

Мониторинг качества жизни, психологического статуса и приверженности лечению у пациентов при проведении профилактических мероприятий в территориальной поликлинике

Индукаева Е. В., Макаров С. А., Жилыева Т. П., Груздева О. В.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний.
Кемерово, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ качества жизни (КЖ), психологического статуса, приверженности лечению у пациентов до и после проведения профилактических мероприятий в территориальной поликлинике.

Материал и методы. В исследовании приняли участие лица ($n=1082$) обоего пола в возрасте ≥ 21 -70 лет, находящиеся на диспансерном учете в поликлинике МБУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр» г. Кемерово. В течение 6 мес. наблюдались две группы пациентов, сопоставимые по среднему уровню основных показателей модифицируемых факторов риска. Пациенты основной группы прошли первичную рискометрию и последующее диспансерное наблюдение с применением инновационного подхода к медицинской профилактике, основанного на дифференцированном групповом обучении. У всех участников исследования до и после профилактических мероприятий проведена оценка КЖ, психологического статуса, приверженности лечению.

Результаты. У пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике, выявлены: преобладание среднего уровня физического компонента и низкого уровня психологического компонента КЖ; высокие уровни хронического психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии; высокий уровень приверженности лечению. Показана эффективность проводимых профилактических мероприятий. В группе вмешательства выявлена статистически значимая положительная динамика практически по всем шкалам опросника SF-36. Возросла оценка своего состояния здоровья и перспектив лечения — GH

($p=0,0001$), улучшились психоэмоциональный фон — RE ($p=0,0001$), социальная — SF ($p=0,001$) и жизненная активность — VT ($p=0,0089$), снизились уровни ситуационной и личностной тревожности ($p=0,001$ и $p=0,0047$, соответственно), улучшилась приверженность лечению ($p=0,00043$).

Заключение. По результатам наблюдения выявлены различия в динамике показателей КЖ, психоэмоционального статуса и приверженности лечению у пациентов основной группы, к ведению которых был применен инновационный клиничко-организационный подход, и группы сравнения. КЖ пациентов основной группы по всем шкалам опросника SF-36 значимо улучшилось, снизился уровень психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии. Инновационные методы профилактической работы в территориальной поликлинике способствуют повышению уровня КЖ, ответственности пациента за сохранение своего здоровья; формируют рациональное и активное отношение пациента к заболеванию, мотивацию к оздоровлению, приверженности лечению и выполнению рекомендаций врача.

Ключевые слова: профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, качество жизни, приверженность лечению, диспансеризация.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17(1): 61–68
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-1-61-68>

Поступила 01/11-2017

Принята к публикации 29/12-2017

Monitoring of life quality, psychological status and treatment adherence at prevention events in local polyclinics

Indukaeva E. V., Makarov S. A., Zhilyaeva T. P., Gruzdeva O. V.

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases. Kemerovo, Russia

Aim. Comparative analysis of life quality (LQ), psychological status and treatment adherence in patients before and after prevention events in local polyclinics.

Material and methods. In the study, both gender persons participated ($n=1082$), age 21-70 y.o., registered as dispensary in the polyclinics of MBHI "Clinical Consulting-Diagnostical Center" of Kemerovo. During 6 months, two groups were followed up, comparable by the mean level of the main modifiable risk factors. Main group patients underwent primary risk measurement and further investigation with innovative approach to medical prevention, based on differential group training. All participants, before and after the

prevention events were assessed for LQ, psychological status, treatment adherence.

Results. In patients under dispensary follow up in local polyclinics, there were revealed: predominance of middle level of physical component and low level of psychological component of LQ; high level of chronic psychoemotional stress, anxiety and depression; high level of treatment adherence. The efficacy shown, of the performed prevention events. In intervention group there was significant positive dynamics almost in all scales of SF-36. Self-rating increased for the health self-evaluation and for treatment perspectives — GH ($p=0,0001$), psychoemotional background improved — RE ($p=0,0001$), social — SF ($p=0,001$) and life

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (384) 2-643471, +7 (905) 960-25-06

e-mail: indelen@mail.ru

[Индукаева Е. В.* — к.м.н., с.н.с. лаборатории эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Макаров С. А. — д.м.н., зав. лабораторией моделирования управленческих технологий, Жилыева Т. П. — м.н.с. лаборатории моделирования управленческих технологий, Груздева О. В. — д.м.н., зав. лабораторией исследований гомеостаза].

activity — VT ($p=0,0089$), the levels of situational and trait anxiety decreased ($p=0,001$ and $p=0,0047$ respectively), treatment adherence increased ($p=0,00043$).

Conclusion. By the results of the study, the differences revealed in LQ, psychoemotional status and treatment adherence in the main patients group, who were managed with an innovative clinical organizational approach, and in comparison group. LQ of the main group patients by all SF-36 scales significantly improved, levels decreased of psychoemotional stress, anxiety and depression. Innovative methods of prevention work in

local polyclinics facilitate improvement of LQ, patient's responsibility for self-health care; shape rational and active attitude towards the disease, motivation to be healthier, treatment adherence and compliance to clinician recommendations.

Key words: cardiovascular prevention, life quality, treatment adherence, dispensary follow-up.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2018; 17(1): 61–68
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-1-61-68>

АГ — артериальная гипертензия, АГТ — антигипертензивная терапия, АД — артериальное давление, БСК — болезни системы кровообращения, ДАД — диастолическое артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, КЖ — качество жизни, ЛВП — липопротеины высокой плотности, ЛНП — липопротеины низкой плотности, ЛТ — личностная тревожность, ПКЗ — психологический компонент здоровья, ПЛ — приверженность лечению, РТ — реактивная тревожность, САД — систолическое артериальное давление, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТГ — триглицериды, ФКЗ — физический компонент здоровья, ФР — факторы риска.

Введение

Стратегической задачей развития здравоохранения является сохранение и укрепление здоровья населения, что должно привести к снижению смертности и увеличению продолжительности жизни граждан. Одним из наиболее эффективных механизмов реализации поставленной задачи является диспансеризация населения, главной целью которой является определение на ранних стадиях и коррекция основных факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к преждевременной смерти и инвалидизации населения [1].

Данные официальной статистики подтверждают значительную социальную роль диспансеризации в снижении предотвратимых смертей и тяжелых инвалидизирующих осложнений благодаря своевременному выявлению случаев заболеваний и риска их развития [2].

Одним из ведущих факторов высокой смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является низкая эффективность первичной и вторичной профилактики на уровне первичного звена здравоохранения, в т.ч. несвоевременное выявление ФР развития ССЗ и отсутствие их мониторинга [3–5].

Результаты диспансеризации взрослого населения в 2013–2014 гг в субъектах РФ особенно значимы для своевременной профилактики фатальных осложнений у больных, которые до диспансеризации могли и не обращаться за медицинской помощью до развития грозных осложнений. Данные официальной статистики подтверждают значительную социальную роль диспансеризации в снижении предотвратимых смертей и тяжелых инвалидизирующих осложнений благодаря своевременному выявлению случаев заболеваний и риска их развития [2].

Результаты недавно завершившихся исследований, посвященных мониторингу ФР болезней системы кровообращения (БСК) в РФ — ЭССЕ-РФ (Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации), показали, что на современном этапе сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая

обстановка в отношении ССЗ среди взрослого населения страны [7]. В связи с этим, большое значение приобретает необходимость оценки уровня приверженности лечению (ПЛ) и соблюдению рекомендаций врача, мониторинг психоэмоционального статуса пациента.

Дальнейшее совершенствование медицинской помощи населению, страдающему ССЗ, возможно лишь при условии создания и внедрения в медицинскую практику новых лечебно-диагностических технологий профилактики, что поможет влиять на качество жизни (КЖ) пациентов и показатели сердечно-сосудистого здоровья [7–9]. При профилактических осмотрах чаще всего анализируют физикальные, лабораторные и инструментальные показатели больного. Информация о психоэмоциональном состоянии человека, как правило, мало доступна, но очень важна для оценки здоровья и эффективности профилактических мероприятий. Низкая приверженность профилактике и ПЛ очень типичны для пациентов с ССЗ и расцениваются, как самостоятельный ФР развития заболевания.

Исследования, проведенные в Кемеровской области, свидетельствуют о том, что только 3% населения обратилось в поликлинику за советом по оздоровлению. Рекомендации по отдельным аспектам здорового образа жизни получили всего 54% пациентов при посещении медицинских организаций. Обследования по выявлению ФР заболеваний носят эпизодический характер и малоэффективны. Результаты социологического исследования свидетельствуют, что индивидуальные беседы с пациентами проводят 72% медицинских работников Кемеровской области, групповые занятия — 17%. Очень редко медицинский персонал участвует в днях здоровья (12%) и практически не используют средства массовой информации (2%). В целом 12% медицинских работников считают, что они вообще не должны заниматься профилактической работой [10].

Таким образом, несмотря на большое количество научных исследований, посвященных изучению медико-социальных характеристик здоровья

и приверженности, проблема остается актуальной и требует своего дальнейшего изучения.

Цель настоящего исследования — провести сравнительный анализ КЖ, психологического статуса, ПЛ у пациентов до и после проведения профилактических мероприятий в территориальной поликлинике.

Материал и методы

Были изучены результаты медицинского осмотра населения различных возрастных групп в первичном звене здравоохранения в территориальной поликлинике Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Клинический консультативно-диагностический центр» г. Кемерово.

В качестве основных факторов сердечно-сосудистого риска рассматривались артериальная гипертензия (АГ), курение, наличие сахарного диабета (СД), гиперхолестеролемию, ожирение. Артериальное давление (АД) измеряли по стандартной методике. За критерий АГ принимали уровень АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. либо меньший уровень АД на фоне антигипертензивной терапии (АГТ). Гиперхолестеролемию констатировали при уровне общего холестерина $>5,2$ ммоль/л. Антропометрическое исследование включало измерение роста с точностью до 0,5 см, массы тела — с точностью до 0,2 кг с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле: масса тела (кг)/рост (м^2). Под ожирением рассматривали ИМТ $>29,0$ кг/ м^2 . Регулярно курившими считали лиц, выкуривавших ≥ 1 сигареты в сут. Наличие СД регистрировали по данным анкетирования. Выявление риска ССЗ в программе диспансеризации проводили на основании шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Оценка суммарного риска смертельного ССЗ с помощью шкалы зависит от пола, возраста, уровня систолического АД (САД), статуса курения и уровня общего холестерина. Полученное число представляет собой вероятность наступления смертельного исхода от ССЗ в течение ближайших 10 лет, выраженный в процентах. В зависимости от полученного значения риска пациента следует отнести в одну из следующих категорий: низкий риск $<5\%$, высокий риск $\geq 5\%$.

Для проведения рискметрии при диспансеризации в поликлинике была использована медицинская информационная система «Комплексная информационная система первичных медицинских осмотров и профилактики болезней системы кровообращения» — МИС (КОРУНД) — свидетельство государственной регистрации программы для ЭВМ № 2010615687, позволяющая в автоматическом режиме проводить рискметрию на основе шкалы SCORE у практически здоровых людей, без клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) и СД и у пациентов, с ССЗ, на основе российских рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике АГ и ИБС с последующим формированием индивидуальных рекомендаций.

В исследовании приняли участие лица ($n=1082$) обо-его пола в возрасте 21–70 лет, в выборке преобладали (45%) пациенты 51–70 лет.

Включали пациентов, подлежащих повозрастной диспансеризации, прикрепленных к территориальной поликлинике, имеющих высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск ($\geq 5\%$ по SCORE), подписавших добровольное информированное согласие. Критериями исклю-

чения являлись: отказ пациента от участия в исследовании, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в течение года до начала исследования, наличие тяжелых форм сопутствующих заболеваний.

Мониторинг осуществляли в течение 6 мес. в двух группах пациентов: 1 группа (основная) ($n=200$) — с применением инновационного подхода к ведению, с автоматизированной рискметрией и дифференцированным по риску групповым консультированием, с последующей оценкой его эффективности; 2 группа (сравнения) ($n=200$) — с обычным диспансерным наблюдением, без дополнительных профилактических мероприятий. Выборка сформирована парно-сопряженным методом (пара-копий), необходимый объем — с помощью онлайн-калькулятора.

Группы были сопоставимы по анамнестическим, антропометрическим, лабораторным показателям, наличию ССЗ и ФР. Пациенты основной группы прошли первичную рискметрию и опрос с использованием специальной анкеты по ФР, после чего осуществлялись антропометрия и клинический осмотр на базе кабинета доврачебного осмотра. Для каждого пациента сформированы персонализированные рекомендации в соответствии с российскими рекомендациями по диагностике и лечению пациентов с АГ и ИБС. Программы содержали рекомендации по диете, образу жизни, необходимым исследованиям и консультациям. Пациентам при наличии показаний в период исследования назначалась необходимая медикаментозная терапия: статины, антигипертензивные средства, сахароснижающие препараты и др. При контрольных осмотрах через 3 и 6 мес. проводили анкетирование, антропометрию, контроль уровня ФР, фиксировали объем выполнения рекомендованных мероприятий, сравнивали распространенности ФР в группах.

Анализировались показатели биохимии крови (в ммоль/л): глюкоза, триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛВП), липопротеины низкой плотности (ЛНП); АД: САД (в мм рт.ст.), диастолическое АД (ДАД, в мм рт.ст.); КЖ, ПЛ и тревожность.

Для оценки КЖ использован международный стандартизированный опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form) [11], позволяющий оценить субъективную удовлетворенность пациента своим физическим и психологическим состоянием. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. В физический компонент здоровья (ФКЗ) входят: PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием), BP (интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью), GH (общее состояние здоровья в настоящий момент). В психологический компонент здоровья (ПКЗ) входят: VT (жизненная активность), SF (социальное функционирование), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), MH (психическое здоровье, характеризующее наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

ПЛ оценивали по методу, разработанному С. В. Давыдовым в 2000г [12].

Уровень реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) определяли по шкале Спилбергера-Ханина [13].

Для оценки КЖ, ПЛ и тревожности использовалась, разработанная авторами, программа ЭВМ «Оценка приверж-

Таблица 1

Медико-социальная характеристика групп пациентов

Показатели	Основная группа (n=200)	Группа сравнения (n=200)	p
Социальные показатели			
Возраст (лет, Ме [LQ;UQ])	64,7 (31,0;85,0)	64,1 (27,0;86,0)	0,88
Пол м/ж (n, %)	24 (12)/176 (88)	28 (14)/172 (86)	0,55
ОТ (см, Ме [LQ;UQ])	86,5 (76,0;98,0)	90,0 (79,0;100,0)	0,099
Работает (n, %)	59 (29,5)	58 (29,0)	0,93
Пенсионеры (n, %)	153 (76,5)	159 (79,5)	0,603
Инвалидность от ССЗ (n, %)	3 (1,5)	6 (3,0)	0,795
Клинические показатели			
Наличие СД (n, %)	43 (21,5)	44 (22,0)	0,931
Наличие АГ (n, %)	123 (61,5)	116 (58,0)	0,544
Наличие ИБС (n, %)	41 (20,5)	53 (26,5)	0,299
САД (мм рт.ст., Ме [LQ;UQ])	130,0 (120,0;140,0)	120,0 (110,0;135,0)	0,0002
ДАД (мм рт.ст., Ме [LQ;UQ])	80,0 (70,0;90,0)	80,0 (70,0;85,0)	0,01
Биохимические показатели			
Общий холестерин (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	5,3 (4,6;5,9)	5,3 (4,8;6,15)	0,206
ЛНП (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	3,22 (2,63;3,77)	3,44 (2,9;4,16)	0,003
ЛВН (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	1,45 (1,21;1,75)	1,16 (1,25;1,79)	0,005
ТГ (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	1,22 (0,91;1,75)	1,27 (0,89;1,8)	0,770
ИА (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	2,55 (1,9;3,4)	2,7 (2,0;3,5)	0,375
Глюкоза (ммоль/л, Ме [LQ;UQ])	5,1 (4,7;5,7)	5,2 (4,8;5,7)	0,159
Показатели психологического статуса, КЖ, ПЛ			
РТ (Ме [LQ;UQ])	47,0 (41,0;51,0)	45,0 (40,0;51,0)	0,38
ЛТ (Ме [LQ;UQ])	43,0 (39,0;48,0)	43,0 (38,0;48,0)	0,83
ПЛ (Ме [LQ;UQ])	4,0 (1,0;7,0)	3,5 (1,0;6,0)	0,56
ФКЗ (Ме [LQ;UQ])	51,2 (45,6;57,4)	51,3 (45,6;57,6)	0,61
ПКЗ (Ме [LQ;UQ])	31,5 (27,4;38,7)	36,5 (31,0;40,5)	0,0001

Примечание: ИА — индекс атерогенности.

женности лечению артериальной гипертензии у здоровых и больных работников промышленных предприятий”, Свидетельство о государственной регистрации № 2012616260 зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 09.07.2012г.

Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (Российского Гуманитарного Научного Фонда) в рамках проекта проведения научных исследований “Разработка и внедрение методов повышения эффективности диспансеризации болезней системы кровообращения населения крупного промышленного центра”, проект № 15-06-10782.

При статистической обработке использовали программу “STATISTICA 6.1” (StatSoft Inc., США). Равенство дисперсий в сравниваемых группах оценивали критерием Левина. При фактическом распределении, близком к нормальному, и при равенстве дисперсий в сравниваемых группах использовали параметрические критерии сравнения количественных показателей, при несоблюдении данных условий — непараметрические аналоги. Сравнение двух групп проводилось t-критерием Стьюдента для несвязанных выборок (параметрический) и критерием Манна-Уитни (непараметрический). Для

характеристики качественных признаков рассчитывали удельный вес вариантов. При оценке статистической значимости различий качественных показателей строились таблицы сопряженности с последующим расчетом критерия χ^2 Пирсона, при доле ожидаемых чисел в таблицах <5 , применяли критерий Фишера. Различия признавались статистически значимыми при вероятности отклонить нулевую гипотезу (p) $<0,05$.

Результаты

Медико-социальная характеристика пациентов представлена в таблице 1. Респонденты обеих групп были сопоставимы по возрасту ($p=0,88$) и полу ($p=0,55$). При первичном осмотре выявлены статистически значимые различия по уровням САД ($p=0,0002$) и ДАД ($p=0,01$), по следующим лабораторным показателям: ЛНП ($p=0,003$) и ЛВП ($p=0,005$), а также по уровню психического здоровья — ПКЗ ($p=0,0001$).

Анализ КЖ респондентов при первичном обследовании согласно опросника SF-36 показал наличие проблем со здоровьем в той или иной сфере жизнедеятельности в обеих группах исследуемой популяции (таблица 2). Выполнение повседневных обязанностей значительно ограничено физическим состоянием пациентов в обеих группах, причем в основной группе более выражено ($p=0,018$).

Таблица 2

Шкалы опросника SF-36 в исследуемой популяции ($M \pm m$)

Шкалы SF-36	Группы		p (между основной и группой сравнения)
	Основная n=200	Сравнения n=200	
Физическое функционирование (PF)	63,2±23,5	65,6±25,2	0,31
Роль физическое функционирование (RP)	37,6±42,1	48,4±41,8	0,018
Интенсивность физической боли (BP)	54,1±24,6	56,3±24,7	0,25
Общее состояние здоровья (GH)	44,5±14,7	46,8±14,5	0,051
Жизненная активность (VT)	43,8±18,1	47,2±17,6	0,052
Социальное функционирование (SF)	80,1±22,5	86,9±21,6	0,00085
Роль эмоциональное функционирование (RE)	42,5±42,92	60,5±41,1	0,0001
Психическое здоровье (MH)	19,9±3,76	20,5±4,0	0,20
ФКЗ (PH)	51,3±7,62	51,7±7,8	0,61
ПКЗ (MH)	32,5±6,58	35,5±6,2	0,0001

Таблица 3

Динамика показателей опросника SF-36 в основной группе ($M \pm m$)

Шкалы SF-36	Исходный уровень (n=200)	Через 3 мес. (n=200)	Через 6 мес. (n=200)	p (между точками)
Физическое функционирование (PF)	63,2±23,5	62,5±26,9	63,4±22,7	0,22 ¹⁻² 0,72 ¹⁻³
Роль физическое функционирование (RP)	37,6±42,1	48,5±41,8	50,1±40,5	0,00014 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³
Интенсивность физической боли (BP)	54,1±24,6	56,8±27,8	59,6±25,7	0,017 ¹⁻² 0,0018 ¹⁻³
Общее состояние здоровья (GH)	44,5±14,7	46,9±16,5	47,7±14,7	0,00025 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³
Жизненная активность (VT)	43,8±18,1	44,9±18,9	46,1±18,2	0,023 ¹⁻² 0,0089 ¹⁻³
Социальное функционирование (SF)	80,1±22,5	77,9±26,7	85,6±22,6	0,88 ¹⁻² 0,001 ¹⁻³
Роль эмоциональное функционирование (RE)	42,5±42,92	55,3±41,9	56,7±41,1	0,0001 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³
Психическое здоровье (MH)	19,9±3,76	19,6±4,6	20,4±3,97	0,57 ¹⁻² 0,0089 ¹⁻³
ФКЗ (PH)	51,3±7,62	51,6±8,1	52,0±7,5	0,20 ¹⁻² 0,11 ¹⁻³
ПКЗ (MH)	32,5±6,58	33,6±6,6	34,7±6,5	0,0046 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³

Социальная активность, характеризующая возможность межличностных контактов и общения достаточно высока в обеих группах, но, как и эмоциональное состояние в повседневной деятельности, несколько выше в группе сравнения ($p=0,00085$ и $p=0,0001$, соответственно). Низкий показатель психического здоровья свидетельствует об отсутствии положительных эмоций, наличии тревожных и депрессивных переживаний в обеих группах.

В целом умеренные нарушения в психоэмоциональной сфере значимо чаще встречались в основной группе ($p=0,0001$).

Анализ исходных уровней тревожности и ПЛ не выявил статистически значимых различий в группах (таблица 1).

Задачей следующего этапа анализа стала оценка показателей КЖ, ПЛ и тревожности через 3 и 6 мес.

после проведения комплекса профилактических мероприятий (таблица 3).

По итогам полугодового наблюдения пациентов основной группы, к ведению которых был применен инновационный клинико-организационный подход, выявлена статистически значимая положительная динамика практически по всем шкалам опросника SF-36. В результате проведенных профилактических мероприятий возросла оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения — GH ($p=0,0001$), значимо улучшился психоэмоциональный фон — RE ($p=0,0001$), социальная — SF ($p=0,001$) и жизненная активность — VT ($p=0,0089$).

Не смотря на то, что физическое состояние пациентов значимо не изменилось ($p=0,11$), отмечено уменьшение депрессивных, тревожных переживаний и психического неблагополучия ($p=0,001$).

Таблица 4

Динамика показателей РТ, ЛТ и ПЛ в исследуемой популяции

Показатель	Исходный уровень (n=200)	Через 3 мес. (n=200)	Через 6 мес. (n=200)	p (между точками)
Основная группа				
РТ (Ме [LQ;UQ])	47,0 (41,0;51,0)	45,0 (39,0;50,0)	44,0 (39,0;50,0)	0,0029 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³
ЛТ (Ме [LQ;UQ])	43,0 (39,0;48,0)	43,0 (39,0;48,0)	42,0 (37,0;47,0)	0,97 ¹⁻² 0,0047 ¹⁻³
ПЛ (Ме [LQ;UQ])	4,0 (1,0;7,0)	4,0 (0,0;7,0)	5,0 (2,0;7,0)	0,98 ¹⁻² 0,00043 ¹⁻³
Группа сравнения				
РТ (Ме [LQ;UQ])	45,0 (40,0;51,0)	46,0 (41,0;51,0)	46,0 (41,0;52,0)	0,28 ¹⁻² 0,94 ¹⁻³
ЛТ (Ме [LQ;UQ])	43,0 (38,0;48,0)	43,0 (38,0;48,0)	44,0 (39,0;48,0)	0,68 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³
ПЛ (Ме [LQ;UQ])	3,5 (1,0;6,0)	3,0 (1,0;6,0)	5,0 (2,0;7,0)	0,74 ¹⁻² 0,0001 ¹⁻³

Таблица 5

Динамика показателей опросника SF-36 в группе сравнения (M±m)

Шкалы SF-36	Исходный уровень (n=200)	Через 3 мес. (n=200)	Через 6 мес. (n=200)	p (между точками)
Физическое функционирование (PF)	65,6±25,2	66,8±26,3	63,5±26,5	0,11 ¹⁻² 0,39 ¹⁻³
Роль физическое функционирование (RP)	48,4±41,8	51,8±42,9	49,2±40,7	0,030 ¹⁻² 0,27 ¹⁻³
Интенсивность физической боли (BP)	56,3±24,7	58,7±23,9	55,7±24,0	0,051 ¹⁻² 0,071 ¹⁻³
Общее состояние здоровья (GH)	46,8±14,5	46,8±13,6	48,3±15,9	0,99 ¹⁻² 0,0051 ¹⁻³
Жизненная активность (VT)	47,2±17,6	46,0±18,8	45,9±18,9	0,41 ¹⁻² 0,064 ¹⁻³
Социальное функционирование (SF)	86,9±21,6	81,6±23,9	83,4±23,5	0,0034 ¹⁻² 0,89 ¹⁻³
Роль эмоциональное функционирование (RE)	60,5±41,1	60,8±42,0	59,6±42,0	0,72 ¹⁻² 0,49 ¹⁻³
Психическое здоровье (MH)	20,5±4,0	19,7±3,9	19,9±4,3	0,011 ¹⁻² 0,81 ¹⁻³
ФКЗ (РН)	51,7±7,8	52,7±7,8	51,2±7,8	0,010 ¹⁻² 0,59 ¹⁻³
ПКЗ (МН)	35,5±6,2	34,2±6,5	34,9±6,6	0,026 ¹⁻² 0,037 ¹⁻³

Анализ показателей РТ, ЛТ и ПЛ в основной группе также статистически значимо выявил положительную динамику — снизились уровни как РТ, так и ЛТ — $p=0,001$ и $p=0,0047$ соответственно, улучшилась ПЛ ($p=0,00043$) (таблица 4).

В группе сравнения также улучшились показатели ПЛ ($p=0,0001$) (таблица 4), что может свидетельствовать об эффективности традиционных профилактических мероприятий, которые получают пациенты во время ежегодной диспансеризации в территориальной поликлинике.

В группе сравнения через 3 мес. отмечено незначительное улучшение показателей физического здоровья ($p=0,010$), в основном за счет уменьшения интенсивности боли и ее влияния на повсе-

дневную деятельность (таблица 5). Этот факт может свидетельствовать о выполнении рекомендаций врача, полученных во время прохождения диспансеризации. Показатели психологического благополучия у этой группы пациентов статистически значимо ухудшились ($p=0,026$), что свидетельствует о снижении уровня общения и социальных контактов в связи с ухудшением эмоционального состояния, ограничением в выполнении повседневной работы по причине тревожных переживаний. Аналогичная картина сохранилась к 6 мес. наблюдения ($p=0,037$) (таблица 5).

Анализ динамики межгрупповых отличий показателей КЖ, РТ и ЛТ, ПЛ при полугодовом наблюдении у пациентов основной группы, к веде-

Таблица 6

Межгрупповая динамика показателей КЖ, РТ и ЛТ, ПЛ в исследуемых группах ($M \pm m$)

Показатель	Основная группа		p	Группа сравнения		p
	Исходный уровень	Через 6 мес.		Исходный уровень	Через 6 мес.	
Физическое функционирование (PF)	63,2 \pm 23,5	63,4 \pm 22,7	0,72	65,6 \pm 25,2	63,5 \pm 26,5	0,39
Роль физическое функционирование (RP)	37,6 \pm 42,1	50,1 \pm 40,5	0,0001	48,4 \pm 41,8	49,2 \pm 40,7	0,27
Интенсивность физической боли (BP)	54,1 \pm 24,6	59,6 \pm 25,7	0,0018	56,3 \pm 24,7	55,7 \pm 24,0	0,071
Общее состояние здоровья (GH)	44,5 \pm 14,7	47,7 \pm 14,7	0,0001	46,8 \pm 14,5	48,3 \pm 15,9	0,0051
Жизненная активность (VT)	43,8 \pm 18,1	46,1 \pm 18,2	0,0089	47,2 \pm 17,6	45,9 \pm 18,9	0,064
Социальное функционирование (SF)	80,1 \pm 22,5	85,6 \pm 22,6	0,001	86,9 \pm 21,6	83,4 \pm 23,5	0,89
Роль эмоциональное функционирование (RE)	42,5 \pm 42,9	56,7 \pm 41,1	0,0001	60,5 \pm 41,1	59,6 \pm 42,0	0,49
Психическое здоровье (MH)	19,9 \pm 3,7	20,4 \pm 3,97	0,0089	20,5 \pm 4,0	19,9 \pm 4,3	0,81
ФКЗ (PH)	51,3 \pm 7,62	52,0 \pm 7,5	0,11	51,7 \pm 7,8	51,2 \pm 7,8	0,59
ПКЗ (MH)	32,5 \pm 6,58	34,7 \pm 6,5	0,0001	35,5 \pm 6,2	34,9 \pm 6,6	0,037
РТ	46,0 \pm 7,23	44,3 \pm 7,5	0,0001	45,3 \pm 7,6	46,2 \pm 7,9	0,94
ЛТ	43,3 \pm 6,96	42,4 \pm 7,7	0,0047	42,9 \pm 7,6	43,5 \pm 7,4	0,0001
ПЛ	3,65 \pm 4,06	4,4 \pm 4,2	0,00043	3,6 \pm 4,02	4,4 \pm 4,05	0,0001

нию которых был применен инновационный подход, выявил значимые различия с показателями пациентов группы сравнения (таблица 6). В основной группе показатели самооценки своего ФКЗ и ПКЗ улучшились практически по всем параметрам: влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности (RP, $p=0,0001$); интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (BP, $p=0,0018$); общее состояние здоровья (GH, $p=0,0001$); жизненная активность (VT, $p=0,0089$); социальная активность (SF, $p=0,001$); эмоциональная активность (RE, $p=0,0001$); психическое здоровье (MH, $p=0,0089$). Улучшения физического здоровья не выявлено, что объяснимо, учитывая непродолжительный период наблюдения. В группе сравнения статистически значимо улучшились лишь показатели общего состояния здоровья (GH, $p=0,0051$) и ПКЗ (MH, $p=0,0037$).

Обсуждение

Многочисленные исследования, направленные на анализ результатов внедрения комплексных воздействий, таких как психологическое консультирование, обучение в школах здоровья и др. в первичном звене здравоохранения показывают, что они способны оптимизировать комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в отношении пациентов всех возрастных, социальных и нозологических групп.

В исследовании, проведенном в 2013-2014 гг на базе одной из поликлиник Санкт-Петербурга, показано, что практически у половины всех, прошедших диспансеризацию, были выявлены хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения и оказания медицин-

ской помощи; треть обследованных имели ФР развития заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске [14].

Анализ уровня КЖ, ПЛ и тревожности очень трудоемок и не входит в стандартную программу обследования при диспансеризации, но использование разработанной компьютерной программы позволяет делать такой анализ автоматически и применять в рутинной практике. Определение на ранних стадиях развития заболевания нарушений физического и психического здоровья позволяет прогнозировать развитие заболевания и адекватно организовывать профилактические мероприятия.

По данным литературы, более высокий уровень хронического психоэмоционального стресса имеют не приверженные лечению пациенты. Своевременное выявление и коррекция этих расстройств позволяет быстрее добиться терапевтического эффекта и ПЛ. Нормализация психологического статуса больных ССЗ уменьшает выраженность реакций сердечно-сосудистой системы на стрессовые ситуации. Высокий уровень тревожности неблагоприятно сказывается на качестве социального функционирования личности.

В ранее выполненном авторами исследовании показано, что у пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике, выявлены преобладание среднего уровня физического компонента и низкого уровня психологического компонента КЖ, высокие уровни хронического психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии, при этом уровень ПЛ у всех групп пациентов высокий. Это может свидетельствовать о положительном настроении пациентов на участие в профилактических мероприятиях и консультировании, направленных на коррекцию ФР БСК, снижение вероятности развития БСК, а у лиц, уже имеющих заболевание, значительно

уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития осложнений [15, 16].

Мониторинг показателей ФКЗ и ПКЗ КЖ, РТ и ЛТ, а также ПЛ у пациентов при проведении профилактических мероприятий в территориальной поликлинике, свидетельствует об их эффективности. Профилактическое консультирование повысило мотивацию населения к сохранению своего здоровья, намерению выполнять врачебные предписания и вести здоровый образ жизни.

Результаты мониторинга были использованы при планировании лечебно-профилактических мероприятий и оценке их эффективности в территориальной поликлинике для прикрепленного населения. Сравнительный анализ групп пациентов с различными методами профилактического воздействия подтвердил эффективность инновационного подхода к медицинской профилактике.

Литература

- Avdeeva MV, Lobzin YuV, Luchkevich VS. Improving the prevention of chronic noncommunicable diseases in the primary health care system. Doctor 2013; 11: 83-5. (in Russ.) Авдеева М. В., Лобзин Ю. В., Лучкевич В. С. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи. Врач 2013; 11: 83-5.
- Boytsov SA, Kalinina AM, Ipatov PV. Examination of the adult population as a mechanism for identifying cardiovascular diseases and the formation of dispensary observation. Bulletin of Roszdravnadzor 2015; 5: 11-8. (in Russ.) Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Диспансеризация взрослого населения как механизм выявления сердечно-сосудистых заболеваний и формирования диспансерного наблюдения. Вестник Росздравнадзора 2015; 5: 11-8.
- Boytsov SA. Prevention of non-communicable diseases in the country: from "what to do" and "how to do." Preventive Medicine 2013; 2: 3-10. (in Russ.) Бойцов С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от "что делать" и "как делать". Профилактическая медицина 2013; 2: 3-10.
- Boytsov SA, Ipatov PV, Kalinina AM, et al. The organization of medical examinations and preventive medical examinations of the adult population. Guidelines. Edition 2 with additions and clarifications. FGBU "GNIC Preventive Medicine" of the Ministry of Health of Russia. Moscow 2013; p 83. (in Russ.) Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М. и др. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е с дополнениями и уточнениями. ФГБУ "ГНИЦ профилактической медицины" Минздрава России. Москва 2013; 83 с., URL: <http://consplu.ru>;
- Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. The prevalence of non-infectious disease risk factors in the Russian population in 2012-2013. Results of the ESSE-RF study. Cardiovascular Therapy and Prevention 2014; 6: 4-11. (in Russ.) Муромцева Г. А., Концевая А. В., Константинов В. В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Российской популяции в 2012-2013 г. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 6: 4-11. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.
- Boytsov SA, Balanova JuA, Shalnova SA, et al. Arterial hypertension among persons 25-64 years: prevalence, awareness, treatment and control. Based on the materials of the ESSE study. Cardiovascular Therapy and Prevention 2014; 13 (4): 4-14. (in Russ.) Бойцов С. А., Баланова Ю. А., Шальнова С. А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2014; 13 (4): 4-14.
- Avdeeva MV, Lobzin YuV, Luchkevich VS. Organizational forms and the concept of the development of primary prevention. St. Petersburg: Ladoga 2014; p 148. (in Russ.) Авдеева М. В., Лобзин Ю. В., Лучкевич В. С. Организационные формы и концепция развития первичной профилактики. Санкт-Петербург: Ладога 2014; 148 с. ISBN: 978-5-598635072-3.
- Alekseeva TS, Ogarkov MYu, Skripchenko AE. Effect of non-drug prevention on the dynamics of the relative risk of adverse cardiovascular outcomes in an organized population. Preventive Medicine 2013; 2: 23-7. (in Russ.) Алексеева Т. С., Огарков М. Ю., Скрипченко А. Е. Влияние немедикаментозной профилактики на динамику относительного риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов в организованной популяции. Профилактическая медицина 2013; 2: 23-7.
- Artyukhov IP, Gaas EN, Modestov AA. Preventing cardiovascular diseases at the level of primary health care. Siberian Medical Review 2010; 2 (62): 3-9. (in Russ.) Артюхов И. П., Гаас Е. Н., Модестов А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи. Сибирское медицинское обозрение 2010; 2 (62): 3-9.
- Sedacheva LA, Sviridova IA, Shipachev KV, et al. Implementation of technologies for the prevention of diseases in outpatient clinics. Guidelines. Kemerovo State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia. Institute of Social and Economic Problems of Health. Department of Public Health of the Kemerovo Region. Kemerovo, 2014; 31 p. (in Russ.) Седачева Л. А., Свиридова И. А., К. В. Шипачев К. В. и др. Реализация технологий профилактики заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Методические рекомендации. ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России. Институт социально-экономических проблем здравоохранения. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области. Кемерово, 2014. 31 с. <http://www.kemsma.ru/mediawiki/images/5/59/OZZIMI-RTPZAPU.pdf>
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: Mass, 1994. 188 p.
- Galyavich AS, Davydov SV. Quality of life and adherence to the treatment of patients with essential hypertension. Kazan Medical Journal 2001; 82 (3): 198-202. (in Russ.) Галывич А. С., Давыдов С. В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. Казанский медицинский журнал 2001; 82 (3): 198-202.
- Malkina-Pyh IG. Psychosomatics: The newest directory. M.: Izd-vo Jeksmo; SPb.: Sova 2003; 928 p. (in Russ.) Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова 2003; 928 с. ISBN: 5-699-04298-9.
- Orel VI, Bezhenar SI, Guryeva NA, et al. Health status analysis based on medical examination result among certain groups of adult population in 2013-2014. Preventive and clinical medicine 2016; 2: 31-6. (in Russ.) Орел В. И., Беженар С. И., Гурьева Н. А. и др. Анализ состояния здоровья населения по результатам проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013-2014 гг. Профилактическая и клиническая медицина 2016; 2: 31-6.
- Indukaeva EV, Makarov SA, Gruzdeva OV, et al. Evaluation of the quality of life, psychological status and adherence to treatment and prevention in patients of the territorial polyclinic. Cardiovascular Therapy and Prevention 2017; 16 (4): 50-5. (in Russ.) Индукаева Е. В., Макаров С. А., Груздева О. В. и др. Оценка качества жизни, психологического статуса и приверженности к лечению и профилактике у пациентов территориальной поликлиники. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2017; 16 (4): 50-5. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-4-50-55.
- Strokolskaya IL, Makarov SA, Zhilyaeva TP, et al. Evaluation of the effectiveness of the introduction of a new clinical and organizational approach to secondary prevention of hypertension in the primary health care system. Complex problems of cardiovascular diseases 2017; 1: 65-70. (in Russ.) Строкольская И. Л., Макаров С. А., Жилыева Т. П. и др. Оценка эффективности внедрения нового клинико-организационного подхода к вторичной профилактике артериальной гипертензии в системе первичной медико-санитарной помощи. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний 2017; 1: 65-70. DOI: 10.17802/2306-1278-2017-1-65-70.

Заключение

По результатам наблюдения выявлены различия в динамике показателей КЖ, психоэмоционального статуса и ПЛ у пациентов основной группы, к ведению которых был применен инновационный клинико-организационный подход, и группы сравнения. КЖ пациентов основной группы по всем шкалам опросника SF-36 значительно улучшилось, снизился уровень психоэмоционального стресса, тревоги и депрессии.

Инновационные методы профилактической работы в территориальной поликлинике повышают уровень КЖ, психоэмоциональный статус и личностный адаптационный потенциал, ответственность пациента за сохранение своего здоровья, формируют рациональное и активное отношение пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, ПЛ и выполнению рекомендаций врача.