

Факторы, ассоциированные с осведомленностью и прохождением диспансеризации у лиц с артериальной гипертонией (по данным исследования “Узнай свое сердце”)

Кашутина М. И.¹, Концевая А. В.¹, Кудрявцев А. В.², Малютина С. К.³, Ипатов П. В.¹, Драпкина О. М.¹

¹ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России. Москва; ²ФГБОУ ВО “Северный государственный медицинский университет” Минздрава России. Архангельск; ³Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ “Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН”. Новосибирск, Россия

Цель. Проанализировать демографические, социально-экономические и поведенческие факторы, ассоциированные с осведомленностью о диспансеризации и ее прохождением среди взрослого населения, проживающего в г. Архангельск и г. Новосибирске и имеющего артериальную гипертонию (АГ) в анамнезе.

Материал и методы. База данных была сформирована в рамках исследования “Узнай свое сердце” (2015-2018гг, г. Архангельск, г. Новосибирск, n=4504). Для настоящего исследования были отобраны 2216 человек, которые сообщили о наличии АГ. Для определения факторов, ассоциированных с осведомленностью о проводимой диспансеризации и активностью участия в ней, была применена бинарная логистическая регрессия.

Результаты. Определено, что осведомлены о диспансеризации 82,5% жителей г. Архангельска и г. Новосибирска в возрасте 35-69 лет, имеющих АГ в анамнезе, а прошли (собираются пройти) ее — 51,4%. Общими факторами, ассоциированными как с большей осведомленностью о проводимых профилактических мероприятиях, так и с большей активностью участия в них, определены женский пол и наличие контактов с врачами в течение года. С точки зрения осведомленности значимым оказался такой фактор, как средний уровень дохода, а с прохождением диспансеризации ассоциировалось отсутствие постоянной оплачиваемой работы и наличие статуса пенсионера.

Заключение. Осведомленность жителей г. Архангельска и г. Новосибирска с АГ в анамнезе о проводимой диспансеризации составила 82,5%. Уровень же охвата пока остается невысоким. Выявленные факторы, ассоциированные с большей осведомленностью о проводимой диспансеризации и более активным участием в ней, показали, что медицинским специалистам следует относиться более внимательно к мужской части городского населения, имеющей активной трудовой

статус с невысоким уровнем дохода. Также необходима более активная работа по привлечению к профилактическим контактам тех граждан, кто не находится в постоянном контакте с системой здравоохранения. Это требует консолидированной работы различных институтов и ведомств, включая средства массовой информации.

Ключевые слова: диспансеризация, осведомленность о диспансеризации, профилактические медицинские осмотры, артериальная гипертония, профилактика, контакты населения с системой здравоохранения.

Отношения и деятельность. Сбор данных для исследования финансирован Wellcome Trust, как часть International Project on Cardiovascular Disease in Russia (IPCDR) [100217]; Министерством здравоохранения Норвегии; Норвежским институтом общественного здоровья и UiT (Арктическим университетом Норвегии). Исследование также поддержано финансированием ГЗ РАН (AAAA-A17-117112850280-2). Спонсоры не оказали никакого влияния на дизайн исследования, сбор данных и анализ, принятие решения о подготовке статьи к печати и ее публикации.

Поступила 12/12-2021

Рецензия получена 08/01-2022

Принята к публикации 24/01-2022



Для цитирования: Кашутина М. И., Концевая А. В., Кудрявцев А. В., Малютина С. К., Ипатов П. В., Драпкина О. М. Факторы, ассоциированные с осведомленностью и прохождением диспансеризации у лиц с артериальной гипертонией (по данным исследования “Узнай свое сердце”). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(3):3156. doi:10.15829/1728-8800-2022-3156

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: kashutina.maria@gmail.com

Тел.: +7 (916) 522-29-85

[Кашутина М. И.* — аспирант, ORCID: 0000-0001-8182-2716, Концевая А. В. — д.м.н., доцент, зам. директора по научной и аналитической работе, ORCID: 0000-0003-2062-1536, Кудрявцев А. В. — PhD, зав. отделом инновационных программ центральной научно-исследовательской лаборатории, ORCID: 0000-0001-8902-8947, Малютина С. К. — д.м.н., профессор, зав. лабораторией этиопатогенеза и клиники терапевтических заболеваний, ORCID: 0000-0001-6539-0466, Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, в.н.с. научно-организационного отдела, ORCID: 0000-0001-7724-6429, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Factors associated with awareness and passage of medical screening in hypertensive persons: data from the Know Your Heart study

Kashutina M. I.¹, Kontsevaya A. V.¹, Kudryavtsev A. V.², Malyutina S. K.³, Ipatov P. V.¹, Drapkina O. M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; ²Northern State Medical University. Arkhangelsk; ³Research Institute of Internal and Preventive Medicine — branch of the Federal Research Center Institute of Cytology and Genetics. Novosibirsk, Russia

Aim. To analyze the demographic, socio-economic and behavioral factors associated with awareness and passage of medical screening among the hypertension adults from Arkhangelsk and Novosibirsk.

Material and methods. The database was formed as part of the Know Your Heart study (2015-2018, Arkhangelsk, Novosibirsk, n=4504). For the present study, 2216 people with hypertension were selected. Binary logistic regression was used to determine the factors associated with awareness of ongoing medical screening and active participation in them.

Results. The analysis determined that 82,5% of the hypertensive residents of Arkhangelsk and Novosibirsk aged 35-69 years old are aware of the medical screening, and 51,4% have passed (are going to pass) it. General factors associated both with greater awareness of ongoing preventive measures and with greater participation in them are female sex and contacts with doctors during the year. From the point of view of awareness, such a factor as the average income level turned out to be significant, while the absence of a permanent employment and the pension status were associated with the passage of medical screening.

Conclusion. The awareness of the hypertensive residents of Arkhangelsk and Novosibirsk about the medical screening was 82,5%. The coverage level is still low. The identified factors associated with greater awareness of the medical screening and more active participation showed that medical specialists should be more attentive to the men working in urban areas with a low income level. More active work is also needed to involve in preventive contacts those persons who are not in constant contact with the healthcare system. This requires the consolidated work of various institutions and departments, including the media.

Keywords: medical screening, awareness of medical screening, preventive health screening, hypertension, prevention, contacts of the population with the healthcare system.

Relationships and Activities. Data collection was funded by the Wellcome Trust as part of the International Project on Cardiovascular Disease in Russia (IPCDR) [100217]; Norwegian Ministry of Health; Norwegian Institute of Public Health and UiT (The Arctic University of Norway). The study was also supported by the state assignment of the Russian Academy of Sciences (AAAA-A17-117112850280-2). The sponsors had no influence on the study design, data collection, analysis, the decision to prepare the article and its publication.

Kashutina M. I.* ORCID: 0000-0001-8182-2716, Kontsevaya A. V. ORCID: 0000-0003-2062-1536, Kudryavtsev A. V. ORCID: 0000-0001-8902-8947, Malyutina S. K. ORCID: 0000-0001-6539-0466, Ipatov P. V. ORCID: 0000-0001-7724-6429, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: kashutina.maria@gmail.com

Received: 12/12-2021

Revision Received: 08/01-2022

Accepted: 24/01-2022

For citation: Kashutina M. I., Kontsevaya A. V., Kudryavtsev A. V., Malyutina S. K., Ipatov P. V., Drapkina O. M. Factors associated with awareness and passage of medical screening in hypertensive persons: data from the Know Your Heart study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(3):3156. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2022-3156

АГ — артериальная гипертония, ДИ — доверительный интервал, ОШ — отношение шансов, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Ключевые моменты

- Показана осведомленность населения гг. Архангельска и Новосибирска о реализуемых профилактических мероприятиях и активность участия в них.
- Определены демографические и социально-экономические детерминанты контактов городского населения с системой здравоохранения с профилактической целью.
- На основе анализа выявленных организационных барьеров для прохождения диспансеризации городским населением предложены пути их решения для увеличения охвата населения профилактическими мероприятиями.

Key messages

- The awareness of ongoing preventive measures and attendance in it of the population of Arkhangelsk and Novosibirsk are shown.
- Identified demographic and socio-economic determinants of contacts between the urban population and the healthcare system with preventive purposes.
- Based on the analysis of the identified organizational barriers to medical screening (dispanserisation) of urban population, ways to eliminate them are proposed in order to improve the population coverage with preventive measures.

Введение

Профилактическая медицина является одним из основных векторов реформирования системы здравоохранения в настоящее время в России, раз-

витие которой является неотъемлемым условием активного долголетия населения [1]. Контакты населения с системой здравоохранения с профилактической целью являются мощными инструмента-

ми противостояния нарастающей эпидемии хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в XXI в, позволяющими своевременно выявлять факторы риска и предотвращать развитие и прогрессирование хронической патологии в популяции. Кроме того, они способствуют повышению грамотности населения в вопросах здоровья [2]. Одной из форм профилактических контактов населения с системой здравоохранения является всеобщая диспансеризация, проведение которой началось по всей стране в 2013 г [3]. Программа и рекомендуемая частота прохождения профилактических медицинских осмотров постоянно пересматриваются. Для правильного планирования и развития системы медицинской профилактики в стране важно понимать уровень осведомленности о текущих возможностях системы здравоохранения, а также уровень отклика населения на предоставляемые возможности в различных социально-демографических группах. В связи с этим изучение факторов, ассоциированных с осведомленностью населения о проводимой диспансеризации и уровне охвата ею, является важной и актуальной задачей.

Артериальная гипертензия (АГ) — многомерная проблема системы здравоохранения поскольку одновременно является и самостоятельным заболеванием, и фактором риска других ХНИЗ. Как показывают эпидемиологические исследования, несмотря на достаточно простой диагностический алгоритм выявления АГ и доступный широкий спектр эффективных антигипертензивных препаратов, ее распространенность в России остается высокой и имеет тенденцию к росту за последнее десятилетие [4]. Регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров и диспансеризация позволяют вовремя выявить начальные изменения артериального давления, которые еще не сопровождаются клинически выраженной симптоматикой, а среди лиц, уже находящихся на терапии, оперативно осуществлять контроль приверженности антигипертензивной терапии и ее эффективности. Таким образом, стоящие перед системой здравоохранения задачи в рамках диспансеризации для лиц, имеющих АГ в анамнезе, являются несколько отличными и более обширными в сравнении с общепопуляционными. Однако охват диспансеризацией населения, в частности, имеющего АГ, не всегда является полноценным [5]. В связи с этим выявление социально-демографических групп именно среди пациентов с АГ в анамнезе, в которых уровень осведомленности о проводимой в стране диспансеризации и уровень активности участия в ней ниже, также является актуальным.

Цель настоящего исследования — анализ демографических, социально-экономических и поведенческих факторов, ассоциированных с осведомленностью о диспансеризации и ее прохожде-

нием среди взрослого населения, проживающего в г. Архангельск и г. Новосибирск и имеющего АГ в анамнезе.

Материал и методы

Настоящая работа выполнена на основании базы данных исследования “Узнай свое сердце” (одномоментное популяционно-репрезентативное эпидемиологическое исследование, n=4504), которое было проведено в 2015-2018 гг в Архангельске и Новосибирске. Собранные в рамках исследования данные позволяют оценить активность использования ресурсов системы здравоохранения взрослым городским населением в возрасте 35-69 лет на популяционном уровне, в частности, уровень осведомленности о проводимой диспансеризации и охвате, а также провести анализ факторов, ассоциированных с осведомленностью и прохождением диспансеризации.

При формировании популяционно-репрезентативной выборки, максимально полно характеризующей социально-экономическую гетерогенность населения обоих городов, применялась стратифицированная рандомизация по следующим критериям: район проживания участников, пол, возраст. Детальный протокол исследования “Узнай свое сердце” был опубликован ранее [6].

Отбор анализируемых факторов. Сбор информации осуществлялся посредством опроса участников исследования специально обученными интервьюерами на дому. Пол респондентов интервьюер отмечал самостоятельно (мужской/женский). Градация респондентов по возрасту была следующей: 35-44, 45-54, 55-64 и 65-69 лет. В соответствии с полученным образованием респонденты распределялись по 4 категориям: основное общее образование (неполное среднее/начальное профессиональное образование), среднее (при наличии полного или профессионального среднего образования), среднее специальное (среднее специальное образование/незаконченное высшее) и высшее, если респондент сообщал об окончании высшего учебного заведения. Наличие постоянной оплачиваемой работы определялось в случае положительного ответа респондента на вопрос “Являетесь ли Вы работающим на постоянно оплачиваемой работе?”. К пенсионерам относились те участники исследования, которые отмечали, что имеют пенсионный статус (вне зависимости от наличия инвалидности и трудовой занятости на момент проведения опроса). По уровню финансового дохода респонденты относились к группе низкого дохода, если сообщали, что имеют трудности с покупкой еды, одежды; к группе среднего дохода, если утверждали, что имеют трудности в случае необходимости приобретения крупной бытовой техники или легкового автомобиля; к группе высокого дохода, когда обозначенных ранее материальных трудностей респондент не заявлял.

Для определения активности использования ресурсов системы здравоохранения респондентам задавались вопросы, позволяющие определить наличие контактов с врачами различных специальностей (терапевт, кардиолог и др.), госпитализаций и обращений в скорую медицинскую помощь за предшествующие проведению исследования 12 мес. Данные по взаимодействию населения с системой здравоохранения категоризовались следующим образом: обращался за медицинской помощью/не обращался.

Осведомленность о проводимой диспансеризации и участие в ней определялись при последовательных положительных ответах участников исследования на следующие вопросы: “Знаете ли Вы о программе диспансеризации (в поликлиниках), которая проводится в настоящее время в России?” и “Собираетесь ли Вы пройти или уже прошли эту диспансеризацию?”. В случае отрицательного ответа респондента на эти вопросы он относился к категории неосведомленных о диспансеризации и непрошедших ее. У участников, осведомленных о диспансеризации, но непрошедших ее, уточнялись причины неявки на диспансеризацию посредством ответа на соответствующий вопрос с возможностью выбора нескольких вариантов.

Наличие АГ в анамнезе определялось при положительном ответе респондента на вопрос “Говорил ли Вам когда-либо врач, что у Вас имеется/имелась или была диагностирована АГ (повышенное давление), для женщин — за исключением периода беременности?”.

Критерий включения: в ходе опроса респондент сообщил о наличии АГ в анамнезе.

Критерий невключения: наличие пропусков в данных, изучаемых в настоящем исследовании.

Статистический анализ. Статистический анализ данных проводился в программе IBM SPSS v.26.0. Всего в исследование вошли данные о 2216 участниках исследования “Узнай свое сердце” (49,2%), которые в ходе опроса сообщили о наличии в анамнезе диагноза АГ. Номинальные данные представлялись в виде абсолютных значений и процентных долей. Для сравнения процентных долей с целью выявления статистически значимых различий применялся критерий χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Уровень осведомленности среди респондентов представлялся в виде частотного показателя, характеризующего долю респондентов, знающих о проводимой в стране диспансеризации. Охват диспансеризацией также представлялся в виде частотного показателя, отражающего долю участников исследования, сообщивших об осведомленности о диспансеризации и о прохождении (намерении пройти) ее. Для процентных долей, характеризующих осведомленность и охват диспансеризацией, 95% доверительный интервал (ДИ) рассчитывался по методу Клоппера-Пирсона. Определение факторов, ассоциированных как с осведомленностью участников исследования о проводимой в стране диспансеризации, так и с вероятностью прохождения ее, проводилось в два этапа. Вначале проводились однофакторные сравнения по каждому из отобранных для анализа потенциальных предикторов. Затем те предикторы, которые оказались статистически значимы ($p < 0,05$), включались в многофакторную модель бинарной логистической регрессии. Построение регрессионной модели осуществлялось методом исключения по Вальду с критерием шагового отбора 0,05 [7]. Анализ предикторов, включенных в конечные регрессионные модели, проводился на основании показателей отношения шансов (ОШ) и значений 95% ДИ. Предикторы признавались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Исследование “Узнай свое сердце” одобрено этическими комитетами LSHTM (Лондон, Великобритания, протокол № 8808 от 24.02.2015); ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ (Архангельск, Россия, протокол № 01/01-15 от 27.01.2015); НИИТПМ-филиал ФГБНУ ФИЦ ИЦИГ СО

РАН (Новосибирск, Россия, протокол б/н от 26.12.2014); ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ (Новосибирск, Россия, протокол № 75 от 21.05.2015). Настоящее исследование одобрено независимым этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПМ МЗ РФ (Москва, Россия, протокол № 02-03/19 от 28.03.2019).

Результаты

Характеристика участников исследования. Среди участников настоящего исследования женщины составили 59,6% ($n=1321$), мужчины — 40,4% ($n=895$). По возрасту было получено следующее распределение: 10,3% ($n=229$) в возрасте 35–44 лет, 22,8% ($n=504$) в возрасте 45–54 года, 39,8% ($n=882$) имели возраст в диапазоне 55–64 лет и 27,1% ($n=601$) были в возрасте 65–69 лет. Большинство участников имели среднее специальное образование — 38,1% ($n=844$). Всего среди участников исследования имели терапевтические контакты с системой здравоохранения в формате обращения к врачам, и/или госпитализаций, и/или вызовов скорой медицинской помощи в течение года 80,4% ($n=1782$).

Осведомленность. Определено, что о проводимой диспансеризации осведомлены 82,5% (95% ДИ: 80,9–84,1) участников ($n=1828$). На этапе однофакторных сравнений были выявлены статистические различия по следующим факторам: пол (более осведомленными о диспансеризации являются женщины, $p < 0,001$), пенсионный статус (пенсионеры чаще владеют информацией о профилактических мероприятиях, $p=0,003$), уровень дохода (наиболее осведомленными оказались лица со средним уровнем дохода, $p=0,04$) и обращения к врачам в течение предшествующего проведению исследования году (обращавшиеся лица были более осведомленными, $p < 0,001$). При построении многофакторной модели значимыми оказались все факторы, кроме пенсионного статуса (рисунок 1).

Прохождение диспансеризации. О прохождении диспансеризации (намерении участия в ней) сообщили 51,4% (95% ДИ: 49,3–53,5) ($n=1139$) участников исследования. Среди причин неявки на диспансеризацию осведомленными о ней и приглашенными на нее городскими жителями, имеющими АГ в анамнезе ($n=106$), наиболее часто отмечались неудобное время работы медицинских организаций, проводящих диспансеризацию — 19,1% ($n=21$), а также необходимость длительного ожидания получения медицинских услуг — 16,4% ($n=18$) (рисунок 2).

Было определено, что чаще проходили диспансеризацию женщины ($p < 0,001$), лица в возрасте ≥ 45 лет ($p < 0,001$), не имеющие постоянной трудовой занятости в сравнении с работающими ($p < 0,001$), имеющие пенсионный статус ($p < 0,001$), а также взаимодействующие в течение года с врачами различных специализаций ($p < 0,001$).

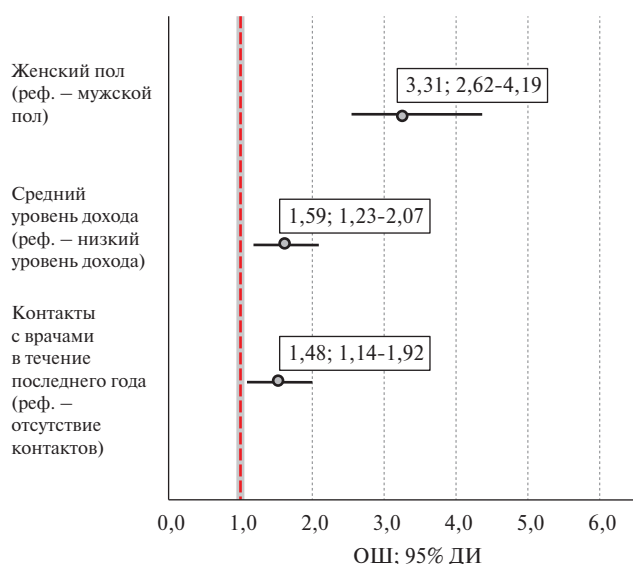


Рис. 1 Факторы, ассоциированные с осведомленностью населения г. Архангельск и г. Новосибирск в возрасте 35-69 лет с АГ в анамнезе о проводимой диспансеризации.

Примечание: реф. — референсная категория.

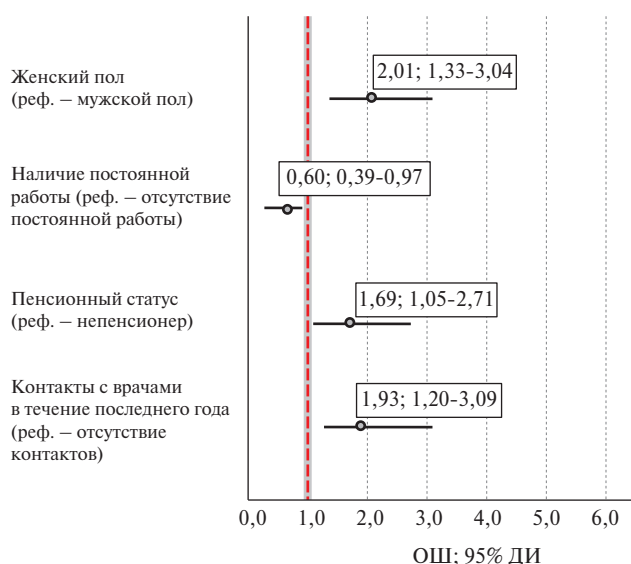


Рис. 3 Факторы, ассоциированные с прохождением диспансеризации населением г. Архангельск и г. Новосибирск в возрасте 35-69 лет, имеющим в анамнезе АГ.

Примечание: реф. — референсная категория.

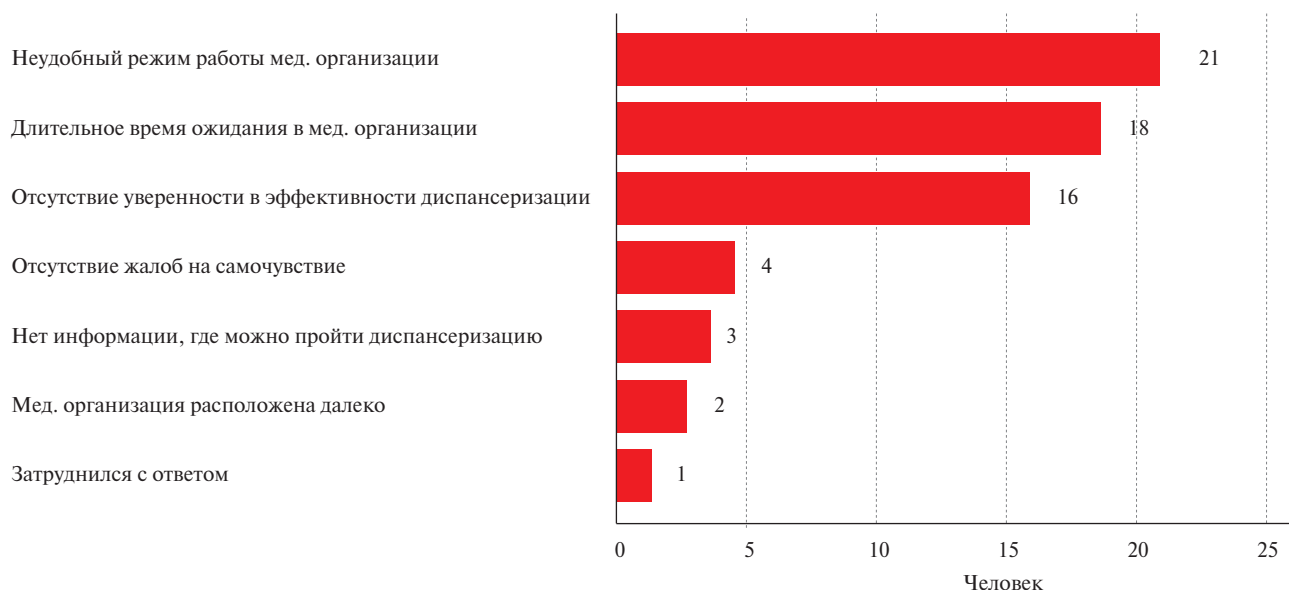


Рис. 2 Причины неявки на диспансеризацию взрослого населения г. Архангельск и г. Новосибирск с АГ в анамнезе, которое осведомлено о проводимых профилактических мероприятиях и приглашено к участию (результаты ответа на закрытый вопрос анкеты с возможностью множественного варианта выбора).

Примечание: мед. организация — медицинская организация.

Построенная многофакторная регрессионная модель позволила определить факторы, ассоциированные с прохождением диспансеризации: пол, пенсионный и рабочий статус, наличие контактов с врачами в течение года, предшествующего участию в диспансеризации (рисунок 3).

Таким образом, факторами, которые не ассоциировались ни с осведомленностью о проводимой диспансеризации, ни с активностью участия в ней, были возраст, уровень образования, семейное положение и наличие детей.

Обсуждение

Осведомленность взрослого населения, проживающего в г. Архангельск и г. Новосибирск и имеющего АГ в анамнезе, о проводимой диспансеризации, по данным настоящего исследования, составила чуть >80,0%. В соответствии с Отчетом о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2018г, о возможности прохождения диспансеризации проинформированы практически 100% застрахованных лиц [8]. Различия в оценках охвата насе-

ления информацией о проводимой диспансеризации могут быть связаны с тем, что не все граждане полноценно воспринимают информацию, которая доводится со стороны медицинских страховых компаний чаще в дистанционном формате (например, посредством телефонных звонков). С меньшей долей вероятности это объясняется тем, что не все участники исследования застрахованы в системе обязательного медицинского страхования.

Прошли диспансеризацию 51,4% участников исследования. При сравнении наших результатов по активности участия в диспансеризации лиц с АГ с официальными данными по охвату граждан профилактическими медицинскими осмотрами в целом, которые опубликованы официальной Единой межведомственной информационно-статистической системой (ЕМИСС Государственная статистика), установлено, что охват диспансеризацией лиц с АГ все же несколько выше, чем в общей популяции. Так, охват за 2017г на территории всей Российской Федерации составил 39,7%, в Архангельской и Новосибирской областях — 38,6 и 39,4%, соответственно. В 2018г аналогичные показатели составили 42,2, 40,8 и 36,2%, соответственно. Несколько больший процент охвата, получившийся по данным настоящего исследования, может быть объяснен не только тем, что была рассмотрена группа риска (часть населения, имеющая в анамнезе хронические заболевания), но и с других позиций. Во-первых, мы учитывали не только тех лиц, кто уже прошел диспансеризацию, но и тех, кто высказался о намерении ее пройти. Во-вторых, данные отражают не отдельный охват диспансеризацией за конкретный календарный год, а совокупный процент прошедших (готовых пройти) диспансеризацию на момент проведения исследования, начиная с 2013г, когда в стране была возобновлена всеобщая диспансеризация.

В настоящем исследовании выявлено, что чаще всего встречаются статистически значимые различия в осведомленности о диспансеризации и активности участия в ней по таким социально-экономическим и поведенческим группам, как пол и наличие регулярных контактов с врачами.

Женщины в сравнении с мужчинами являются и более информированными о возможности профилактических контактов с системой здравоохранения, и более активными их участниками. Аналогичные результаты были получены и в популяционном исследовании, проведенном в Японии в 2021г [9]. Подобные закономерности, возможно, объяснимы тем, что, по данным ряда исследований, женщины в отличие от мужчин более внимательно относятся к состоянию своего здоровья, чаще используют различные источники информации, включая интернет, чтобы повысить собственную грамотность в вопросах здоровья и осведомленность об имеющихся воз-

можностях его поддержания [10, 11]. Кроме того, в течение жизни женщина, в целом, имеет более тесный и продолжительный контакт с системой здравоохранения, что связано с вопросами планирования и ведения беременности, родов, материнства и ухода за детьми. Все это способствует большей информированности женщин о значимости профилактических медицинских осмотров и повышению активности участия в них [12].

В настоящей работе показано, что взаимодействие населения с врачами способствует росту не только осведомленности о проводимой диспансеризации, но и активности участия в ней. Это подчеркивает значимость медицинских работников в вопросах санитарно-гигиенического просвещения населения и мотивирования к здоровьесберегающему поведению. В рамках программ непрерывного профессионального образования медицинских специалистов необходимо регулярно актуализировать информацию о реализуемых в стране профилактических программах, их объемах, основных целях и задачах, обращая внимание на то, что одним из важнейших достоверных источников информации для пациентов является именно врач. В то же время, это показывает необходимость наращивания активности просветительской работы средств массовой информации для охвата той части населения, которая не находится в постоянном контакте с системой здравоохранения.

Результаты ранее проведенных исследований показывают, что люди, имеющие более высокое социально-экономическое положение, связанное с более высоким доходом, чаще проходят профилактические осмотры [13, 14]. Это согласуется с нашими данными о том, что осведомленность о диспансеризации выше в группе среднего дохода. Более высокая осведомленность о проводимой диспансеризации, выявленная именно среди населения со средним уровнем дохода, вероятно, связана с тем, что опрос проводился о диспансеризации, которая реализуется в государственных медицинских организациях. Лица же с высоким уровнем дохода нередко получают медицинскую помощь в частных медицинских организациях, в объемах, предусмотренных договорами о добровольном медицинском страховании. Что касается части населения с низким социально-экономическим статусом, как показывают исследования, она, в целом, менее обеспокоена вопросами здоровья [15].

Было установлено, что пенсионеры и лица с АГ в анамнезе, которые на момент участия в исследовании не имели постоянной оплачиваемой работы, чаще проходили диспансеризацию. Скорее всего, выявленная статистическая значимость обоих факторов объясняется наличием большей временной возможности для прохождения профилактического осмотра у обозначенных выше социально-демо-

графических групп [16]. Также следует отметить, что большинство пенсионеров являются лицами старшего возраста, поэтому более активное участие в медицинских осмотрах представителей данной категории населения может быть связано с тем, что они отличаются большей заинтересованностью вопросами здоровья и активного долголетия в сравнении с молодыми людьми [17].

Что касается причин неявки на диспансеризацию, то основными, по мнению городских жителей (потребителей услуг), являлись организационные проблемы, связанные с доступностью, а именно неудобным временем и скоростью оказания медицинских услуг, а также с отсутствием уверенности в эффективности реализуемых мер. Выявленные причины показывают важность увеличения числа площадок, проводящих диспансеризацию (в т.ч. обеспечение возможности прохождения ее в общественных местах, например, по месту работы), повышения временной доступности путем расширения режима работы медицинских организаций, а также путем оптимизации логистики самого процесса диспансеризации на местах, что позволит проходить населению первый этап диспансеризации в краткие сроки, в течение рабочего дня. Развитие непрерывного профессионального образования медицинских специалистов, обеспечение своевременной возможности прохождения программ, направленных на привлечение внимания врачей к вопросам важности системы мер медицинской профилактики, ее возможностям и значимости с точки зрения уровня общественного здоровья, будет способствовать повышению качества проводимой диспансеризации.

Ограничения исследования. Во-первых, информация, собираемая при помощи опроса, обладает некоторой степенью субъективности. Это связано с наличием вероятности возникновения ошибок, например, при восприятии и трактовке запрашиваемой интервьюером информации у респондента [18]. Во-вторых, полученные результаты являются популяционно-репрезентативными для выборки двух городов — Архангельска и Новосибирска, однако возможность экстраполяции на все население России, в т.ч. жителей сельских местностей, ограничена. В-третьих, протокол исследования “Узнай свое сердце” позволяет собрать информацию непосредственно о прохождении (готовности пройти) диспансеризацию респондентами, если до этого при ответе на вопросы они сообщили, что осведомлены о проводимой в стране диспансеризации и получали приглашение для ее прохождения. Кроме того, протокол исследования “Узнай свое сердце” не позволяет отделить от лиц, прошедших диспансеризацию, тех, кто только собирается это сделать. Поэтому полученные результаты об охвате диспансеризацией могут отличаться от истинных

значений. Это может быть как ввиду того, что не учитывается, например, доля лиц, осведомленных о диспансеризации и прошедших ее, но не получивших приглашение, так и вследствие отказа в будущем от прохождения диспансеризации лицами, имевшими ранее таковые намерения. В-четвертых, в настоящем исследовании лицами, имеющими АГ в анамнезе, признавались все, кто сообщал об этом интервьюеру в ходе опроса, без учета наличия и приверженности антигипертензивной терапии. Это может быть причиной включения в настоящее исследования, например, лиц, у кого ранее на приеме врача было выявлено транзиторное повышение артериального давления и сообщено об этом, однако АГ, как клинический диагноз, в будущем по разным причинам подтверждена не была. Это может приводить к некоторому завышению доли участников исследования, имеющих АГ в анамнезе. Наконец, наше исследование не позволяет проанализировать различные формы информирования населения о возможностях системы мер медицинской профилактики, реализуемых на федеральном и региональном уровнях, и выявить наиболее эффективные из них. При планировании будущих исследований и определении научных задач, подлежащих решению в ходе их реализации, необходимо учесть обозначенные выше ограничения.

Таким образом, показано, что осведомленность жителей г. Архангельска и г. Новосибирска в возрасте 35-69 лет с АГ в анамнезе о диспансеризации не являлась всеобщей, составив 82,5%. Активность же участия в профилактических медицинских осмотрах населения оказалась существенно ниже. Выявленные факторы, ассоциированные с большей осведомленностью о проводимой диспансеризации и более активным участием в ней, показали, что медицинским специалистам более внимательно следует относиться к мужской части населения, имеющей активной трудовой статус с невысоким уровнем дохода. Также необходима более активная работа по привлечению к профилактическим контактам населения тех граждан, кто не находится в постоянном контакте с системой здравоохранения. Это требует консолидированной работы различных институтов и ведомств, включая средства массовой информации. Выявленные причины неявки на диспансеризацию взрослого населения обоих городов показывают важность повышения временной и территориальной доступности диспансеризации, а также ее эффективности.

Заключение

По данным эпидемиологического кросс-секционного исследования “Узнай свое сердце” были изучены уровень осведомленности о проводимой в стране диспансеризации, а также охват ею среди взрослого населения, проживающе-

го в г. Архангельск и г. Новосибирск и имеющего АГ в анамнезе. Установлено, что о проводимой в стране диспансеризации осведомлены 82,5% жителей, а охвачены ею, включая лиц, которые только собираются пройти диспансеризацию — 51,4%. Определено, что уровень осведомленности о проводимых профилактических мероприятиях среди городского населения двух регионов России, а также активность участия в диспансеризации были выше среди женщин и лиц, находящихся в контакте с системой здравоохранения. Кроме того, осведомленность была достоверно выше среди лиц со средним уровнем дохода, а активность участия в диспансеризации возростала значимо среди пен-

сионеров и той части населения, которая не имеет постоянной оплачиваемой работы.

Отношения и деятельность. Сбор данных для исследования финансирован Wellcome Trust, как часть International Project on Cardiovascular Disease in Russia (IPCDR) [100217]; Министерством здравоохранения Норвегии; Норвежским институтом общественного здоровья и UiT (Арктическим университетом Норвегии). Исследование также поддержано финансированием ГЗ РАН (AAAA-A17-117112850280-2). Спонсоры не оказали никакого влияния на дизайн исследования, сбор данных и анализ, принятие решения о подготовке статьи к печати и ее публикации.

Литература/References

1. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 21, 2011 No. 323 "On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation". Accessed December 12, 2021. (In Russ.) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2011 г. №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Ссылка активна на 12.12.2021. <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>.
2. Chien SY, Chuang MC, Chen IP. Why People Do Not Attend Health Screenings: Factors That Influence Willingness to Participate in Health Screenings for Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3495. doi:10.3390/ijerph17103495.
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 3, 2012 No. 1006n "On approval of the procedure for conducting medical examinations for certain groups of the adult population". Accessed December 12, 2021. (In Russ.) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. №1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения". Ссылка активна на 12.12.2021. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70255634>.
4. Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSE RF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450-66. (In Russ.) Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. Распространенность артериальной гипертонии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2019;15(4):450-6. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
5. Kalinina AM, Boytsov SA, Kushunina DV, et al. Hypertension in the routine healthcare: focus on the results of health check-up. *Arterial'naya Gipertenziya (Arterial Hypertension)*. 2017;23(1):6-16. (In Russ.) Калинина А.М., Бойцов С.А., Кушунина Д.В. и др. Артериальная гипертония в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации. *Артериальная гипертония*. 2017;23(1):6-16. doi:10.18705/1607-419X-2017-23-1-6-16.
6. Cook S, Malyutina SK, Kudryavtsev AV, et al. Know Your Heart: Rationale, design and conduct of a cross-sectional study of cardiovascular structure, function and risk factors in 4500 men and women aged 35-69 years from two Russian cities, 2015-18. *Wellcome Open Res*. 2018;3:67. doi:10.12688/wellcomeopenres.14619.3.
7. Sharashova EE, Kholmatova KK, Gorbatova MA, et al. Multivariable logistic regression using SPSS software in health research. *Science and healthcare*. 2017;4:5-26. (In Russ.) Шапашова Е.Е., Холматова К.К., Горбатова М.А. и др. Применение множественного логистического регрессионного анализа в здравоохранении. *Наука и здравоохранение*. 2017;4:5-26. doi:10.34689/SH.2020.19.4.001.
8. Report on the results of the activities of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund in 2018. Accessed December 12, 2021. (In Russ.) Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2018 году. Ссылка активна на 12.12.2021. <https://www.ffoms.gov.ru/upload/medialibrary/6a0/6a027028c1820b87bc18a3f8d280b029.pdf>.
9. Otsuka T, Konta T, Sho R, et al. Factors associated with health intentions and behavior among health checkup participants in Japan. *Sci Rep*. 2021;11(1):19761. doi:10.1038/s41598-021-99303-y.
10. Bidmon S, Terlutter R. Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *J Med Internet Res*. 2015;17(6):e156. doi:10.2196/jmir.4127.
11. Ek S. Gender differences in health information behavior: a Finnish population-based survey. *Health Promot Int*. 2015;30(3):736-45. doi:10.1093/heapro/dat063.
12. Park BH, Lee BK, Ahn J, et al. Association of Participation in Health Check-ups with Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *J Korean Med Sci*. 2021;36(3):e19. doi:10.3346/jkms.2021.36.e19.
13. Shin HY, Kang HT, Lee JW, et al. The Association between Socioeconomic Status and Adherence to Health Check-up in Korean Adults, Based on the 2010-2012 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean J Fam Med*. 2018;39(2):114-21. doi:10.4082/kjfm.2018.39.2.114.
14. Al-Hanawi MK, Gowokani CC. Economic Analysis of Inequality in Preventive Health Check-Ups Uptake in Saudi Arabia. *Front Public Health*. 2021;9:745356. doi:10.3389/fpubh.2021.745356.
15. Faber JS, Al-Dhahir I, Reijnders T, et al. Attitudes Toward Health, Healthcare, and eHealth of People With a Low Socioeconomic Status: A Community-Based Participatory Approach. *Front Digit Health*. 2021;3:690182. doi:10.3389/fdgh.2021.690182.
16. Zhang Y, Salm M, van Soest A. The effect of retirement on healthcare utilization: Evidence from China. *J Health Econ*. 2018;62:165-77. doi:10.1016/j.jhealeco.2018.09.009.
17. Brunner-Ziegler S, Rieder A, Stein KV. Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. *BMC Public Health*. 2013;13:1138. doi:10.1186/1471-2458-13-1138.
18. Choi BC, Pak AW. A catalog of biases in questionnaires. *Prev Chronic Dis*. 2005;2(1):A13.