

Новое направление в профилактике инфаркта миокарда — акценты на медико-социальную характеристику пациента

Киреев К. А.^{1,2}, Москвичева М. Г.², Фокин А. А.^{1,2}

¹НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО “РЖД”. Челябинск; ²ТБОУ ВПО “Южно-уральский государственный медицинский университет” Минздрава России. Челябинск, Россия

Цель. Оценить медико-социальный статус, качество жизни, частоту модифицируемых факторов риска (ФР) атеросклероза у пациентов, перенесших острые инфаркты миокарда (ОИМ), а также определить риски сердечно-сосудистых заболеваний у этих больных.

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 пациентов с заключительным диагнозом ОИМ. Возраст больных 32-65 лет (средний возраст 50,4±1,4). Респонденты — жители г. Челябинска или его ближайшего пригорода. Респондентам предлагались вопросы, касающиеся социального статуса, качества их жизни до ОИМ, частоты модифицируемых ФР атеросклероза.

Результаты. Средняя оценка социального благополучия и качества жизни пациента до ОИМ, находилась на удовлетворительном уровне. Исключение составлял доход на одного члена семьи (оценка — ниже среднего). Частота распространения ФР атеросклероза: хронический стресс — 72,0%, артериальная гипертензия — 67,5%, избыточный вес — 55,0%, курение — 49,0%, повышенный уровень холестерина — 42,5%, гиподинамия — 20,5%, гипер-

гликемия — 18,5%, нерациональное питание — 16,5%. Только 26,0% респондентов развитие заболевания (ОИМ) связали с неправильным образом жизни.

Заключение. На примере пациентов с ОИМ преимущественно трудоспособного возраста, проживающих в крупном промышленном городе, определены риски сердечно-сосудистой патологии: низкий доход на одного члена семьи (53,5% респондентов), недостаточная информированность о негативных влияниях модифицируемых ФР атеросклероза и их высокая частота.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, острый инфаркт миокарда, качество жизни, социальный статус.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2016; 15(4): 16–21
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-4-16-21>

Поступила 01/03-2016

Принята к публикации 02/06-2016

Novel direction in myocardial infarction prevention — accent on medical and social characteristics of patient

Kireev K. A.^{1,2}, Moskvicheva M. G.², Fokin A. A.^{1,2}

¹Road Clinical Hospital at Chelyabinsk Station of LLC “RZD”. Chelyabinsk; ²South-Ural State Medical University of the Ministry of Health. Chelyabinsk, Russia

Aim. To evaluate medical and social status, life quality, prevalence of modifiable risk factors (RF) of atherosclerosis in patients after acute myocardial infarction (MI), and to evaluate the risk of cardiovascular diseases in this category of patients.

Material and methods. Totally, 200 patients with MI diagnosis were questioned. Age 32-65 y.o. (mean age 50,4±1,4). Responders were Chelyabinsk and suburbs inhabitants. Responders were invited to reply on social status, life quality before MI, prevalence of modifiable RF of atherosclerosis.

Results. Average evaluation of social wellbeing and life quality before MI was at a satisfactory level. An exclusion was income by 1 family member (below average). Prevalence of RF of atherosclerosis: chronic stress — 72,0%, arterial hypertension — 67,5%, overweight — 55,0%, smoking —

49,0%, high cholesterol — 42,5%, hypodynamia — 20,5%, hyperglycemia — 18,5%, non-rational food habits — 16,5%. Only 26,0% of responders linked the development of MI with their lifestyle.

Conclusion. At an example of MI patients, predominantly of economically active age, living in large industrial city, the risks for cardiovascular pathology were estimated: low family income (53,5%), insufficient information on negative influences of modifiable RF of atherosclerosis and their high prevalence.

Key words: specialized medical care, acute myocardial infarction, life quality, social status.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2016; 15(4): 16–21
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2016-4-16-21>

БСК — болезни системы кровообращения, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОКС — острый коронарный синдром, ФР — факторы риска.

Болезни системы кровообращения (БСК) представляют собой одну из приоритетных проблем российского здравоохранения, что обусловлено их высоким удельным весом в структуре причин смерт-

ности, составляющим ~50% [1-3]. По данным Челябинскстата, смертность от БСК в Челябинской области за последние 6 лет имеет тенденцию к снижению с 764,7 в 2009г до 676,9 на 100 тыс населения

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: 8 (351) 268-68-66; факс: 8 (351) 268-42-32

e-mail: kkireev83@mail.ru

[Киреев К. А. — к.м.н., руководитель Центра рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения, ²ассистент кафедры хирургии факультета дополнительного профессионального образования, Москвичева М. Г. — д.м.н., профессор, проректор по дополнительному профессиональному образованию и взаимодействию с учебно-производственными базами, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования, Фокин А. А. — д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, ³зав. кафедрой хирургии факультета дополнительного профессионального образования].

в 2014г. Несмотря на положительную динамику, этот показатель остается высоким и превышает общероссийское значение, а также средние цифры по Уральскому Федеральному округу [4].

В структуре смертности от БСК первое место занимает ишемическая болезнь сердца [5], одним из вариантов которой является острый инфаркт миокарда (ОИМ). Последствия ОИМ могут иметь разнообразный характер от потери сократительной способности сердца и снижения качества жизни у конкретного пациента [6] до значимых социально-экономических и демографических потерь здоровья на популяционном уровне [7].

Для нивелирования всех негативных воздействий ОИМ существуют две стратегии [8, 9]. Одна из них связана со своевременным назначением реперфузионного лечения, направленного на скорейшее восстановление коронарного кровообращения: тромболитическая терапия и/или чрескожное коронарное вмешательство. Вторая стратегия ассоциирована с комплексом мероприятий, ориентированных, главным образом, на предотвращение ОИМ и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Одним из возможных вариантов реализации профилактической стратегии может являться оценка рисков для сердечно-сосудистой патологии у больных, у которых уже развилась одна из тяжелых форм ишемической болезни сердца — ОИМ.

Цели настоящей работы: (1) Оценить медико-социальный статус, качество жизни, частоту модифицируемых факторов риска (ФР) атеросклероза у пациентов, перенесших ОИМ. (2) Определить риски БСК для их последующей коррекции в рамках профилактической работы.

Материал и методы

Работа выполнена в НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО “РЖД” (НУЗ ДКБ) в 2015г. В структуре данного медицинского учреждения организован региональный сосудистый центр, который оказывает специализированную кардиологическую и рентгенэндоваскулярную медицинскую помощь пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС). Территория обслуживания включает в себя 4 района Челябинского городского округа и 7 прилегающих муниципальных образований.

В 2015г в НУЗ ДКБ поступили 1691 пациент с предварительным диагнозом ОКС. В результате выполненных лечебно-диагностических вмешательств установлены следующие клинические состояния: ОИМ — 651 (38,5%), нестабильная стенокардия — 979 (57,9%), острая коронарная патология не подтвердилась — 61 (3,6%) случай.

В исследование включены 200 пациентов с заключительным диагнозом ОИМ, которым перед выпиской из стационара (в среднем на 10-12 сут. от поступления) проводили анкетирование. Критериями включения являлись: проживание в г. Челябинске или прилегающем пригороде; возраст пациента с ОИМ <65 лет, в исследование вошли пациенты, угрожаемые по преждевременной смер-

ти. Возраст больных — 32-65 лет, средний возраст — $50,4 \pm 1,4$ лет.

Критерием исключения из исследования являлось нежелание больного участвовать в анкетировании.

Предметами изучения являлись социальный статус пациентов с ОИМ, качество их жизни в течение периода, непосредственно предшествовавшего развитию у них ОКС, частота модифицируемых ФР атеросклероза — артериальной гипертензии, избыточного веса, курения, повышенных уровней холестерина и глюкозы крови, малоподвижного образа жизни, нерационального питания, стрессов.

Использована анкета, разработанная на основе социологических исследований Ю.П. Лисицына. Анкета сформирована из 46 вопросов с комбинацией всех вариантов (открытых, закрытых и полузакрытых), что давало возможность респонденту произвести выборку из предложенных ответов или ответить самостоятельно. Одновременно было исследовано качество жизни пациентов с ОИМ в период, предшествовавший развитию заболевания, с помощью русифицированного опросника “SF-36 Health Status Survey” (SF-36) компании Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования.

Все полученные результаты, касающиеся социального статуса — условия труда, отношения с коллегами и в семье, жилищные условия, доход на 1 члена семьи, частоты модифицируемых ФР атеросклероза и качества жизни, оценивались по 100-балльной шкале: 0-20 — низкий; 21-40 — пониженный; 41-60 — средний; 61-80 — повышенный, 81-100 — высокий показатель.

В работе применялись социологический (в форме анкетирования) и аналитический методы. Из учетных форм использовалась форма 003/у “Медицинская карта стационарного больного”, а также отчеты отделений кардиологии и рентгенохирургии НУЗ ДКБ за 2015г. Зарегистрированные данные прошли статистическую обработку, для которой использовался пакет программ Microsoft Office Excel 2007.

Результаты

В анкетировании приняли участие 65,5% мужчин и 34,5% женщин. Распределение пациентов по возрастным группам представлено следующим образом: 31-40 лет — 10,5%; 41-50 лет — 40,0%; 51-60 лет — 29,5%; 61-65 лет — 20,0%. Все респонденты являлись жителями г. Челябинска (80,5%) или ближайшего прилегающего к нему пригорода (19,5%).

По уровню образования получены следующие данные: лица, имеющие неполное среднее — 8,0%; среднее — 20,0%; среднее специальное — 45,5%; высшее — 23,0%; два высших — 3,5%; у 3,0% анкетированных есть ученая степень.

По социальному статусу наибольший удельный вес составили пенсионеры, рабочие и служащие — 21,0%, 37,0% и 31,0% больных, соответственно. Менее распространенными оказались следующие социальные группы: лица трудоспособного возраста, но временно не работающие — 6,5%; крестьяне — 2,0%; предприниматели — 2,0%, домохозяйки — 0,5%.

Установлены следующие отрасли, в которых работают трудоспособные пациенты: промышленность, строительство — 39,7%; торговля — 24,6%; правоохранительные органы — 15,1%; транспортные организации — 14,2%; сельское хозяйство — 3,2%; здравоохранение, образование, культура — 3,2%. Удовлетворены условиями труда 69,0%; не довольны — 12,7%, не совсем довольны — 18,3%. Причины неудовлетворения: 25,5% — высокие нервные нагрузки; 15,4% — нерациональный график рабочего времени; у 12,8% — тяжелая физическая работа; по 10,3% ответов пришлось на большую запыленность рабочего места и помещений, сильный шум в течение рабочего дня, сильную вибрацию и воздействие химических веществ; 5,1% — монотонный сидячий характер деятельности. Свои отношения с коллегами на работе 61,9% опрошенных охарактеризовали как хорошие; 25,4% — удовлетворительные; 12,7% — напряженные, конфликтные.

Анализ семейного положения показал, что 64,5% и 10,5% больных состоят в зарегистрированном и незарегистрированных браках, соответственно; 16,5% являются вдовцами (вдовами); 7,5% разведены и 1,0% холосты. Состав семей респондентов: муж, жена, двое детей — 48,0%; муж, жена, один ребенок — 27,3%; муж, жена, трое и более детей — 14,7%; муж, жена, дети, родители жены (мужа) — 8,0%; муж и жена (детей нет) — 2,0%. Свои взаимоотношения с супругом 74,0% оценили как хорошие (спокойные, доброжелательные); 16,0% — терпимые (спокойные, холодные); 10,0% — плохие (часто бывают конфликты).

Имеют благоустроенную квартиру и собственный благоустроенный дом 75,0% и 15,5% опрошенных, соответственно. В коммунальной квартире проживают 6,0%; в общежитии — 1,5%; снимают жилье — 2,0%. Своими жилищными условиями довольны 64,5% опрошенных; не довольны — 11,5%; не совсем довольны — 24,0%. Среди причин недовольства респонденты отметили: очень тесная квартира — 74,6%; проживание далеко от работы — 12,7%; отсутствуют бытовые удобства в доме — 4,2%; другое — 8,5%.

По уровню дохода на 1 члена семьи получены следующие результаты: не имеют постоянного источника доходов — 4,5%; доход до 9435 руб. (уровень прожиточного минимума в Челябинской области в 2015г) — 49,0%; доход до 14 тыс рублей (1,5 прожиточных минимума в Челябинской области в 2015г) — 27,0%; до 19 тыс рублей (2 прожиточных минимума в Челябинской области в 2015г) — 12,5%; >19 тыс рублей — 7,0%.

В отношении пристрастия к курению получены следующие ответы: никогда не курили — 41,0%; курили, но бросили — 10,0%; курят давно — 45,0%; недавно начали курить — 4,0%. На вопрос “в каком

возрасте начали курить?” 36,4% респондентов ответили, что начали курить в возрасте <15 лет; 54,2% — в возрасте 16-20 лет и 9,4% >20-летнего возраста. Среди респондентов, которые продолжают курить, 20,4% выкуривают по 10 сигарет в день; до 1 пачки в день — 16,3%; пачку в день — 37,8%; >1 пачки в день — 25,5%. В течение последнего года пытались бросить курить 31,6% анкетированных. Мотивациями к отказу от курения среди бросивших курить являлись: отрицательное влияние на здоровье — 60,0%; убедили бросить родственники и друзья — 25,0%; убедили медицинские работники — 15,0%; запретил курить лечащий врач — 0%.

Кратность приемов пищи в течение дня у респондентов составила: однократно — 1,5%; 2 раза в сут. — 14,5%; 3 раза в сут. — 57,5%; >3 раз в сут. — 26,5%. Свежие фрукты употребляют ежедневно 41,0% респондентов; 42,5% — 1-2 раза в нед.; 13,5% — несколько раз в мес.; 2,5% — несколько раз в год; 0,5% — никогда. Для приготовления пищи 83,0% опрошенных используют растительное масло.

Изучение физической активности показало, что: 24,5% — любят спорт по телевизору; 3,5% — занимаются в тренажерном зале; 12,5% — гуляют, занимаются бегом, бывают физически активными не менее 4 часов в нед.; 10,0% — занимаются спортивными играми; 2,5% — ходят в бассейн; 8,5% — делают утреннюю гимнастику; 22,0% — выполняют тяжелую работу в огороде, по хозяйству; 14,0% — имеют тяжелую работу, связанную с постоянным движением, поэтому не нуждаются в физической активности; 2,5% — другое.

Результаты исследования показали, что в состоянии душевного равновесия находятся лишь 28,0% респондентов. Среди основных причин душевного дискомфорта 25,5% отметили плохое собственное здоровье; 11,0% — постоянную нехватку денег и бедность; 3,5% — конфликты на работе; 1,5% — конфликты дома; 10,5% — опасность лишиться источника доходов; 5,0% — плохое здоровье членов семьи. Среди респондентов отмечены следующие способы снятия психоэмоционального напряжения: употребление спиртных напитков — 18,7%; курение — 31,3%; еда — 9,7%; продолжительный сон — 10,4%; выполнение тяжелой физической работы — 13,9%; покупка желанной вещи — 16,0%.

Об уровне своего артериального давления до развития у них ОИМ знали 84,0% респондентов, из них повышенное артериальное давление отметили 67,5% опрошенных, нормальный уровень — 16,5%.

О холестерина как ФР развития атеросклероза знают 60,5% опрошенных. Определяли уровень холестерина 69,5%. Знают свой уровень холестерина 44,0%. У 42,5% респондентов повышенный уровень холестерина.

Определяли уровень глюкозы крови 65,0% опрошенных, 13,5% респондентов сообщили, что у них

Таблица 1

Качество жизни пациентов перед развитием ОИМ

№, п/п	Шкала	Среднее значение, баллы
1	Физическое функционирование	61,7±4,8
2	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	42,0±6,4
3	Интенсивность боли	54,0±4,5
4	Общее состояние здоровья	50,0±2,7
5	Жизненная активность	54,4±3,0
6	Социальное функционирование	65,5±3,7
7	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	45,7±6,9
8	Психическое здоровье	60,1±2,9

повышенный уровень; еще у 5,0% в анамнезе сахарный диабет. У 35,0% есть родственники, страдающие сахарным диабетом. В 55,0% случаев респонденты считали, что им нужно снизить свой вес.

Возникновение своего заболевания, ОИМ респонденты связывали: в 22,5% случаях с наследственностью; в 13,5% — с плохой экологией; в 11,0% — с низким уровнем доходов на одного члена семьи; в 8,5% — с низкой физической активностью; в 5,5% — с курением; в 5,0% — с тяжелыми и вредными условиями труда; в 5,0% — с неправильным питанием; по 4,0% ответов пришлось на плохие климатические условия, напряженные отношения в семье, плохие жилищно-бытовые условия; 2,0% — употребление спиртных напитков. В 15,0% случаях респонденты затруднились ответить на данный вопрос.

Постинфарктный кардиосклероз в анамнезе диагностирован в 9,0% случаев, другие формы ишемической болезни сердца — в 18,5% наблюдений. На диспансерном наблюдении с диагнозом артериальная гипертензия состояло 30,5% опрошенных. Постоянную терапию, направленную на коррекцию артериального давления, получали 18,5% респондентов.

Все пациенты, принимавшие участие в данном исследовании, получали специализированную медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями и порядками. В 84,0% случаев для лечения ОИМ выполняли реперфузионное лечение с применением чрескожных коронарных вмешательств.

Качество жизни пациентов в период, предшествовавший ОИМ, оцененное по 8 общепринятым критериям, представлено в таблице 1.

Физический и психологический компоненты здоровья отмечены на уровне 40,2±1,6 и 40,3±1,7 баллов, соответственно.

Обсуждение

Специализированная медицинская помощь при БСК является приоритетной проблемой российского здравоохранения. Во-первых, показатели смертности от БСК в несколько раз выше средневропейских значений. В отечественных публикациях

встречается понятие “сверхсмертности населения” [10]. Во-вторых, несмотря на деятельность широкой сети сердечно-сосудистых центров и ежегодное увеличение объемов высокотехнологичной помощи, не наблюдается желаемого снижения смертности от БСК. Следовательно, поиск потенциальных проблем, тормозящих достижение целевых показателей, должен быть обращен непосредственно к больному.

Представленное исследование медико-социального статуса было ориентировано на пациентов с ОИМ в возрасте <65 лет, т.е. на категорию больных, угрожаемых по преждевременной смерти, из которых 80,0% трудоспособного возраста. Подобные работы, касающиеся комплексной медико-социальной характеристики пациентов с ОИМ, ранее не проводились.

При анализе социального портрета исследуемых пациентов средний показатель удовлетворенности основными сферами своей жизнедеятельности определен на уровне 60-70%: условия труда — 69,0%; отношения с коллегами на работе — 61,9%; отношения в семье — 90,0%; жилищные условия — 64,5%, что соответствует удовлетворительной оценке.

Исключение составляют случаи низкого дохода, которых >50%: свои доходы на 1 члена семьи на уровне или ниже прожиточного минимума Челябинской области 2015г отметили 49,0% пациентов, еще 4,5% не имеют постоянного источника доходов. В 11,0% случаев респонденты связали развитие у них ОИМ с низким уровнем доходов на одного члена семьи. Аналогичный ответ был получен на вопрос о причинах душевного дискомфорта — 11,0% опрошенных выделили постоянную нехватку денег и бедность как фактор психологического дисбаланса.

Применяемые современные и высокоэффективные технологии требуют дорогостоящей длительной послеоперационной медикаментозной терапии в соответствии с клиническими стандартами. Потенциально низкие доходы не дают полноценных возможностей для оплаты лечения и приобретения лекарственных препаратов за счет личных средств. Это обстоятельство особенно важно учиты-



Рис. 1 Частота модифицируемых ФР среди пациентов с ОИМ.

вать в условиях, когда экстренными высокотехнологичными эндоваскулярными вмешательствами охвачено 84,0% больных с ОИМ, вошедших в это исследование.

Анализ качества жизни респондентов на основе опросника SF-36 показал, что перед развитием ОИМ физическая активность, а также выполнение значительных физических нагрузок, находилась на среднем уровне ($61,7 \pm 4,8$ баллов). Аналогичный показатель, касающийся психического здоровья, отмечен на том же значении ($60,1 \pm 2,9$ баллов). При этом на прямые вопросы, касающиеся душевного равновесия, только 28,0% респондентов были удовлетворены своим психическим состоянием.

Тем не менее, физические и психологические проблемы жизнедеятельности серьезно ограничивали выполнение работы или повседневных обязанностей, на что указывают показатели ролевого функционирования, находящиеся на границе оценок “ниже среднего” и “удовлетворительный”.

Болевой синдром у исследуемых пациентов соответствовал умеренной интенсивности ($54,0 \pm 4,5$). Средняя оценка общего состояния здоровья и жизненной активности зарегистрирована на удовлетворительном уровне. Самый высокий показатель ($65,5 \pm 3,7$ баллов) получен в отношении социального функционирования, что можно объяснить высокой необходимостью социальных контактов у опрошенных больных, большинство которых проживает в крупных промышленных городах (80,5%).

Интегративные показатели “Физический компонент здоровья” и “Психологический компонент здоровья” составили ~60% от максимального количества баллов, возможных при обобщении полученных результатов, что также соответствует удовлетворительной оценке.

Все исследованные пациенты являются жителями мегаполиса. Возможно, это обстоятельство оказало влияние на частоту “урбанизационных” ФР — хронического стресса и артериальной гипертензии, которые имеют вероятную связь между собой. Данные ФР являлись самыми распространенными — 72,0% и 67,5%, соответственно. Важно отметить, что только четверть пациентов с артери-

альной гипертензией (18,5%) постоянно принимает корректирующие препараты.

Отдельного внимания заслуживает вопрос курения, доля которого среди респондентов составила 49,0%, т.е. фактически активным курильщиком является каждый второй пациент, угрожаемый по преждевременной смерти.

Среди курящих больных 90,6% начали курить до 20-летнего возраста. Учитывая средний возраст 50,4 года, получается с одной стороны длительный стаж курения, с другой стороны, все эти годы “профилактическое звено здравоохранения” не смогло мотивировать конкретного курильщика на отказ от этой вредной привычки. В 20 (10,0%) случаях респонденты “курили, но бросили”. При этом основная причина связана с личным опытом негативного влияния курения на собственное здоровье (60,0%), участие медицинских работников отметили только 15,0% респондентов.

В 63,3% наблюдений выкуривается ≥ 1 пачки сигарет (31,0% от общего количества анкетированных). Доля курения как средства для снятия психоэмоционального напряжения среди респондентов составляет 31,3%. При этом только 5,5% опрошенных связывают развитие своего заболевания с курением.

У каждого второго опрошенного (55,0%) регистрировался избыточный вес. Чуть реже представлена гиперхолестеринемия — 42,5%. На порядок реже встречались такие ФР, как гипергликемия, гиподинамия, нерациональное питание (~20,0%). Обобщенная информация по факторам риска среди исследуемых пациентов представлена на рисунке 1.

Заключение

Средняя оценка социальной сферы и качества жизни пациентов с ОИМ, угрожаемых по преждевременной смерти, в период, предшествовавший развитию у них ургентного состояния, находилась на удовлетворительном уровне.

Несмотря на высокую трудовую занятость (72,0%) важным ФР для БСК, определенным у исследуемых пациентов с ОИМ, угрожаемых по преждевременной смерти, является низкий доход на одного члена семьи (оценка — ниже среднего). Данное обстоятельство имеет отношение как к прединфарктному периоду (рациональное питание, полноценный отдых, здоровый образ жизни и т.д.), так и реабилитационному этапу (регулярный прием медикаментов), что необходимо учитывать при разработке общероссийских и региональных программ специализированной медицинской помощи.

Среди пациентов с ОИМ отмечается высокая частота таких ФР атеросклероза, как хронический стресс (72,0%), артериальная гипертензия (67,5%) с низким уровнем диспансерного наблюдения (30,5%) и постоянного приема антигипертензивных препаратов (18,5%), избыточный вес (55,0%), курение (49,0%),

повышенный уровень холестерина (42,5%), в меньшей степени — гиподинамия (20,5%), гипергликемия (18,5%), нерациональное питание (16,5%).

Другим риском БСК является недостаточная информированность преимущественно трудоспособного городского населения о негативных влия-

ниях модифицируемых ФР на развитие сердечно-сосудистой патологии. По субъективной оценке пациентов, только у 26,0% респондентов развитие ОИМ было ассоциировано с неправильным образом жизни. На данном медико-социальном аспекте необходимо концентрировать ресурсы здравоохранения.

Литература

1. Bokeriya LA. Health Russia: Atlas. Moscow: NTSSKh im. A.N. Bakuleva RAMN Publ. 2013; 420 p. Russian (Бокерия Л.А. Здоровье России: Атлас. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2013; 420 с).
2. Maksimova TM, Belov VB, Lushkina NP. Mortality and characteristics of hospitalization for diseases of the circulatory system. Problems of Social Hygiene, health and medical history 2013; 5: 7-10. Russian (Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. Смертность населения и характеристики госпитализации при заболеваниях системы кровообращения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2013; 5: 7-10).
3. State Program of the Russian Federation "Development of Health" approved Order of the Government of the Russian Federation of December 24, 2012, № 2511-р, Moscow. Russian newspaper; 2012: 31 dek. Russian (Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р г. Москва. Рос. газ.; 2012: 31 дек).
4. Mortality in Chelyabinsk Region: Statistical Yearbook. Chelyabinsk: Chelyabinskstat 2014. Russian (Смертность населения Челябинской области: Статистический сборник. Челябинск: Челябинскстат; 2014).
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): 442.
6. Uslu H, Cakmak N, Erkan ME, et al. Left ventricular remodeling assessment in patients with anterior acute myocardial infarction treated with successful primary percutaneous coronary intervention: an observational study. AnadoluKardiyol. Derg 2013; Vol. 13, № 7: 675-81.
7. Koncevaja AV, Kalinina AM, Koltunov IE, et al. Socio-economic costs of acute coronary syndrome in Russia. News cardiology 2013; 2: 10-2. Russian (Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е. и др. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в России. Новости кардиологии 2013; 2: 10-2).
8. Oganov RG, Maslennikova GJa. Strategies for the prevention of cardiovascular diseases in the Russian Federation. Clinical medicine 2012; 3: 4-7. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Клиническая медицина 2012; 3: 4-7).
9. Chazov EI, Bojcov SA. Provision of medical care to patients with acute coronary syndrome within the framework of the establishment of regional and primary vascular centers in the Russian Federation. Vestnik of cardiology 2008; 2: 5-11. Russian (Чазов Е.И., Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации. Кардиологический вестник 2008; 2: 5-11).
10. Gerasimenko NF. High mortality of the population — the main demographic problem in Russia in the context of European health trends. Health of the Russian Federation 2009; 3: 4-10. Russian (Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здравоохранение РФ 2009; 3: 4-10).