

---

*Щербаков Д.В.*

**ОЦЕНКА РОЛИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ И КАЧЕСТВА  
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Омский государственный медицинский университет,

**Щербаков Денис Викторович** – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Омского государственного медицинского университета. Адрес: 644099, г. Омск, ул. Ленина, д.12. e-mail lapha@list.ru

**Резюме.** Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний и продолжает играть значительную роль в сокращении продолжительности жизни населения в современной России. В настоящее время очевидна необходимость осмысления социального функционирования лиц в ситуации болезни, интегративных исследований в научном поле не только социологии, социальной психологии но и практики медико-социальной работы.

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, социальные факторы, качество жизни.

**Abstract.** Coronary heart disease is a leader in the structure of non-communicable chronic diseases and play a significant role in reducing the life expectancy of the population in modern Russia. Currently, a clear need understanding of social functioning of individuals in a situation of disease, integrative research in the scientific field of sociology, social psychology and practice of medical and social work.

**Key words:** cardiovascular disease, social factors, quality of life.

В середине прошлого века в многолетних проспективных исследованиях было показано влияние факторов риска на развитие, прогрессирование и преждевременную смерть от хронических неинфекционных заболеваний, в том числе от ишемической болезни сердца (ИБС) [1]. Эти факторы были изучены в связи с образом жизни, генетическими особенностями человека и воздействием окружающей

среды [2, 3].

Оценка качества жизни и социального функционирования в настоящее время представляются одними из важнейших характеристик состояния больных, страдающих ИБС. Факторы социального и культурологического характера, наряду с экономическими, экологическими, природно-климатическими условиями жизни, определяют общую ситуацию в области смертности и влияют на дифференциацию в смертности различных групп населения. Особенно выраженные диспропорции, на наш взгляд, отмечаются в отношении фармацевтической поддержки этапов реабилитации больных ИБС.

По месту проживания и оказания медицинской помощи все наблюдаемые нами пациенты были разделены на 3 группы. Основная I группа – 392 пациентов с наличием более 3 модифицируемых факторов риска, из них 39,7 % мужчин и 61,3 % женщин, средний возраст  $53,5 \pm 10,9$  лет. Вторая группа – 253 пациента с наличием 3 модифицируемых факторов риска – 37,3 % мужчин и 61,7 % женщин, средний возраст  $51,8 \pm 10,7$  лет. Третья группа – 137 пациентов с наличием менее 3 модифицируемых факторов риска – 53,7 % мужчин и 47,3 % женщин, средний возраст  $49,7 \pm 10,6$  лет.

Для установления вида зависимостей качества жизни от клинических характеристик был проведен регрессионный анализ. Снижение показателя качества жизни и его составляющих у больных ишемической болезнью сердца при наличии каждой из клинических характеристик: инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, хронической сердечной недостаточности II ст. оказался статистически значимым ( $p \leq 0,01$ ).

Суммарные сведения об осведомленности пациентов об основных модифицируемых факторах риска развития болезней системы кровообращения (БСК), таких как недостаточная физическая активность; повышенное употребление жиров, углеводов, поваренной соли; ожирение, злоупотребление алкоголем, курение табака и психосоциальные нагрузки, показало что, по всем показателям во II и III группах пациенты более информированы, чем пациенты I группы ( $p < 0,05$ ). Каждый пятый пациент из I группы, каждый третий пациент из II и каждый второй пациент из III группы ( $p < 0,05$ ) осведомлен о существовании терапевтических образовательных школ в поликлиниках по месту жительства.

Сравнительная оценка основных модифицируемых факторов риска

(ФР) показала, что степень их проявления имела свои особенности и специфику и отличалась в представленных группах. По мнению респондентов II и III групп они чаще, чем пациенты I группы страдают от ожирения ( $p < 0,01$ ). Статистически значимые различия установлены между женщинами из I группы и женщинами III группы по средним показателям веса и ИМТ ( $p < 0,01$ ). Гиподинамия у мужчин III группы статистически значимо чаще встречается чем в I группе, и увеличивается с возрастом у пациентов, которые значимо чаще нуждаются в стационарном лечении. Во II и III группах, в отличие от I, зарегистрированы мужчины ( $p < 0,05$ ) и женщины ( $p < 0,05$ ) моложе 40 лет, страдающие АГ и часто употребляющие алкоголь. Психоземotionalное напряжение и высокий уровень стресса отмечен как самый распространенный ФР во всех группах исследования.

Большинство исследуемых пациентов нерегулярно контролируют АД ( $p < 0,05$ ); проходят осмотры у участкового терапевта ( $p < 0,05$ ); проходят ЭКГ реже 1 раза в год.

В структуре больных I группы преобладали лица с сохранением трудовых функции; из них у 40,5 % мужчин и 59,5 % женщин был отмечен отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям; большое число лиц, особенно мужского пола – курящих более 10 сигарет в день и употребляющих алкоголь, соответственно 64,8 % и 87,8 %; указавшие на погрешности и нарушения в питании – 70,3 %, но реально не оценивающие свою массу тела; в отличие от II и III групп, пациенты I группы характеризуются большей двигательной активностью – 76,2 % ( $p < 0,05$ ), что связано со спецификой труда и быта.

В ходе исследования было выявлено, что 69,4 % пациентов были не полностью охвачены необходимыми лабораторными и инструментальными исследованиями, рекомендованными ВНОК: ОХС – 50,8 %, ЭКГ – 70,8 %, ЭХО КГ – 20,8 %. Среди них определена значительная доля пациентов, у которых зарегистрированы высокие показатели общего холестерина  $\geq 6,43 \pm 0,2$  ммоль/л; у 66,7 % лиц была выявлена гипертрофия ЛЖ ( $p < 0,05$ ). В результате исследования были выделены в каждой группе пациенты со значимыми показателями уровня риска сердечно-сосудистых катастроф: всего 41,8 % - «высокий» и 26,7 % - «очень высокий».

В ходе исследования установлено, что у пациентов I группы статистически значимо низкие показатели качества жизни (КЖ), особенно в компоненте психологического состояния, что негативно влияет на течение

основного заболевания, трудоспособность, социальную роль пациентов. Учитывая это считаем целесообразным дополнительно изучать психосоматический «портрет» пациентов, выявляя психологические проблемы, что было бы необходимо для оптимизации работы с данной категорией пациентов, для мотивации их к изменению образа жизни, активному внедрению образовательных профилактических программ.

Выводы. 1. Динамика изменения показателей качества жизни и психосоматического «портрета» пациентов может быть использована как индикатор эффективности вторичной профилактики в практике врача, работающего с данной категорией пациентов. 2. В целях повышения эффективности вторичной профилактики следует придавать особое значение формированию у пациентов мотивации для обеспечения непрерывного терапевтического процесса, стабилизации заболевания, приверженности к лечению, новых психологических установок, ведущих к изменению поведения, стиля и образа жизни, отказа от вредных привычек; освоению навыков измерения и самоконтроля АД, ЧСС; оказанию самопомощи при резких колебаниях самочувствия.

### **Литература**

1. Баздырев, Е.Д. Экология и сердечно-сосудистые заболевания / Е.Д. Баздырев, О. Л. Барбараш // Экология человека. – 2014. – № 5. – С. 53-59.

2. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ посещений населением Российской Федерации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 11-14.

3. Щепин, В.О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 1 / О.В. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - № 2. - С. 3-8.