

Оценка реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном уровне здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств

Мамедов М. Н.¹, Куценко В. А.¹, Сейсембеков Т. З.², Мехдиев С. Х.³, Якубова Л. В.⁴, Кежун Л. В.⁴, Муркамилов И. Т.^{5,6}, Кауызбай Ж. А.⁷, Жолдин Б., Драпкина О. М.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Россия; ²НАО "Медицинский университет Астана". Астана, Казахстан; ³Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева. Баку, Азербайджан; ⁴УО "Гродненский государственный медицинский университет". Гродно, Беларусь; ⁵Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева. Бишкек, Кыргызстан; ⁶ГОУВПО "Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента Российской Федерации Б. Н. Ельцина". Бишкек, Кыргызстан; ⁷АО "Южно-Казахстанская медицинская академия". Шымкент, Республика Казахстан; ⁸НАО "Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова". Актобе, Республика Казахстан

Цель. Проведение медико-социологического опроса среди врачей в 4 странах Содружества Независимых Государств (СНГ) для оценки эффективности реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторном звене здравоохранения.

Материал и методы. В одномоментном исследовании принимали участие врачи амбулаторного звена здравоохранения из 6 городов 4 стран ближнего зарубежья. Всего в опросе приняли участие 210 врачей терапевтического профиля: Бишкек (Кыргызстан) — 42 врача, Минск (Беларусь) — 37 врачей, Астана, Шымкент, Актобе (Казахстан) — 55, 30, 10 врачей, соответственно, Баку (Азербайджан) — 36 врачей. Опрос был осуществлен по ранее подготовленной в ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России анкете, которая состояла из 11 блоков вопросов. На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях.

Результаты. В 3-х странах среди мужчин, обратившихся в первичное звено лечебно-профилактических учреждений, преобладали пациенты в возрастном диапазоне 50-59 лет, тогда как в Азербайджане доминирующими оказались мужчины в возрасте 60-65 лет. В странах СНГ наиболее часто пациенты обращаются в поликлинику по поводу хронических форм ишемической болезни сердца. В Азербайджане, Казахстане и Беларуси число обращаемости с сахарным диабетом 2 типа с наличием или без осложнений составляет >20%. Врачи в крупных городах стран СНГ до 10% случаев не рекомендуют немедикаментозные методы лечения. Льготное лекарственное обеспечение несколько различается между анализируемыми городами. В Казахстане и Беларуси 70% врачей отмечают достижения 75%-го уровня целевых показателей. В Кыргызстане и Азербайджане аналогичный уровень достигается в 2-3 раза реже. В Казахстане, Беларуси и Кыргызстане, отмечается относительно высокая частота (удовлетворенность в 75% случаев), в то же время азербайджанские врачи утверждают, что в 52% не удовлетворены и в 44% случаев частично удовлетворены взаимодействием с профильными врачами стационаров. В Азербайджане и Беларуси преобладает 75%-я укомплектованность врачами амбулаторного звена лечебно-профилактических учреждений. В Кыргызстане в 84% случаев выявляется 100%-я

укомплектованность. В то же время в Казахстане 50%-я и 75%-я укомплектованность имеет сопоставимую частоту. В этих странах аналогичная картина отслеживается и по обеспечению средним медперсоналом на поликлиническом уровне.

Заключение. Среди больных хроническими неинфекционными заболеваниями, наблюдающихся в поликлиниках, преобладают пациенты с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа. Приверженность к терапии в каждом втором случае находится на недостаточном уровне. Охват льготными препаратами и достижение целевых уровней основных факторов риска среди больных составляет в среднем 60% случаев. В 3-х из анализируемых 4-х стран СНГ наблюдаются проблемы с кадровым обеспечением врачами и медперсоналом.

Ключевые слова: вторичная профилактика, хронические неинфекционные заболевания, медико-социологический опрос, врачи, страны ближнего зарубежья.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 06/06-2024

Рецензия получена 27/06-2024

Принята к публикации 01/08-2024



Для цитирования: Мамедов М. Н., Куценко В. А., Сейсембеков Т. З., Мехдиев С. Х., Якубова Л. В., Кежун Л. В., Муркамилов И. Т., Кауызбай Ж. А., Жолдин Б., Драпкина О. М. Оценка реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном уровне здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(10):4068. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4068. EDN VZIBRJ

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: mmamedov@mail.ru

[Мамедов М. Н. — д.м.н., профессор, руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-7131-8049, Куценко В. А. — м.н.с. лаборатории биостатистики отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-9844-3122, Сейсембеков Т. З. — д.м.н., профессор кафедры кардиологии, ORCID: 0000-0002-2129-7128, Мехдиев С. Х. — д.м.н., доцент кафедры терапии, ORCID: 0000-0001-5970-0456, Якубова Л. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии, ORCID: 0000-0001-7632-9695, Кежун Л. В. — к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-0244-5623, Муркамилов И. Т. — д.м.н., доцент кафедры факультетской терапии, профессор, ORCID: 0000-0001-8513-9279, Кауызбай Ж. А. — к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0002-6368-8506, Жолдин Б. — к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней № 2, ORCID: 0000-0002-4245-9501, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Evaluation of secondary prevention of noncommunicable diseases at the outpatient healthcare level in the Commonwealth of Independent States countries

Mamedov M. N.¹, Kutsenko V. A.¹, Seisembekov T. Z.², Mekhdiev S. Kh.³, Yakubova L. V.⁴, Kezhun L. V.⁴, Murkamilov I. T.^{5,6}, Kautbay Zh. A.⁷, Zholdin B.⁸, Drapkina O. M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia; ²Astana Medical University. Astana, Kazakhstan; ³Aliyev Azerbaijan State Advanced Training Institute. Baku, Azerbaijan; ⁴Grodno State Medical University. Grodno, Belarus; ⁵Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy. Bishkek, Kyrgyzstan; ⁶Kyrgyz-Russian Slavic University. Bishkek, Kyrgyzstan; ⁷South Kazakhstan Medical Academy. Shymkent, Republic of Kazakhstan; ⁸Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University. Aktobe, Republic of Kazakhstan

Aim. To conduct a survey among doctors in 4 countries of the Commonwealth of Independent States (CIS) to assess the effectiveness of secondary prevention of noncommunicable diseases in outpatient healthcare.

Material and methods. Outpatient healthcare physicians from 6 cities in 4 neighboring countries participated in the cross-sectional study. A total of 210 physicians of the internal medicine profile took part in the survey: Bishkek (Kyrgyzstan) — 42 physicians, Minsk (Belarus) — 37 physicians, Astana, Shymkent, Aktobe (Kazakhstan) — 55, 30, 10 physicians, respectively, Baku (Azerbaijan) — 36 physicians. The survey was carried out using an original questionnaire of the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, which consisted of 11 blocks of questions. Answers in several gradations were offered for each question.

Results. In 3 countries, among men who sought primary care in health care institutions, patients in the age range of 50-59 years prevailed, while in Azerbaijan, men aged 60-65 years dominated. In the CIS countries, patients most often seek medical attention at a outpatient clinic due to chronic coronary artery disease. In Azerbaijan, Kazakhstan and Belarus, the number of patients with type 2 diabetes with or without complications is >20%. Doctors in large cities of the CIS countries do not recommend non-drug treatment methods in up to 10% of cases. Subsidized pharmaceutical provision varies slightly between the analyzed cities. In Kazakhstan and Belarus, 70% of doctors note reaching 75% of the target indicators. In Kyrgyzstan and Azerbaijan, a similar level is achieved 2-3 times less often. In Kazakhstan, Belarus and Kyrgyzstan, a relatively high frequency is noted (satisfaction in 75% of cases), while Azerbaijani doctors claim that 52% are dissatisfied and 44% are partially satisfied with the interaction with specialized hospital-based doctors. In Azerbaijan and Belarus, 75% staffing of outpatient doctors in medical and preventive institutions prevails. In Kyrgyzstan, 100% staffing is detected in 84% of cases. At the same time, in Kazakhstan, 50% and 75% staffing has a comparable frequency. In these countries, a similar picture is observed in terms of provision of mid-level outpatient health workers.

Conclusion. Among patients with noncommunicable diseases observed in outpatient clinics, patients with coronary heart disease and type 2 diabetes predominate. Adherence to therapy in every second case is at an insufficient level. Coverage of subsidized drugs and achievement of target levels of the main risk factors among patients is on average 60% of cases. In 3 of the 4 analyzed CIS countries, there are problems with staffing with doctors and medical staff.

Keywords: secondary prevention, noncommunicable diseases, medical-sociological survey, doctors, neighboring countries.

Relationships and Activities: none.

Mamedov M. N.* ORCID: 0000-0001-7131-8049, Kutsenko V. A. ORCID: 0000-0001-9844-3122, Seisembekov T. Z. ORCID: 0000-0002-2129-7128, Mekhdiev S. Kh. ORCID: 0000-0001-5970-0456, Yakubova L. V. ORCID: 0000-0001-7632-9695, Kezhun L. V. ORCID: 0000-0002-0244-5623, Murkamilov I. T. ORCID: 0000-0001-8513-9279, Kautbay Zh. A. ORCID: 0000-0002-6368-8506, Zholdin B. ORCID: 0000-0002-4245-9501, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author:
mmamedov@mail.ru

Received: 06/06-2024

Revision Received: 27/06-2024

Accepted: 01/08-2024

For citation: Mamedov M. N., Kutsenko V. A., Seisembekov T. Z., Mekhdiev S. Kh., Yakubova L. V., Kezhun L. V., Murkamilov I. T., Kautbay Zh. A., Zholdin B., Drapkina O. M. Evaluation of secondary prevention of noncommunicable diseases at the outpatient healthcare level in the Commonwealth of Independent States countries. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(10):4068. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4068. EDN VZIBRJ

ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛПУ — лечебно-профилактические учреждения, СД — сахарный диабет, СНГ — Содружество Независимых Государств, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Введение

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) имеют высокое распространение среди взрослых во всех регионах и странах. Каждый год от ХНИЗ умирает 41 млн человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире, из них 17 млн человек, не достигших 70 лет. 86% таких преждевременных случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. На долю стран с низким и средним уровнем дохода приходится 77% всех случаев смерти от ХНИЗ. В структуре смертности от ХНИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), от которых каждый год умирают 17,9 млн человек и за

которыми следуют онкологические заболевания (9,3 млн случаев), хронические респираторные заболевания (4,1 млн) и сахарный диабет (СД) 2 типа (2,0 млн, включая обусловленные им заболевания почек). Эти 4 группы заболеваний вызывают 80% всех случаев преждевременной смерти от ХНИЗ¹.

В глобальном масштабе наибольшее снижение смертности в период с 2000 по 2019гг наблюдалось от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)

¹ Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation — IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний является актуальной медицинской и социальной проблемой, которая подразумевает реализацию комплексных мер.

Что добавляют результаты исследования?

- Согласно данным опроса врачей приверженность каждого второго пациента к терапии находится на недостаточном уровне.
- Охват льготными препаратами и достижение целевых уровней основных факторов риска составляет в среднем 60% случаев. В 3-х из анализируемых 4-х стран Содружества Независимых Государств выявлены проблемы кадрового обеспечения врачами и медперсоналом.

Key messages

What is already known about the subject?

- Secondary prevention of noncommunicable diseases is a pressing medical and social problem that involves the implementation of comprehensive measures.

What might this study add?

- According to the survey of doctors, the medication adherence of every second patient is insufficient.
- Coverage of subsidized pharmaceutical provision and achievement of target levels of the main risk factors is on average 60%. In 3 of the 4 analyzed countries of the Commonwealth of Independent States, problems with medical staffing were detected.

(снижение стандартизированных по возрасту показателей на 37%), ССЗ (27%) и онкологических заболеваний (16%). Смертность от СД 2 типа за этот же период увеличилась незначительно — на 3%.

Увеличение абсолютного числа смертей от ХНИЗ связано с увеличением численности населения и его старением [1]. Согласно обновленным демографическим показателям, за последние десятилетия продолжительность жизни увеличилась. Если в 2000г средняя продолжительность жизни в мире составляла <67 лет, то в 2019г этот показатель вырос на 6 лет и достиг >73 лет. Из этих дополнительных лет жизни только 5 лет люди живут с хорошим здоровьем. Этому свидетельствует и рост показателей инвалидности. В значительной степени заболевания и патологии, вызывающие наибольшую смертность, также являются причиной наибольшего числа утраченных лет здоровой жизни. В 2019г в совокупности заболевания сердца, СД, инсульт, рак легких и ХОБЛ служили причиной утраты ~100 млн дополнительных лет здоровой жизни по сравнению с данными от 2000г.

Риск смерти от ХНИЗ повышают такие факторы, как низкий уровень физической активности, избыточное употребление алкоголя, нездоровое питание и загрязнение воздуха. Развитию этих заболеваний также способствуют такие тенденции, как быстрая и неупорядоченная урбанизация, глобальное распространение нездорового образа жизни и старение населения. Основные направления борьбы с ХНИЗ включают выявление, скрининг, лечение и профилактику ХНИЗ [1].

Вторичная профилактика ХНИЗ занимает важное значение в снижении осложнений и улучшении качества жизни пациентов с различными заболеваниями. Комплексные меры в этом направлении включают создание школ здоровья, достижение

целевых показателей при различных ХНИЗ, увеличение приверженности пациентов к лечению и профилактике, доступность медикаментозной и высокотехнологических видов помощи, своевременная стационарная помощь, в т.ч. при развитии острых инцидентов, укомплектованность персоналом лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) оборудованием и медперсоналом, оказание качественной медицинской помощи амбулаторным звеном здравоохранения [2].

Проведение медико-социологического опроса среди врачей позволяет оценить возможности и ограничения реализации вторичной профилактики ХНИЗ в условиях первичного звена здравоохранения, в частности в поликлиниках.

Материал и методы

В одномоментном исследовании приняли участие врачи амбулаторного звена здравоохранения из 6 городов 4-х стран ближнего зарубежья. Всего в опросе приняли участие 210 врачей терапевтического профиля: Бишкек (Кыргызстан) — 42 врача, Минск (Беларусь) — 37 врачей, Астана, Шымкент, Актобе (Казахстан) — 55, 30, 10 врачей, соответственно, Баку (Азербайджан) — 36 врачей.

Опрос был осуществлен по ранее подготовленной в ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России анкете, которая состояла из 11 вопросов:

1. Частота обращаемости пациентов в зависимости от пола и возрастного диапазона.
2. Частота обращаемости по следующим ХНИЗ: хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), СД 2 типа, ХОБЛ и онкологические заболевания.
3. Оценка приверженности к немедикаментозным и медикаментозным видам терапии.
4. Место немедикаментозной терапии в тактике лечения различных соматических заболеваний.
5. Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением.

Таблица 1

Распределение по возрасту пациентов-мужчин, n (%)					
Страна	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-65 лет	65+ лет
Мужчины					
Кыргызстан	0 (0)	2 (11,8)	10 (58,8)	2 (11,8)	3 (17,6)
Беларусь	2 (4,9)	8 (19,5)	18 (43,9)	7 (17,1)	6 (14,6)
Казахстан	2 (2)	21 (20,8)	59 (58,4)	15 (14,9)	4 (4,0)
Азербайджан	2 (4)	8 (16,0)	13 (26,0)	20 (40,0)	7 (14,0)
Женщины					
Кыргызстан	0 (0)	4 (15,4)	5 (19,2)	4 (15,4)	13 (50,0)
Беларусь	2 (5,6)	6 (16,7)	11 (30,6)	9 (25,0)	8 (22,2)
Казахстан	3 (2,9)	26 (25,5)	43 (42,2)	24 (23,5)	6 (5,9)
Азербайджан	3 (6)	10 (20,0)	15 (30,0)	16 (32,0)	6 (12,0)

Таблица 2

Частота обращаемости по ХНИЗ, n (%)					
Страна	Хронические формы ИБС	ХСН	СД 2 типа	ХОБЛ	Онкологические заболевания
Кыргызстан	26 (61,9)	2 (4,8)	13 (31,0)	1 (2,4)	0 (0,0)
Беларусь	40 (66,7)	2 (3,3)	16 (26,7)	2 (3,3)	0 (0,0)
Казахстан	102 (44,2)	18 (7,8)	53 (22,9)	31 (13,4)	27 (11,7)
Азербайджан	78 (34,8)	29 (12,9)	60 (26,8)	57 (25,4)	0 (0,0)

Примечание: ИБС — ишемическая болезнь сердца, СД — сахарный диабет, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

6. Достижение целевых уровней основных факторов риска (ФР).

7. Удовлетворенность взаимодействием с профильными врачами стационаров.

8. Проблемы со своевременной госпитализацией.

9. Консультативная помощь врачей стационаров в поликлиниках.

10. Укомплектованность штатного расписания врачами для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ.

11. Укомплектованность штатного расписания средним медперсоналом для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ.

На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях.

Данные были введены в заранее подготовленную единую форму сотрудниками ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России для дальнейшей статистической обработки.

Статистический анализ. Статистический анализ проведен в среде анализа данных R 4.1. Качественные показатели описаны относительными частотами в процентах. Оценка различий между двумя независимыми группами для непрерывных параметров проводилась при помощи точного критерия Фишера. Для попарных сравнений между группами проведена поправка Холма на множественные сравнения. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Гендерная и возрастная характеристика пациентов, наблюдающихся в поликлиниках

В 3-х странах среди мужчин, обратившихся в первичное звено ЛПУ, преобладали пациенты

в возрастном диапазоне 50-59 лет, тогда как в Азербайджане доминирующими оказались мужчины в возрасте 60-65 лет ($p < 0,009$ по сравнению с Казахстаном). Среди мужчин, наблюдающихся в поликлиниках, до 20% относятся к возрастной категории 65+ лет (таблица 1). Мужчины двух возрастных групп (40-49 лет и 60-65 лет) составляют сопоставимую частоту, а именно до 20% по обращаемости в 3-х странах ближнего зарубежья, кроме Казахстана. Во всех 4-х странах число мужчин в возрасте 30-40 лет составляет не >5%.

В отличие от мужчин частота различных возрастных диапазонов среди женщин, обратившихся в ЛПУ, в странах ближнего зарубежья не имеет общих тенденций. В Кыргызстане женщины в возрасте ≥ 65 лет составляют 50%, три возрастные категории имеют сопоставимую частоту (15-19%). В Беларуси обращаемость в ЛПУ в трех возрастных категориях (50-59, 60-65 и >65 лет) была сопоставима, реже в поликлинику обращаются женщины в возрасте 30-50 лет. В Казахстане по частоте обращений в поликлинику преобладают женщины в возрасте 50-59 лет. В то же время женщины старших и младших возрастных категорий посещают поликлиники с одинаковой частотой (23,5 и 25,5%, соответственно). В Азербайджане треть посещаемости приходится на долю женщин в возрасте 60-65 лет, аналогичная картина отслеживается в возрастной категории 50-59 лет. В то же время женщины старшего и младших возрастных категорий реже обращаются

Таблица 3

Место немедикаментозной терапии в лечении пациентов, n (%)

Страна	Основное	Второстепенное	Не назначаю
Кыргызстан	28 (48,3)	25 (43,1)	5 (8,6)
Беларусь	19 (59,4)	13 (40,6)	0 (0,0)
Казахстан	76 (49,4)	66 (42,9)	12 (7,8)
Азербайджан	28 (56,0)	18 (36,0)	4 (8,0)

Таблица 4

Охват льготным лекарственным обеспечением, n (%)

Страна	Не обеспечиваются	<50% пациентов	50-75% пациентов	100% пациентов
Кыргызстан	10 (23,8)	0 (0,0)	15 (35,7)	17 (40,5)
Беларусь	0 (0,0)	15 (40,5)	12 (32,4)	10 (27,0)
Казахстан	15 (15,8)	22 (23,2)	29 (30,5)	29 (30,5)
Азербайджан	7 (19,4)	0 (0,0)	29 (80,6)	0 (0,0)

Таблица 5

Приверженность к немедикаментозной и медикаментозной терапии, n (%)

Страна	Немедикаментозная терапия			Медикаментозная терапия		
	Частичная приверженность	Частичная неприверженность	Полная неприверженность	Частичная приверженность	Частичная неприверженность	Полная неприверженность
Кыргызстан	45 (38,8)	12 (10,3)	1 (0,9)	44 (37,9)	13 (11,2)	1 (0,9)
Беларусь	22 (26,2)	15 (17,9)	5 (6,0)	16 (19,0)	25 (29,8)	1 (1,2)
Казахстан	103 (33,0)	44 (14,1)	8 (2,6)	93 (29,8)	60 (19,2)	4 (1,3)
Азербайджан	25 (24,5)	23 (22,5)	2 (2,0)	5 (4,9)	45 (44,1)	2 (2,0)

в поликлинику в 1,5-3 раза. Статистически значимые различия выявлены по частоте обращаемости женщин 65+ лет между Кыргызстаном, с одной стороны, Казахстаном и Азербайджаном, с другой стороны ($p < 0,001$ и $p < 0,005$, соответственно).

Структура обращаемости по заболеваниям

Согласно анкетированию врачей из 4-х стран СНГ, наиболее часто пациенты обращаются в поликлинику по поводу хронических форм ИБС (таблица 2). Это более выражено в Беларуси и Киргизии, а в Казахстане и Азербайджане частота обращений по хроническим формам ИБС оказалась меньше на 50% ($p < 0,01$). В Азербайджане, Казахстане и Беларуси число обращаемости лиц с СД 2 типа с наличием или без осложнений составляет $>20\%$. В Азербайджане ХОБЛ также занимает 1/4 в структуре заболеваний по амбулаторной обращаемости, в других странах частота обращаемости по ХОБЛ оказалась меньше в 2-4 раза ($p < 0,003$, $p < 0,001$ и $p < 0,009$, соответственно). По онкозаболеваниям пациенты практически не обращаются в поликлинику, за исключением Казахстана, где число пациентов составило $\sim 12\%$. ХСН является причиной обращаемости в поликлинику в разных странах СНГ до 13%, при этом наблюдаемые различия между ними составляют 1,5-3 раза без статистической значимости.

Оценка назначения немедикаментозной терапии (диета, физическая активность, борьба с вредными привычками)

Врачи в крупных городах стран СНГ до 10% случаев не рекомендуют немедикаментозные методы лечения (таблица 3). В Беларуси во всех случаях назначается немедикаментозная терапия. При этом соотношение применений немедикаментозных методов лечения как основных, так и второстепенных линий терапии во всех 4-х странах сопоставимо.

Охват льготным лекарственным обеспечением

Льготное лекарственное обеспечение несколько различается между анализируемыми странами (таблица 4). В Кыргызстане 1/4 врачей заявили об отсутствии льготного обеспечения, похожие данные получены в Азербайджане и Казахстане, в то же время в Беларуси ни один врач не заявил об отсутствии льготного обеспечения. В целом, в Беларуси в 27% случаев наблюдается 100% обеспечение льготными препаратами, в каждом третьем случае пациенты имеют 50-75% обеспечение лекарственными средствами по показаниям. Такая же картина отслеживается по Казахстану. А в Азербайджане 80% льготной категории пациентов получают лекарственные препараты в 50-75% случаев (достоверность различия по сравнению с другими странами $p < 0,001$).

Таблица 6

Оценка достижения целевых показателей ФР, n (%)

Страна	25%	50%	75%	100%
Кыргызстан	12 (20,7)	26 (44,8)	20 (34,5)	0 (0,0)
Беларусь	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	0 (0,0)
Казахстан	2 (1,3)	36 (23,2)	107 (69,0)	10 (6,5)
Азербайджан	16 (32,0)	29 (58,0)	5 (10,0)	0 (0,0)

Примечание: ФР — факторы риска.

Таблица 7

Оценка взаимодействия с профильными врачами стационаров, n (%)

Страна	Не удовлетворен	Удовлетворен в <50% случаев	Удовлетворен в 75% случаев	Удовлетворен в 100% случаев
Кыргызстан	1 (2,4)	1 (2,4)	20 (47,6)	20 (47,6)
Беларусь	2 (4,9)	10 (24,4)	20 (48,8)	9 (22)
Казахстан	7 (7,4)	17 (18,1)	58 (61,7)	12 (12,8)
Азербайджан	25 (52,1)	21 (43,8)	2 (4,2)	0 (0)

Оценка приверженности к немедикаментозной и медикаментозной терапии

Согласно мнению врачей, в Кыргызстане большинство пациентов привержены к медикаментозной и немедикаментозной коррекции (таблица 5). При этом частичная приверженность к обоим видам лечения составляет ~40% случаев. Такая же, но менее выраженная картина, отслеживается в Казахстане. В каждом пятом случае врачи заявляют о частичной неприверженности пациентов к назначенной терапии. В Беларуси число лиц с частичной приверженностью и неприверженностью к проводимой терапии сопоставима и в совокупности составляет до 50% случаев. В Азербайджане же ситуация несколько иная, в каждом втором случае, по мнению врачей, пациенты частично или полностью не привержены к медикаментозной коррекции (достоверность различия по сравнению с другими странами $p < 0,001$), ситуация по немедикаментозной коррекции несколько лучше (таблица 5). В целом, полное отсутствие приверженности к немедикаментозным и медикаментозным видам терапии составляет до 10% случаев в разных странах СНГ, принявших участие в опросе.

Достижение целевых показателей ФР

О 100%-м достижении целевых уровней не заявлено практически ни в одном из городов СНГ, включенных в исследование. В Казахстане и Беларуси врачи отмечают ~70% случаев достижения 75%-го уровня целевых показателей (таблица 6). В Кыргызстане и Азербайджане аналогичный уровень достигается в 2-3 раза реже ($p < 0,0001$ по сравнению с Казахстаном и Беларусью), в то же время в этих странах в каждом втором случае отмечается 50%-е достижение целевых уровней основных ФР среди пациентов. В Беларуси и Казахстане 50%-е достижение целевых уровней наблюдается у каждого пятого пациента, обратившегося в поли-

клинику ($p < 0,002$ по сравнению с Кыргызстаном и Азербайджаном). Обращает на себя внимание, что в Азербайджане каждый третий пациент достигает 25%-го уровня целевых показателей ($p < 0,002$ и $p < 0,001$ достоверность различия по сравнению с Беларусью и Казахстаном, соответственно).

Консультативная помощь врачей стационаров в поликлиниках

Врачи амбулаторного звена здравоохранения, отвечая на вопрос о консультативной помощи врачей стационаров в поликлиниках утверждают, что получают ее в каждом втором случае. В Казахстане, Беларуси и Кыргызстане до 35% случаев также отмечается до 75% удовлетворенности консультативной помощью. В этих странах преобладает консультативная помощь в <50% случаев и показатели оказались сопоставимыми. В Азербайджане в каждом втором случае консультативная помощь со стороны стационарных врачей не оказывается или оказывается менее чем в 50% случаев ($p < 0,001$ по сравнению с другими странами).

Удовлетворенность взаимодействием с профильными врачами стационаров

Азербайджанские врачи, участвующие в опросе, утверждают, что в 52% не удовлетворены ($p < 0,0001$ по сравнению с тремя другими странами) и в 44% случаев частично удовлетворены взаимодействием с профильными врачами стационаров ($p < 0,01$ по сравнению с Кыргызстаном и Казахстаном) (таблица 7). В Казахстане, Беларуси и Кыргызстане, наоборот, отмечается относительно высокая частота (удовлетворенность в 75% случаев) взаимодействия с профильными врачами стационаров ($p < 0,0001$ по сравнению с Азербайджаном). 100%-е взаимодействие в Беларуси отмечает каждый пятый, а Кыргызстане каждый второй врач амбулаторного звена ($p < 0,001$ по сравнению с Казахстаном).

Таблица 8

Анализ проблем госпитализации, n (%)

Страна	Никогда не испытывал проблем	Имеются незначительные проблемы	Всегда трудно госпитализировать пациентов
Кыргызстан	22 (55,0)	18 (45,0)	0 (0)
Беларусь	8 (21,1)	28 (73,7)	2 (5,3)
Казахстан	27 (29,3)	61 (66,3)	4 (4,3)
Азербайджан	3 (6,2)	45 (93,8)	0 (0)

Таблица 9

Укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ, n (%)

Страна	50%-я укомплектованность	75%-я укомплектованность		100%-я укомплектованность
		Врачи		
Кыргызстан	0 (0)	3 (15,8)		16 (84,2)
Беларусь	4 (25,0)	11 (68,8)		1 (6,2)
Казахстан	54 (41,2)	59 (45,0)		18 (13,7)
Азербайджан	0 (0)	36 (92,3)		3 (7,7)
		Средний медперсонал		
Кыргызстан	0 (0)	1 (6,2)		15 (93,8)
Беларусь	3 (20,0)	11 (73,3)		1 (6,7)
Казахстан	42 (39,6)	43 (40,6)		21 (19,8)
Азербайджан	0 (0)	36 (92,3)		3 (7,7)

Примечание: ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение.

Проблемы с госпитализацией

В Кыргызстане врачи амбулаторного звена в каждом втором случае заявляют об отсутствии проблем со своевременной госпитализацией пациентов (таблица 8). В Беларуси и Казахстане об отсутствии проблем с госпитализацией заявляют до 30% врачей. В то время в Азербайджане этот показатель оказался наименьшим и составил 6% ($p < 0,009$ и $p < 0,001$ по сравнению с Кыргызстаном и Казахстаном, соответственно). В остальных случаях азербайджанские врачи заявляют о наличии незначительных проблем со своевременной госпитализацией пациентов. В Беларуси и Казахстане в ~70% случаев также наблюдаются незначительные проблемы со своевременной госпитализацией, в Кыргызстане этот показатель составил 45%. Различия показателей по сравнению с Азербайджаном оказались достоверными ($p < 0,001$ и $p < 0,002$ по сравнению с Кыргызстаном и Казахстаном, соответственно). Во всех 4-х странах серьезные трудности с госпитализацией встречались до 6% случаев.

Укомплектованность штатного расписания врачами и средним медперсоналом

В Азербайджане и Беларуси преобладает 75%-я укомплектованность врачами амбулаторного звена ЛПУ ($p < 0,001$ по сравнению с Кыргызстаном и $p < 0,01$ по сравнению с Казахстаном). В Кыргызстане 100%-я укомплектованность выявляется в 84% случаев. В то же время в Казахстане в 50% случаев укомплектованность в 75% имеет сопоставимую частоту (таблица 9).

Схожая картина наблюдается и по укомплектованности средним медперсоналом в разных городах 4-х стран СНГ. В Азербайджане и Беларуси в поликлиниках преобладает 75%-я укомплектованность средним медперсоналом ($p < 0,001$ по сравнению с Кыргызстаном и $p < 0,05$ по сравнению с Казахстаном). В Кыргызстане доминирует 100%-я укомплектованность средним медперсоналом. В Казахстане 50%-я и 75%-я укомплектованность средним медперсоналом имеет сопоставимую частоту и составляет по 40% ($p < 0,008$ и $p < 0,05$ по сравнению с Кыргызстаном), а 100%-я укомплектованность выявляется в каждом пятом случае (таблица 9).

Обсуждение

Исследование посвящено оценке важных составляющих вторичной профилактики ХНИЗ в амбулаторном звене здравоохранения. По статистике, до 80% клинических случаев рассматривается и решается в учреждениях первичного звена здравоохранения, в частности в поликлиниках. Реализация вторичной профилактики ХНИЗ является одним из важных направлений оказания медицинской помощи в поликлинических условиях. Страны СНГ, включая Россию, относятся к группе высокого риска развития ряда ХНИЗ, в первую очередь ССЗ, ХОБЛ и СД 2 типа [1]. Перед здравоохранением стоит задача не только по снижению заболеваемости среди взрослого населения, но и профилактики осложнений среди лиц с диагностированными заболеваниями.

Проведение медико-социологического опроса среди врачей и анализ полученных данных могут быть использованы для дальнейшего улучшения вторичной профилактики ХНИЗ. Сравнительный анализ между странами, имеющими общие традиции системы здравоохранения, позволит системно оценивать позитивные моменты и ограничения, что в совокупности можно использовать для оптимизации улучшения вторичной профилактики в первичном звене здравоохранения этих стран.

По оценке врачей, среди пациентов с различными ХНИЗ, наблюдающихся в поликлиниках, преобладают мужчины в возрасте 50-59 лет, а среди женщин возрастной диапазон шире — от 50 до 65 лет. В анализируемых странах имеются некоторые различия. Так, в Азербайджане преобладают мужчины 60-65 лет, а в Кыргызстане каждая вторая женщина с ХНИЗ находится в возрасте ≥ 65 лет. С одной стороны, можно предположить, что имеется тенденция к омоложению хронических заболеваний, с другой стороны, своевременные меры в рамках вторичной профилактики могут внести существенный вклад в снижение частоты осложнений.

В структуре заболеваний в амбулаторном звене здравоохранения во всех 4-х странах преобладает ИБС. При этом страны различаются по частоте ИБС. В Кыргызстане и Беларуси по поводу ИБС пациенты обращаются на 50% чаще по сравнению с Казахстаном и Азербайджаном. Следует отметить, что в структуре смертности взрослых лиц в пересчете на 100 тыс. человек ИБС составляет в Азербайджане 388 случаев (2 место в мировом рейтинге), в Беларуси 282 случая (10 место), в Кыргызстане 246 случаев (16 место) и в Казахстане 181 случай (35 место)¹. Обращает на себя внимание то, что до 30% случаев в структуре ХНИЗ на амбулаторном уровне составляет СД 2 типа, что свидетельствует о значительном его приросте и улучшении его скрининга в странах СНГ.

В проспективном исследовании Интерэпид было выявлено, что курение у мужчин, ожирение у женщин и артериальная гипертензия у лиц обоих полов были ассоциированы с увеличением риска смерти среди жителей сельской местности России и Кыргызстана. Различия выявлены только в отношении низкой физической активности и пищевых привычек, что требует дифференцированных лечебно-профилактических мер с учетом особенностей ФР и их влияния на прогноз жизни [3].

Одним из подходов вторичной профилактики является обучение пациентов в школах здоровья, целью которых становится снижение частоты возникновения и прогрессирования осложнений ХНИЗ, а также риска смерти и увеличение продолжительности жизни населения. Обращают на себя внимание высокая посещаемость занятий записавшихся пациентов и значительное преоблада-

ние среди них женщин, а также лиц пожилого возраста [4].

Роль немедикаментозных методов лечения является неотъемлемой частью вторичной профилактики большинства ХНИЗ. Назначение немедикаментозной терапии в качестве основной и второстепенной линии имеет сопоставимую частоту во всех 4-х странах. Врачи заявляют, что в каждом втором случае имеются проблемы различной степени с приверженностью пациентов к немедикаментозной коррекции. Необходимо отметить, что приверженность к медикаментозной терапии имеет такую же закономерность. В исследовании, проведенном в Восточном Казахстане, с участием 2346 пациентов в возрасте $55,2 \pm 1,1$ лет с артериальной гипертензией было выявлено, что полная приверженность к медикаментозной терапии определена в 41,1% случаев, отсутствие приверженности — в 26,9% случаев. При наличии сопутствующих ИБС, СД и их сочетаний полная приверженность наблюдалась значительно чаще, чем при отсутствии данных заболеваний. Также значимое превышение показателя полной приверженности было выявлено у лиц с высоким и удовлетворительным экономическим статусом по сравнению с подгруппой с низким экономическим статусом [5].

Анкетированием 450 посетителей аптек по опроснику Мориски-Грин в Витебске определено, что степень приверженности терапии зависит от возраста (пациенты в возрасте ≥ 60 лет склонны к более тщательному соблюдению врачебных назначений, чем респонденты в возрасте до 60 лет, $p=0,01$); социального положения (у неработающих граждан более высокий уровень комплаентности, $p=0,002$) и пола (мужчины менее привержены лечению, $p=0,017$). Установлено, что 63,85% респондентов в возрасте до 60 лет и 52,32% в возрасте ≥ 60 лет являются некомплаентными к назначенной врачом терапии [6]. Можно предположить, что увеличение приверженности к терапии должно рассматриваться как важное звено улучшения вторичной профилактики ХНИЗ. Обеспечение льготными лекарственными препаратами занимает значимую долю в медикаментозной коррекции некоторых ХНИЗ. Лекарственное возмещение (страхование) — это обеспечение бесплатными или льготными лекарствами всех, кто нуждается в лечении в амбулаторном звене. Подобные системы давно и успешно работают во многих странах мира, обеспечивая эффективность лечения, прежде всего хронических заболеваний. Если доступность препаратов при амбулаторном лечении снижена, то фактически страдает качество медицинской помощи в целом. Если есть разница в платежеспособности населения, то устанавливаются разные размеры сооплат, дифференцируют социальные и возрастные группы и сами препараты, применяющиеся при жиз-

неугрожающих состояниях или улучшающие качество жизни. Но, как правило, при онкологических и сердечно-сосудистых, орфанных заболеваниях, СД и некоторых других обеспечивается практически стопроцентное покрытие. В разных странах перечень льготных препаратов может различаться, хотя стандарты ведения пациентов разрабатываются на основании международных рекомендаций².

По мнению врачей, охват льготными препаратами в анализируемых странах составляет ~60% от должного уровня. Нельзя исключать и субъективность оценки врачей. Достижение целевых показателей основных ФР является важным индикатором эффективности вторичной профилактики ХНИЗ. Анализ анкетирования врачей свидетельствует, что в 2-х странах, а именно, в Беларуси и Казахстане, целевые уровни основных ФР достигаются в 75% случаев, в других 2-х странах этот показатель достигается в 50% случаев. Конечно же эти данные носят сводный характер, достижение целевых уровней каждого отдельного фактора существенно различается во многих странах мира. По данным Азербайджанского исследования сердца среди больных артериальной гипертензией (760 человек, средний возраст $53 \pm 1,15$ лет) до 60% не принимают или принимают неадекватную гипотензивную терапию. СД и очень высокий сердечно-сосудистый риск были обнаружены у каждого шестого и третьего пациента, соответственно [7].

Своевременная госпитализация во время обострений и острых инцидентов могут влиять на прогноз пациентов с ХНИЗ. Согласно настоящему опросу, в большинстве случаев врачи отмечают незначительные трудности с госпитализацией. За исключением Азербайджана в 3-х странах СНГ взаимодействие с врачами стационаров отмечается на среднем уровне.

Кадровое обеспечение врачами и средним медперсоналом в амбулаторном звене здравоохранения напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи, включая эффективную реализацию вторичной профилактики ХНИЗ. Согласно офици-

альным статистическим данным Росстата, в 2018г РФ заняла лидирующую позицию среди государств "постсоветского" пространства (стран-членов СНГ и Украины) по показателю обеспеченности врачами (на 100 тыс. населения). Помимо РФ высокие показатели обеспеченности в Армении, Беларуси, Украине. Наименьший показатель зарегистрирован в Таджикистане, Киргизии и Узбекистане, в то же время Азербайджан и Казахстан относятся к странам со средними показателями обеспеченности врачами [8].

Среди 4-стран укомплектованность врачами и средним медперсоналом оказалась высокой только в Кыргызстане. В Беларуси и Азербайджане преобладает 75%-я укомплектованность медперсоналом, тогда как в Казахстане выявляется недостаток кадрового обеспечения.

Ограничения исследования. Опрос проводился среди врачей, в некоторых случаях отслеживался субъективный анализ реальной ситуации в системе здравоохранения.

Заключение

Таким образом, проанализировав несколько вопросов, влияющих на реализацию и эффективность вторичной профилактики ХНИЗ в странах СНГ, можно сделать следующие выводы. Средний возраст лиц с ХНИЗ, наблюдающихся в поликлиниках крупных городов 4-х стран СНГ, составляет 50-59 лет, среди них преобладают пациенты с ИБС и СД 2 типа. Приверженность к терапии на недостаточном уровне выявлена в каждом втором случае. Охват льготными препаратами и достижение целевых уровней основных ФР среди больных ХНИЗ составляет в среднем 60%. В 3-х из анализируемых 4-х стран СНГ имеются проблемы кадрового обеспечения врачами и медперсоналом. В целом, решение проблем, выявленных в ходе опроса, может оптимизировать качество медицинской помощи и реализации вторичной профилактики ХНИЗ на амбулаторном уровне здравоохранения в странах СНГ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

² Хабриев Р. Доступность лекарств остается самой острой проблемой здравоохранения. <https://rg.ru/2020/03/23/dostupnost-lekarstv-ostaetsia-samoj-ostroj-problemoj-zdra-voohraneniia.html>.

Литература/References

1. Драккина ОМ, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драккина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
2. Maslennikova GYa, Oganov RG. Prevention of noncommunicable diseases as an opportunity to increase life expectancy and healthy longevity. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2019;18(2):5-12. (In Russ.) Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Профилактика неинфекционных заболеваний как возможность увеличения ожидаемой продолжительности жизни и здорового долголетия. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(2):5-12. doi:10.15829/1728-8800-2019-2-5-12.

3. Myrzamatova AO, Kontsevaya AV, Polupanov AG, et al. Results of a 7-year prospective follow-up in the Interepid study: factors influencing all-cause and cardiovascular mortality in rural residents of Russia and the Kyrgyz Republic. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(5):4999. (In Russ.) Мырзаматова А. О., Концевая А. В., Полупанов А. Г. и др. Результаты 7-летнего проспективного наблюдения в исследовании Интерэпид: факторы, влияющие на общую и сердечно-сосудистую смертность сельских жителей России и Кыргызской Республики. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(5):4999. doi:10.15829/1560-4071-2022-4999.
4. Larina VN, Kozyrev SE, Nazimkin KE, et al. Secondary prevention for non-communicable diseases at out-patient stage: schools of health for patients at municipal polyclinic. *Cardiosomatics*. 2019;10(2):49-55. (In Russ.) Ларина В. Н., Козырев С. Е., Назимкин К. Е. и др. Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе: школы здоровья для пациентов в городской поликлинике. *CardioСоматика*. 2019;10(2):49-55. doi:10.26442/22217185.2019.2.190297.
5. Musina AE, Tuleutaeva RE. Factors influencing adherence to antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension in Eastern Kazakhstan. *Science and Healthcare*. 2017;(5):42-54. (In Russ.) Мусина А. Е., Тулеутаева Р. Е. Факторы, влияющие на приверженность к антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в Восточном Казахстане. *Наука и Здравоохранение*. 2017;(5):42-54.
6. Troina SG, Kugach VV. Assessment of adherence to therapy of pharmacy visitors using the Morisky-Green questionnaire. *Bulletin of Pharmacy*. 2020;(4):14-22. (In Russ.) Троица С. Г., Кугач В. В. Оценка приверженности терапии посетителей аптек с использованием опросника Мориски-Грин. *Вестник фармации*. 2020;(4):14-22.
7. Mamedov MN, Deev AD, Mehdiyev SKh. Priorities of primary prevention of cardiovascular disease: the results of multicenter international cohort study AHS I (Azerbaijan Heart Study, part I). *International Heart and Vascular Disease Journal*. 2018;(18):4-14. (In Russ.) Мамедов М. Н., Деев А. Д., Мехдиев С. Х. Приоритеты первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: результаты многоцентрового международного когортного исследования AHS I (Azerbaijan Heart Study, part I). *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний*. 2018;(18):4-14. doi:10.24412/2311-1623-2018-18-4-14.
8. Shakhabov IV, Melnikov YY, Smyshlyayev AV. Analysis of doctors of different specialties staffing in the Russian Federation and abroad. *Siberian Medical Review*. 2020;(5):96-101. (In Russ.) Шахабов И. В., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Анализ кадровой обеспеченности врачами различных специальностей в Российской Федерации и зарубежных странах. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020;(5):96-101. doi:10.20333/2500136-2020-5-96-101.