. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, качество жизни сельского населения Свердловской области / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, О.М. Лесняк // **Полипатии в общей врачебной практике и семейной медицине: тез. докл. IV Межрегиональной науч.-практ. конф. УрФО Челябинск, 2007**. – С.39-40
24. Закроева, А.Г. Распространенность артериальной гипертензии, стенокардии напряжения и хронических респираторных нарушений в сельской и городской популяциях Урала и информированность граждан о своем заболевании / А.Г. Закроева, О.В. Андриянова, А.Г. Солодовников. - **Материалы VI Уральского конгресса по образу жизни и Всероссийского форума с международным участием "За здоровую жизнь"**, – Екатеринбург: Издательство ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, ГБУЗ СО СОЦМП, – 2014. – 112с. – С.32-42
25. Закроева, А.Г. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике / А.Г. Закроева // **Общая врачебная практика** – 2004. – №1– С.7-15

26. Закроева, А. Г. Преподавание цикла «депрессии в общей врачебной практике» при подготовке семейных врачей / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк, Д.Голдберг. - Сборник статей УГМА – 2004. – С.155-158
27. Закроева А.Г. Цикл «депрессии в общей врачебной практике»: результаты обучения врачей на кафедре семейной медицины УГМА / А.Г. Закроева, Д.Голдберг, Л.Гаск // Общая врачебная практика -2004. – №1 – С.56-57
28. Zakroyeva, A. Prevalence of mental health problem at the rural population of Ural region, Russia / A. Zakroyeva, A.Solodovnikov, L. Gask [Abstracts] // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. –Vol.41. – Suppl.2. – P.274
29. Developments in the promotion and evaluation of Primary Care Mental Health Education / L/ Gask, A. Tylee, Y. Xin [et al.] [Abstracts] // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – Vol 41. – Suppl.2. – Nov 2007. – P.183
30. Zakroyeva, A. Teaching of depressions in the department of Family medicine of the Ural State Medical Academy, Russia [Abstracts] / O. Lesnyak, David Goldberg, Linda Gask // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. – Vol.41. – Suppl.2. – Nov 2007. – P.184
31. Zakroyeva, A. The patients knowledge about osteoporosis and doctors view of the situation in Yekaterinburg, Russia/ A. Zakroyeva, E. Kozjemiakina, I.Skorokhodov // Osteoporosis International –Suppl.1. – 2012 – IOF-ECCEO12 European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis. – March 21-24.2012
32. Закроева А.Г. Преподавание депрессивных расстройств на кафедре семейной медицины Уральской государственной медицинской академии [Тезисы] / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк, Д. Голдберг – Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы развития семейной медицины в Сибирском федеральном округе» – 29-30 июня 2004. – Омск. – С.102-104
33. Закроева А.Г. Эффективность преподавания курса «Депрессии в общей медицинской практике» на кафедре семейной медицины УГМА [тезисы] / А.Г.Закроева, С.В. Цвиренко -Материалы совещания проректоров медицинских вузов по вопросам преподавания психологии. – Оренбург, май. – 2005. – С.77
34. Закроева А.Г. Информированность пациентов остеопорозом Свердловской области о своем заболевании и точка зрения врачей на данную проблему[Тезисы] / А.Г. Закроева, Е.В. Кожемякина, И.С. Скороходов И.С. – I Евразийский конгресс ревматологов, Программа и тезисы конгресса – С.38
35. Закроева А.Г. Проблема информированности пациентов остеопорозом г. Екатеринбурга и Свердловской области о своем заболевании, и точка зрения врачей [Тезисы] / А.Г. Закроева, Е.В. Кожемякина, И.С. Скороходов -VII Всероссийская конференция «Ревматология в реальной клинической практике» -Владимир, 2012 -Сборник материалов конференции -С.23. УДК 616-002.77 (043.2) ББК 55.5 -ISBN 978-5-9903676-1-6
36. Закроева, А.Г. Уровень депрессии, тревоги и информация от лечащего врача как возможные детерминанты осведомленности больных остеопорозом о своем заболевании [тезисы] / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк. – V Российский конгресс по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета. Программа и материалы (Москва, 18-20 ноября, 2013) – Приложение к журналу Остеопороз и остеопатии. – С.64
37. Закроева А.Г. Обучение врачей общей практики навыкам ведения больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, коморбидными проблемам психического здоровья, на основе биопсихосоциального подхода / А.Г. Закроева, О.М. Лесняк // Материалы IV Конгресса врачей первичного звена здравоохранения Юга России. 6-7 ноября 2014. – С. 174-182
38. Распространенность хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития среди взрослого населения Свердловской области / О.В.Андриянова, А.Г.Закроева, А.Г.Солодовников, О.М.Лесняк, С.В.Глуховская // Медицина и здоровье, здравоохранение Свердловской области 2008: тез. докл. межрегиональной специализированной выставки-конференции. – Екатеринбург, 2008. – С.13-15.
39. Состояние здоровья взрослого населения Свердловской области (данные эпидемиологического исследования) / О.В.Андриянова, А.Г.Закроева, А.Г.Солодовников, О.М.Лесняк, С.В.Глуховская // Актуальные вопросы медицинской профилактики и пропаганды здорового образа жизни: сб. науч. тр. / Под ред. ВГ. Климина. – Екатеринбург, 2009. – Вып. 8 – С.8-11.
40. Состояние здоровья взрослого населения Свердловской области / О.В. Андриянова, А.Г. Закроева, А.Г. Солодовников, О. М. Лесняк, С.В. Глуховская // Материалы I Уральского конгресса по здоровому образу жизни: сб. науч. тр. / Под ред. ВГ. Климина -Екатеринбург, 2009. – С.6-8
41. Закроева А.Г., Лесняк О.М. Обучение врачей первичного звена навыкам применения биопсихосоциального подхода к ведению пациентов с проблемами психического здоровья, коморбидными

хроническим неинфекционным заболеваниям / А.Г.Закроева, О.М. Лесняк // Клинико-диагностические аспекты полипатий в амбулаторно-поликлинической практике. Междисциплинарный подход: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 70-летию ЮУГМУ. – г. Челябинск, 21 ноября 2014 г. под. ред. Ю.Ю. Шамуровой, – Челябинск: изд-во ЮУГМУ, 2014 г. – С. 67 -69.

Благодарности

Автор выражает благодарность доктору Дж. Макбету (отдел эпидемиологии университета Манчестера) за интеллектуальную поддержку на этапе организации эпидемиологического исследования, руководству Свердловского областного центра медицинской профилактики в лице С.В. Глуховской и О.В. Андрияновой за помощь в организации и проведении эпидемиологического исследования, почетному профессору сэру Д. Голбергу, (Kings College, London), и профессору Л. Гаск (университет Манчестера) за поддержку в проведении исследований, связанных с изучением знаний и навыков врачей первичного звена.

Список использованных сокращений

АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДИ	доверительный интервал
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИКИ	интерквартильный интервал
КЖ	качество жизни
ЛПУ	лечебно-профилактические учреждения
МКБ-10	международная классификация болезней, 10 пересмотр
ОА	остеоартроз
ОВП	общая врачебная практика
ОП	остеопороз
ОРВИ	острые респираторные вирусные инфекции
ОШ	отношение шансов
ХНИЗ	хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme
GHQ-12	General Health Questionnaire
GSAD	the Goldberg Scale of Anxiety and Depression
WHO	World Health Organization

Закроева Алла Геннадьевна

СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОСНОВНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ
НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ
ФАКТОРАМИ РИСКА: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ
ПРОБЛЕМЫ И ОБОСНОВАНИЕ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

14. 01. 04 – Внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Автореферат напечатан по разрешению диссертационного совета Д.208.102.02
20.02.2015 г. ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России

