

УДК 615

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Калуга И.В.

Научный руководитель: Соболева Н.И.

*Курский государственный медицинский университет*

*Курск, Россия*

Для оценки влияния медико-социальных факторов на продолжительность жизни с хроническим заболеванием проведен ретроспективный анализ 234 амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертензией Курского района и 98 амбулаторных карт больных ГБ города Курска за период с 2006 по 2016 года. Установлена более короткая по сравнению со среднероссийской и европейской продолжительность жизни с хроническим заболеванием. Выявлены проблемные медико-социальные факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на продолжительность жизни больных гипертензивной болезнью: соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, эффективность диспансерного наблюдения, соответствие проводимой гипотензивной терапии клиническим рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов, обеспеченность санаторно-курортным лечением. Показаны особенности влияния данных факторов на продолжительность жизни с хроническим заболеванием в городской и сельской местности.

**Ключевые слова:** продолжительность жизни, продолжительность жизни с хроническим заболеванием, гипертензивная болезнь, влияние медико-социальных факторов.

### MEDICO-SOCIAL FACTORS AND LIFE EXPECTANCY WITH HYPERTENSION

Kaluga I.V., Soboleva N.I.

Kursk state medical University

Kursk, Russia

To assess the impact of medical social factors on life expectancy with chronic disease conducted a retrospective analysis of 234 out-patient cards of patients with arterial hypertension of the Kursk area and 98 outpatients with hypertension in the city of Kursk in the period from 2006 to 2016. Set shorter compared with the average russian and european life expectancy with chronic disease. Identified problem of medico-social factors with adverse effects on life expectancy with hypertension: standards of medical care, effectiveness of care, compliance with the ongoing antihypertensive therapy clinical guidelines of the Russian scientific society of cardiologists, provision of sanatorium-resort treatment. The study established features of influence of these factors on life expectancy with chronic disease in urban and rural areas.

**Key words:** life expectancy, chronic disease, arterial hypertension, the impact of medical social factors.

Смещение демографического равновесия в сторону увеличения численности людей старшего возраста – объективный общемировой процесс. По прогнозу ООН к 2025 г. количество лиц старше 60 лет превысит 1,2 млрд человек и составит 15% населения планеты.

В Курском регионе когорта людей старше 60 лет достаточно велика, в нее входит около 211 тыс. женщины и 81 тыс. мужчин, что составляет около 24% от общей численности его населения. Одним из заболеваний, значительно ухудшающих качество жизни людей старшего возраста [2], является артериальная гипертензия, распространенность которой достигает в России катастрофических цифр свыше 40% [5, 6], обуславливает множественные осложнения и ограничение жизнедеятельности, сокращение продолжительности жизни [1, 4, 7].

Продолжительность жизни определяется состоянием здоровья; одним из ведущих факторов, влияющих на данный показатель, являются хронические заболевания. Средняя

продолжительность жизни с хроническим заболеванием составляет 13,4 года в России, а в странах Евросоюза – 18,7 года.

В литературе практически отсутствуют данные о средней продолжительности жизни пациентов с гипертонической болезнью как в целом в РФ, так и в отдельных регионах, анализе факторов, влияющих на нее, что определяет необходимость исследований в этом направлении.

**Цель исследования:** оценка влияния медико-социальных факторов на среднюю продолжительность жизни пациентов с гипертонической болезнью в городе Курске и Курском районе.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ за 10 лет (2006-2016 гг.) 234 амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертонией Курского района и 98 амбулаторных карт больных ГБ города Курска [3, 5]. Среди обследованных преобладали женщины (в Курском районе доля женщин – 79,6%, мужчин – 20,4%, в городе Курске – 80,4% и 19,6% соответственно).

В ходе исследования оценивали среднюю продолжительность жизни пациентов, продолжительность жизни с хроническим заболеванием, эффективность мероприятий вторичной и третичной профилактики, в том числе и обеспеченность санаторно-курортным лечением, рассчитываемой в виде отношения общего количества курсов лечения к временному периоду в 10 лет (2006-2016 гг.), в течение которого рассматривали данные показатели по формуле:

$$\text{Обеспеченность санаторно-курортным лечением} = \frac{\text{общее количество курсов лечения}}{10}$$

Статистический анализ результатов проведён при помощи пакета программ Microsoft Excel 2003. Использовались параметрические методы. Вычислялись такие критерии как средняя арифметическая (M), средняя ошибка средней арифметической (m). Для установления значимости различий в группах обследованных использовался критерий Стьюдента при известном числе наблюдений (t). Результаты считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средняя продолжительность жизни пациентов с артериальной гипертонией в Курском районе достигала  $73,16 \pm 1,05$  лет. Продолжительность жизни женщин в Курском районе составила  $76,31 \pm 1,57$  лет, значительно превышая соответствующий показатель мужчин –  $64,02 \pm 2,51$  года. Аналогичные изменения продолжительности жизни обследованных выявлены и в городе Курске. Так продолжительность жизни городских жителей с ГБ составила  $72,28 \pm 1,84$  лет, продолжительность жизни женщин в Курске –

74,91±1,23 лет, мужчин – 68,17±1,31 лет. Подобные изменения продолжительности жизни в Курском регионе сопоставимы со среднероссийскими показателями, отражают все проблемы, имеющиеся в отечественном здравоохранении.

Средняя продолжительность жизни больных гипертонической болезнью в Курском районе составила 10,05±1,14 лет, в Курске – 11,27±0,91 лет, тогда как в РФ она достигала – 13,4 года, а в странах Евросоюза – 18,7 года.

В Курском районе средний возраст установления диагноза ГБ составил 63,4±2,66 лет, средний возраст взятия на диспансерный учет – 69,84±2,76 лет, возраст установления инвалидности – 72,17±2,34 лет. В Курске диагноз АГ устанавливали в возрасте 60,24±1,31 лет ( $p<0,05$ ), при этом мероприятия вторичной профилактики начинали намного позже: средний возраст взятия на диспансерный учет в Курске – 70,01±4,57 лет, что практически соответствует возрасту установления инвалидности – 71,05±2,26 лет.

Сахарный диабет II типа развивался у 17,52% обследованных сельских жителей в среднем через 7,13±1,02 года, у 21,43% городских пациентов через 6,27±0,97 года от заболевания артериальной гипертонией. При установлении диагноза «сахарный диабет» больные были взяты на диспансерный учет в течение двух месяцев с момента заболевания и обеспечивались гипогликемической терапией за счет средств федерального и регионального бюджетов в 100% случаев.

Стандарты оказания медицинской помощи соблюдались недостаточно часто, в Курском районе у 27,1%, в Курске у 29,3%. Но если в сельской местности преобладало недостаточное инструментальное обследование больных (отсутствие ЭхоКГ), то в Курске отмечена избыточная перегруженность пациентов дорогостоящими исследованиями (МРТ и КТ при неосложненном течении АГ зафиксированы у 3,8%) при низком уровне общеклинического обследования.

При этом 89,29% пациентов с артериальной гипертонией в Курском районе не получали рекомендации по изменению образа жизни, тогда как в Курске данный показатель достигал лишь 71,58% ( $p<0,001$ ).

Школы здоровья для больных гипертонической болезнью посетили 8,55% лиц Курского района и 22,45% больных ГБ Курска. При этом занятия в Школе сельские пациенты посещали только в течение одного цикла, тогда как 7,14% лиц с АГ города Курска посещали занятия в Школе 2 раза в год не менее 2 лет.

Оценка эффективности медикаментозной коррекции уровня АД выявила, что в Курском районе в 54,12% случаев гипотензивная терапия не соответствовала клиническим рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов, в Курске лечащие врачи в 69,84% случаев придерживались рекомендаций ВНОК.

И в Курском районе, и в Курске преобладало лечение ГБ 1 или 2-мя препаратами, но регулярный прием лекарственных средств отмечен лишь у 21,92% и 28,47% обследованных. Неблагоприятным фактором является и частое применение короткодействующих препаратов: использование эналаприла в виде монотерапии в сельской местности достигало 54,12%, что можно объяснить его низкой стоимостью. Среди больных города Курска с 2010 года терапия эналаприлом была единична, назначалась лицам с неблагоприятным экономическим положением.

Нерациональные комбинации лекарственных средств (сочетание эналаприла и верошпирона, а также верапамила и бисопролола) у обследованных как в Курске, так и в Курском районе встречались в 4,1% и 5,6% случаев соответственно до 2012 года. С 2012 года нерациональные комбинации препаратов в амбулаторных картах больных артериальной гипертонией зафиксированы не были.

Доля пациентов с полипрагмазией в Курском районе достигала 26,93%, в Курске – 41,78% ( $p < 0,001$ ), что связано как с большей доступностью лекарственных средств для пациентов в Курске, так и с недостаточным применением лечащими врачами принципов безопасного назначения медикаментов лицам старшего возраста.

Санаторно-курортное лечение в Курском районе когда-либо в жизни получали лишь 24,8% пациентов, при этом регулярно обеспечивались санаторно-курортным лечением из них лишь 11,1%. Аналогичные данные были отмечены и в городе Курске: санаторно-курортное лечение получали 23,9% больных АГ, но доля лиц с регулярным санаторно-курортным лечением среди городского населения достоверно выше – 15,9% ( $p < 0,05$ ).

Среди больных ГБ средняя обеспеченность санаторно-курортным лечением за счет средств федерального и регионального бюджетов по Курскому району составила  $0,11 \pm 0,01$ , что свидетельствует о достаточно низкой обеспеченности населения периодической реабилитацией. Противоположная тенденция среди проживающих в Курском районе военнослужащих и членов их семей (26,3% обследованных), обеспеченность которых санаторно-курортным лечением достигает  $1,57 \pm 0,08$ .

Средняя обеспеченность санаторно-курортным лечением контингента из города Курска достоверно отличалась от значения соответствующего показателя в Курском районе, достигая  $0,31 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ), что можно объяснить и большей долей лиц, сохранивших право на получение набора социальных услуг, и меньшей необходимостью ежедневно контролировать домашнее хозяйство.

## **ВЫВОДЫ**

1. Средняя продолжительность жизни в Курском районе сопоставима с соответствующими показателями Российской Федерации и отражает все проблемы, имеющиеся в российском здравоохранении.

2. Продолжительность жизни с ГБ в Курском районе и Курске значительно меньше, чем в РФ и почти в два раза ниже, чем в странах Евросоюза.

3. Выявлена значительная разница между возрастом установления диагноза и возрастом начала диспансерного наблюдения в сельской местности и еще большая разница в городе –  $9,77 \pm 1,17$  лет, где возраст взятия на диспансерный учет был сопоставим с возрастом установления инвалидности.

4. Стандарты оказания медицинской помощи соблюдались недостаточно часто и в Курском районе – 27,1%, и в Курске – 29,3%, но если в сельской местности отмечен недостаточный уровень инструментального обследования пациентов, то в городе выявлен высокий уровень необоснованных дорогостоящих методов при низкой обследованности рутинными методами

5. Большая часть пациентов с артериальной гипертонией не получала рекомендации по изменению образа жизни, особенно велика их доля в сельской местности.

6. В Курском районе в 54 % случаев назначенная терапия не соответствовала клиническим рекомендациям ВНОК, тогда как в Курске лечащие врачи придерживались рекомендаций ВНОК в 69,84% случаев.

7. В сельской местности у пациентов преобладала гипотензивная терапия 1 или 2-мя препаратами короткого действия при низкой приверженности к лечению. Среди городских пациентов полипрагмазия достигала 41,78%.

8. Нерациональные комбинации гипотензивных лекарственных средств у обследованных как сельских, так и городских больных ГБ были единичными, с 2012 года в амбулаторных картах не были зафиксированы.

9. Санаторно-курортное лечение получали лишь 38,10% пациентов, при этом их средняя обеспеченность санаторно-курортным лечением за 10 лет составила 0,21.

Таким образом, средняя продолжительность жизни больных гипертонической болезнью в Курском регионе значительно ниже, чем соответствующий показатель в Российской Федерации и странах Евросоюза, что можно объяснить поздней постановкой на диспансерный учёт, недостаточной информированностью пациентов о необходимости коррекции факторов риска, неадекватной терапией, полипрагмазией, отсутствием регулярной гипотензивной терапии, недостаточностью мероприятий вторичной и третичной профилактики.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артериальная гипертензия и приверженность терапии/ С. А. Шальнова, С. К. Кукушкин, Е. М. Маношкина и др.// Врач. – 2009. – №12. – С. 39–42.
2. Балабина, Н. М. К вопросу о значении диспансеризации больных артериальной гипертензией/ Н. М. Балабина// Актуальные проблемы права, экономики и управления: Сб. статей междунар. науч.-практ. конф. – Иркутск: РИО САПЭУ, 2010. – Вып. VI, Т. II. – С. 136–139.
3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского общества кардиологов (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. – М., 2010. – №3. – С. 5–26.
4. Кириченко, М. В. Характеристика факторов риска и поражение органов-мишеней у больных гипертонической болезнью, их динамика на фоне адекватной терапии/ М. В. Кириченко, О. А. Назарова, С. В. Романчук// Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, №2. – С. 35–36.
5. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). – 2013. – С. 39.
6. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль/ С. А. Шальнова, А. Д. Деев, О. В. Вихирева и др.// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №2. – С. 3–7.
7. Чазова, И. Е. Итоги реализации федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002-2012 гг./ И. Е. Чазова, Е. В. Ощепкова// Вестник Российской академии медицинских наук. – 2013. – №2. – С. 4–11.