

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Зубко А.В.^{1,2,3}, Сабгайда Т.П.^{1,3}, Землянова Е.В.^{1,3}, Филатова А.Г.², Какучая Т.Т.², Запороженко В.Г.¹, Полесский В.А.¹

Социальный портрет пациента отделения кардиореабилитации крупного кардиохирургического центра

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Москва, Россия;²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, 121552, Москва, Россия;³Институт социально-политических исследований «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 119333, Москва, Россия

Актуальность. Социальный портрет пациентов часто помогает определить алгоритм и меры профилактики конкретных заболеваний у лиц определенных социальных и возрастных групп. Потребность в кардиохирургическом вмешательстве обусловлена не только врожденными, но и приобретенными заболеваниями сердца, чаще всего ишемической болезнью сердца. На развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывает влияние множество факторов, в том числе образ жизни.

Цель работы — сформировать социальный портрет пациента отделения кардиореабилитации на основе анализа социальных и поведенческих характеристик кардиохирургических пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов опроса 92 пациентов, находившихся в отделении реабилитации НИИ кардиохирургии им. В.И. Бураковского в 2019 г. Использована адаптированная анкета для выявления факторов, влияющих на состояние здоровья населения. Респонденты были разбиты на три возрастные группы: 12 человек в возрасте до 40 лет (средний возраст 30,1 года; доля мужчин 75%); 50 человек в возрасте 40–65 лет (средний возраст 56,4 года; доля мужчин 76%); 30 человек в возрасте старше 65 лет (средний возраст 70,3 года; доля мужчин 50%).

Результаты. Уровень образования респондентов увеличивается с возрастом. Материальное положение своей семьи оценивают как бедность треть пациентов всех групп. Не удовлетворены своей семейной жизнью 5,4% респондентов. Чувство одиночества часто испытывают 4,3% опрошенных. Около половины опрошенных ответили, что совсем не заботятся о состоянии своего здоровья, и 18,5% пациентов не знают свое конкретное заболевание, по поводу которого получили помощь кардиохирургов. Более половины респондентов подвержены беспокойству из-за неопределенности будущего.

Обсуждение. Социальный статус респондентов разного возраста не одинаков. Выявлены социальные и поведенческие характеристики пациентов отделения кардиореабилитации, которые позволяют сформировать обобщенный социальный портрет таких пациентов.

Выводы. Обобщенный социальный портрет пациента отделения кардиореабилитации крупного кардиохирургического центра включает следующие основные характеристики: высокий уровень образования, отсутствие проблем с занятостью, хорошее финансовое положение, наличие семьи, безответственное отношение к своему здоровью, курение, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела.

При этом возрастные различия изученных показателей связаны с физической формой респондентов, но не с их отношением к своему здоровью и самосохранительному поведению.

Ключевые слова: факторы риска развития болезней сердца; ответственное отношение к здоровью; самосохранительное поведение; активный отдых; использование знаний о факторах риска.

Для цитирования: Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Землянова Е.В., Филатова А.Г., Какучая Т.Т., Запороженко В.Г., Полесский В.А. Социальный портрет пациента отделения кардиореабилитации крупного кардиохирургического центра. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(3):124-131.

DOI: <http://dx.doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-3-124-131>

Для корреспонденции: Зубко Александр Владимирович, канд. мед. наук, зав. отделением анализа статистики здоровья населения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Москва. E-mail: zalexandrae@gmail.com

Участие авторов:

Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Землянова Е.В. – концепция и дизайн исследования.

Землянова Е.В., Филатова А.Г. – сбор материала.

Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Какучая Т.Т., Землянова Е.В. – обработка материала.

Сабгайда Т.П. – статистическая обработка данных.

Зубко А.В., Сабгайда Т.П. – написание текста.

Запороженко В.Г. – составление списка литературы.

Запороженко В.Г., Полесский В.А. – редактирование.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 18.03.2020

Принята в печать: 08.04.2020

Опубликована: 30.06.2020

Aleksandr V. Zubko^{1,2,3}, Tamara P. Sabgayda^{1,3}, Elena V. Zemlyanova^{1,3}, Angilina G. Filatova²,
Tea T. Kakuchaya², Vyacheslav G. Zaporozhchenko¹, Vladimir A. Polesskii¹

Social portrait of patients of the cardio-rehabilitation unit of a large cardio-surgical center

¹Central Research Institute for Health Organization and Informatization, Moscow, 127254, Russia;

²A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery, Moscow, 121552, Russia;

³The Institute of Socio-Political Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, 119333, Russia

Background. The social portrait of patients often helps to define preventive measures for specific diseases in patients of different social and age groups. Need in cardio-surgery is substantiated not only by inborn but also by acquired diseases of heart, in most cases — ischaemic heart disease. The development of cardiovascular diseases is affected by multiple factors including lifestyle.

Objective. To analyze the social and behavioral characteristics of cardio-surgical patients.

Materials and methods. The authors analyzed the results of a survey of 93 patients in the rehabilitation unit of V.I. Burakovsky Research Institute of Cardiosurgery in 2019. The adapted questionnaire for identifying factors affecting population health was used. The respondents were divided into 3 age groups: 12 patients were under 40 years (mean age of 30.1, 75.0% men); 50 patients — 40–65 years (mean age of 56.4, 76.0% men); 30 patients — 65+ years (mean age of 70.3, 50.0% men). To analyze differences Chi-square and Fisher exact tests were applied.

Results. Educational level is increasing with age. Financial well-being was estimated as poverty by one-third of respondents in all groups. 5.4% are dissatisfied with their family relations. The feeling of loneliness is often experienced by 4.3% of respondents. About one-half of respondents mentioned they do not care about their health and 18.5% of the don't know their diseases to be treated using cardio-surgery. More than half of respondents are uneasy about their future uncertainty.

Discussion. The respondent's social status differs in age groups. The social and behavioral characteristics of patients of the cardio-rehabilitation unit allow them to create an integrated social portrait.

Conclusions. Patients of cardio-rehabilitation units are characterized by higher educational levels and employment, better financial conditions. Among them, there were few lonely persons, but many sedentary ones. Such patients are characterized by a non-responsible attitude to their health, higher frequency of smoking, overweight, and obesity. Age-specific differences are related to physical fitness but not to attitude to health neither to self-protective behavior.

Keywords: risk factors for the development of heart diseases; responsible attitude to health; self-protective behavior; recreational activity; using the information on risk factors.

For citation: Zubko A.V., Sabgayda T.P., Zemlyanova E.V., Filatova A.G., Kakuchaya T.T., Zaporozhchenko V.G., Polesskii V.A. Social portrait of patients of cardio-rehabilitation unit of a large cardio-surgical center. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2020; 64(3):124-131. (In Russian)

DOI: <http://dx.doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-3-124-131>

For correspondence: Aleksandr V. Zubko, MD, Head of the health statistic department, Central Research Institute for Health Organization and Informatization, Moscow, 127254, Russia. E-mail: zalexandrae@gmail.com

Information about the authors:

Zubko A.V., <http://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Sabayda T.P., <http://orcid.org/0000-0002-5670-6315>

Zemlyanova E.V., <http://orcid.org/0000-0001-6231-1611>

Filatova A.G., <http://orcid.org/0000-0001-5070-2447>

Kakuchaya T.T., <http://orcid.org/0000-0001-9383-2073>

Zaporozhchenko V.G., <http://orcid.org/0000-0002-6167-7379>

Polesskii V.A., <http://orcid.org/0000-0001-6084-2574>

Contribution:

Zubko A.V. — research concept and design, material processing, writing the text.

Sabayda T.P. — research concept and design, material processing, statistical data processing, writing the text, lead-up reference.

Zemlyanova E.V. — research concept and design, material collection, material processing.

Filatova A.G. — material collection.

Kakuchaya T.T. — material processing.

Zaporozhchenko V.G. — editing the text.

Polesskii V.A. — editing the text.

All co-authors — approval of the final version of the article, responsibility for integrity all parts of the article.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: March 18, 2020

Accepted: April 08, 2020

Published: June 30, 2020

Введение

Социальный портрет пациентов отделений кардиореабилитации часто помогает определить меры профилактики конкретных заболеваний у лиц определенных социальных и возрастных групп. Строительство сосудистых центров и рост числа высокотехнологичных кардиохирургических операций привели к существенному снижению смертности от болезней системы кровообращения — ведущей причины смертности населения России. Применение современных методов хирургического лечения способствует снижению смертности населения и улучшению качества жизни пациентов. После хирургических интервенционных вмешательств и открытых операций проводится также довольно финансово и трудозатратная реабилитация пациентов. Поэтому снижение потребности населения в кардиохирургических операциях целесообразно и с экономической точки зрения.

Потребность в помощи кардиохирургов обусловлена не только врожденными, но и приобретенными заболеваниями сердца, чаще всего ишемической болезнью сердца (ИБС). Учитывая распространенность ИБС и ее факторов риска (ФР), комплексный подход к оказанию медицинской помощи может привести к значительному улучшению результатов лечения пациентов.

Все специалисты, занимающиеся лечением сердечно-сосудистых заболеваний, включая средний медицинский персонал, должны быть осведомлены об актуальных рекомендациях по скринингу и воздействию на ФР формирования и обострений течения ИБС. Медсестры играют ключевую роль в обследовании и первичном информировании пациента. Клинические фармакологи проводят фармакологическую корректировку модифицируемых ФР: гипертонии, гиперлипидемии, диабета. Диетологи вносят свой вклад в популяризацию здорового питания и физической активности. Взаимодействие всех членов команды с общественностью может повлиять на заболеваемость ИБС через воздействие на ФР.

На развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывает влияние множество ФР, в том числе образ жизни [1]. Влияние поведенческих ФР на смертность от болезней системы кровообращения (БСК) оценивалась рядом исследователей [2–4]. Показано, что каждые 10 г чистого этанола увеличивают риск смерти от инсульта у мужчин 40–59 лет на 1% [5]. Доказан отрицательный вклад ожирения в риск развития болезней, связанных с атеросклерозом, и сопряженный с ними риск летального исхода [6].

Оценены также относительные и атрибутивные риски образа и условий жизни в формировании БСК: по результатам углубленных медицинских осмотров, проведенных в медицинских организациях Донецкой и Полтавской областей в 1998–2008 гг., Ю.А. Ищейкина [7] установила, что такими факторами являются: проживание более 10–20 лет в техногенно нагруженной экологической среде, большое социально-психологическое напряжение в обществе (высокий коэффициент тревожности в >50% популяции), недостаточный уровень качества жилищно-бытовых условий (коэффициент неудовлетворенности >50%), гиподинамичный режим жизни (физические нагрузки отсутствуют, физически активная часть <25%

деятельного времени), постоянная или частая бессонница, систематически недостаточный по длительности ночной сон (<6 ч), отсутствие дневного сна, неэффективный дневной отдых (пассивная часть >70% свободного времени), одиночество и постоянный неблагоприятный семейный психологический климат, длительный (>10 лет) негармоничный брак, интенсивное курение (>40 сигарет/сут), злоупотребление (>300–500 мл/сут) крепкими спиртными напитками. В этот перечень не вошли избыточная масса тела и ожирение, что, возможно, связано с противоречивостью данных по этой теме: некоторые авторы описывают лучшие результаты лечения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением [8], тогда как в соответствии с американскими и европейскими рекомендациями ожирение является одним из факторов, вносящих весомый вклад в развитие сердечно-сосудистых заболеваний и требующих контроля [9].

При достаточно широком анализе ФР развития БСК влияния социальных и поведенческих ФР заболеваний, требующих хирургического лечения, изучено в меньшей степени. Для сосудистых заболеваний хирургического профиля не выявлено обобщенного перечня ФР [10], для заболеваний сердца такого анализа не проводилось.

Цель исследования — сформировать обобщенный социальный портрет пациента отделения кардиореабилитации на основе анализа социальных и поведенческих характеристик кардиохирургических пациентов.

Материал и методы

Проведен анализ результатов анкетирования интервьюером 92 пациентов, находящихся в отделении реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями после открытых кардиохирургических операций и рентгенэндоваскулярного лечения (стентирование или ангиопластика). Была использована анкета для выявления ФР, влияющих на состояние здоровья населения, адаптированная нами для пациентов с БСК хирургического профиля. Опрос проводили в отделении реабилитации НИИ кардиохирургии им. В.И. Бураковского ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ в 2019 г.

Респонденты были разделены на три возрастные группы:

- 1-я группа — 12 человек (до 40 лет; средний возраст 30,1 года; доля мужчин 75%);
- 2-я группа — 50 человек (40–65 лет; средний возраст 56,4 года; доля мужчин 76%);
- 3-я группа — 30 человек (старше 65 лет; средний возраст 70,3 года, доля мужчин 50%).

Характеристики социального портрета респондентов и их медицинское поведение сравнивали с аналогичными характеристиками населения, полученными в ходе выборочных обследований Росстата [11].

При анализе различий использовали χ^2 критерий и точный критерий Фишера при численности категории менее 5 респондентов. Расчеты проводили в Microsoft Office Excel 2003.

Результаты

Социальный статус респондентов разного возраста не одинаков. Уровень образования увеличивается с возрастом: в 1-й группе высшее образование имели 3 человека (25%), во 2-й — 46%, в 3-й — 56,7%. С начальным и неполным средним образованием было по 2 человека в 1-й и 2-й группах и 1 человек в 3-й группе.

В 1-й группе работают 33,3% пациентов, во 2-й — 64%, в 3-й — 23,3%. Пенсию по инвалидности получает 1 человек в 1-й группе, 26% респондентов 2-й группы являются пенсионерами (по болезни или при досрочном выходе на пенсию).

Большинство пациентов не испытывают материальных затруднений. Материальное положение своей семьи оценивают как бедность треть пациентов всех групп: 33,3% в 1-й группе, 30% — во 2-й, 36,7% — в 3-й. Не удовлетворены своим материальным состоянием 19,6% респондентов. При этом следует отметить, что 62% пациентов испытывают беспокойство из-за неопределенности будущего; достоверных различий в частоте такого беспокойства среди разных возрастных групп респондентов нет.

Меньшая часть пациентов являются одиночками. Стоит в браке только треть пациентов 1-й группы (из них 1 в незарегистрированном), 86% пациентов 2-й группы (16% в незарегистрированном) и 73,3% пациентов 3-й группы (6,7% в незарегистрированном). В целом не удовлетворены своей семейной жизнью лишь 5,4% респондентов. Чувство одиночества часто испытывают только 4,3% опрошенных.

Проанализировано отношение пациентов к своему здоровью. Все пациенты 1-й группы, 90% пациентов 2-й и 3-й групп считают, что состояние их здоровья зависит от них самих. При этом около половины опрошенных ответили, что совсем не заботятся о состоянии своего здоровья (8,3, 4,0 и 6,7% соответственно) или заботятся мало (41,7, 46,0 и 33,3%).

Интересно, что, проходя лечение, многие пациенты точно не знают своего заболевания, по поводу которого было проведено хирургическое вмешательство. Так, в 1-й группе 1 пациент после стентирования, свидетельствующего о наличии ИБС, не указал на наличие у него этого заболевания. Один человек после операции по про-

тезированию клапанов сердца не знал о наличии у него врожденного или приобретенного порока сердца. Во 2-й группе из 24 человек с операциями аортокоронарного шунтирования или стентирования на наличие у них ИБС указали только 9 (37,5%). В 3-й группе 2 пациента после операции по протезированию клапанов сердца не указали на наличие пороков сердца и 4 после стентирования — на наличие ИБС. В целом 18,5% пациентов не знают свое конкретное заболевание, по поводу которого получили помощь хирургов.

Респонденты ответили на вопросы, касающиеся их медицинского поведения. В случае болезни молодые респонденты реже обращаются к врачам и чаще лечатся самостоятельно (табл. 1). Выявлено достоверное различие частоты самостоятельного лечения пациентов в возрасте до 40 лет и более старших пациентов ($p = 0,04$). К нетрадиционным методам лечения чаще обращаются пациенты старшего трудоспособного возраста.

В отношении мер, необходимых для поддержания здоровья, прослеживается различие мнений пациентов разного возраста (табл. 2). Молодые респонденты большее значение придают занятиям физкультурой и спортом, а также достаточной продолжительности сна, считая эти меры необходимым условием для поддержания хорошего состояния здоровья. Респонденты старшего трудоспособного возраста считают более важным соблюдение режима питания и умеренность в еде; их мнение по этому вопросу достоверно отличается от мнения более молодых респондентов ($p = 0,05$). При этом менее половины пациентов всех возрастных групп считают необходимым избавиться от курения, а большинство не соглашается с мнением врачей, что курение пагубно сказывается на физическом состоянии организма. Также меньшая часть респондентов разделяет мнение о негативном влиянии алкоголя, особенно лица молодого возраста, хотя отличие их мнения статистически недостоверно.

Имеющиеся у респондентов знания о ФР не используются ими в повседневной жизни. Признавая подвижный образ жизни необходимостью для поддержания здоровья, на вопрос о вариантах отдыха, наиболее типичных в их повседневной жизни, на активный отдых указали немногие (табл. 3).

Таблица 1. Отношение пациентов к лечению в сравнении с данными для всего населения [11] (в %)

Table 1. Medical behavior of patients when compared with the data concerning the total population [11] (in %)

Действия в случае болезни Actions in case of illness	Группа Group				Все население Total population
	1	2	3	в среднем mean	
Обращаюсь к врачам I use to visit doctors	75.0	92.0	93.3	90.2	71.6
Обращаюсь к людям, лечащим нетрадиционными методами и средствами I visit persons treating with alternative methods and means	8.3	18.0	6.7	13.0	2.1
Лечусь самостоятельно, применяя лекарства и «народные» средства I am managing myself using «folk» remedies	75.0	42.0	46.7	47.8	55.8
Ничего не делаю I don't do anything	0.0	2.0	0.0	1.1	1.1

Среди вариантов ответов на долю активного отдыха приходится 2,4% у пациентов 1-й группы, 3,8% — 2-й, 3,5% — 3-й. На гарантированно малоподвижный отдых (сон, телевизор, чтение, компьютер, музыка) приходится более половины ответов: 54,8% у пациентов 1-й группы, 53,8% — 2-й, 62,4% — 3-й.

Пациенты пенсионного возраста достоверно чаще, чем лица до 40 лет, указывали на чтение книг, газет, журналов ($p = 0,001$) и достоверно реже — на прослушивание музыки ($p = 0,003$). Но эти варианты отдыха никак не относятся

к активным и в физическом смысле не способствуют сохранению здоровья.

Около половины молодых пациентов и треть лиц старше 40 лет хорошо представляют, каким должен быть рациональный режим и суточный рацион питания (58,3, 28,0 и 30,0% пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно). Выявлено достоверное различие частоты владения информацией о здоровом питании пациентами в возрасте до 40 лет и более старшими пациентами ($p = 0,046$). При лучшем владении информацией соблю-

Таблица 2. Частота согласия респондентов разного возраста с необходимостью применения разных мер для поддержания здоровья (%)

Table 2. Frequency of the respondents' agreement with the need for implementation of different measures to maintain health (%)

Меры, необходимые для поддержания здоровья Measures to maintain health	Группа Group			В среднем Mean
	1	2	3	
Заниматься физкультурой, спортом Going in for physical activity, sport	75.0	60.0	46.7	57.6
Избавиться от курения Get rid of smoking	41.7	48.0	40.0	44.6
Избавиться от употребления алкоголя Get rid of alcohol	16.7	34.0	36.7	32.6
Соблюдать режим питания, не переедать и не голодать Health diet	50.0	78.0	66.7	70.7
Достаточно спать Enough to sleep	58.3	46.0	53.3	50.0
Активно отдыхать, вести подвижный образ жизни Active lifestyle	66.7	74.0	73.3	72.8

Таблица 3. Доля респондентов, практикующих разные варианты типичного отдыха в свободное время (в %)

Table 3. Proportion of respondents practicing different variants of rest (in %)

Варианты отдыха Variants of rest	Группа Group			В среднем Mean
	1	2	3	
Отсыпаюсь Sleep off	33.3	24.0	23.3	25.0
Бездельничаю. «убиваю» свободное время Do nothing. «killing» my free time	25.0	10.0	13.3	13.0
Расслабляюсь. выпиваю Drink alcohol	8.3	4.0	0.0	3.3
Смотрю телепередачи. видеофильмы Watching TV and videos	50.0	44.0	50.0	46.7
Общаюсь. отдыхаю с друзьями. близкими Communicate. relax with friends or relatives	66.7	44.0	36.7	44.6
Посещаю зрелищные мероприятия. хожу в кино. театр. на выставки и концерты Attend entertainment events. go to the cinema. theater. exhibitions and concerts	25.0	14.0	13.3	15.2
Читаю книги. журналы. газеты Read books. magazines. newspapers	16.7	32.0	60.0	39.1
Провожу время за компьютером Spend time at the computer	33.0	26.0	30.0	28.3
Слушаю музыку Listen to music	58.3	16.0	13.0	20.7
Занимаюсь любимым делом (хобби) (фото. музыка. рисование и т.п.) Doing my favorite thing (photo. music. drawing. etc.)	25.0	40.0	33.0	35.9
Активный отдых Active lifestyle	8.3	10.0	10.0	9.8

дают режим питания 41,7% респондентов 1-й группы. В группах более старших пациентов доля лиц, соблюдающих режим питания, больше доли лиц, владеющих необходимой информацией: 32% во 2-й и 60% в 3-й группе. Различия частоты правильного питания во 2-й и 3-й группах статистически достоверно ($p = 0,01$), что, по-видимому, объясняется вынужденной диетой лиц старшей возрастной группы из-за накопленного груза хронических заболеваний.

Состояние физической формы респондентов ухудшается с возрастом: если для 1-й группы средний индекс массы тела (ИМТ) равен 23,5 кг/м², то для 2-й группы этот показатель составил 27,1, для 3-й — 30,3. При этом пациенты не в полной мере осознают реальные угрозы избыточного веса (ИМТ>25). Считают свою массу тела избыточной 25% пациентов 1-й группы, 42,0% — 2-й, 73,3% — 3-й, что не совпадает с распределением значений показателя ИМТ: 41,7% лиц 1-й группы, 78,0% — 2-й, 86,2% — 3-й имеют избыточную массу тела (в среднем 70,3%). Ожирение (ИМТ>30) наблюдалось у 16 человек (32,0%) во 2-й группе и 11 человек (36,7%) в 3-й группе (в среднем 35,2%), однако из них 2 респондента 2-й группы и 3 респондента 3-й группы не считают свою массу тела избыточной.

Пациенты указали диагнозы хронических заболеваний, установленные у них врачами до операции. Среднее число хронических заболеваний увеличивается с возрастом и достоверно больше среди респондентов 3-й группы: оно составляет $2,9 \pm 0,5$ у пациентов 1-й группы, $2,8 \pm 0,2$ — 2-й, $3,6 \pm 0,4$ — 3-й (в среднем $3,1 \pm 0,2$).

Отрицание пациентами пагубного влияния табака на здоровье не коррелирует с употреблением ими табака. До операции курили 34,8% респондентов, чаще среди лиц молодого возраста: 58,3% лиц 1-й группы (из них 71,4% человек считают необходимым расстаться с этой пагубной привычкой), 32,0% пациентов 2-й группы (из них половина считает курение вредной привычкой), 30,0% пациентов 3-й группы (из них лишь 13,3% считают, что курение вредит здоровью). Среди курильщиков прослеживается снижение с возрастом частоты мнения, что для поддержания здоровья необходимо отказаться от курения.

В то же время ситуация, в которой находятся пациенты, свидетельствует о негативном влиянии курения на миокард: выявлено достоверно более частое применение малоинвазивных вмешательств (стентирования и ангиопластики) среди лиц, не употреблявших табак, чем среди курильщиков, для 2-й группы: 44,1% против 12,5% ($p = 0,03$). Аналогичная тенденция выявлена для 3-й группы пациентов, хотя различия статистически недостоверно (42,9% против 33,3%), однако не обнаружена для лиц 1-й группы (20,0% против 28,6%).

Возрастных различий в частоте отказа от курения после проведенного кардиохирургического лечения не было. После хирургического вмешательства стали воздерживаться от курения 71% пациентов 1-й группы, 68,8% — 2-й, 68,8% — 3-й. Продолжают выкуривать до 20 сигарет в день 1 пациент из 2-й группы после аортокоронарного шунтирования и 1 пациент из 3-й группы после стентирования.

Большинство респондентов употребляют алкоголь в умеренных дозах. Один человек в 1-й группе, 3 человека во 2-й и 4 в 3-й указали, что они совсем не употребляют алкоголь. Наибольшая указанная частота употребления алкоголя составила 3–5 раз в течение месяца. Один человек в 1-й группе, 2 во 2-й и 1 в 3-й группе указали, что в течение месяца (то есть 2 нед до операции) они не менее 3 раз употребляли крепкие спиртные напитки, еще 6 пациентов во 2-й и 2 в 3-й группе 3–5 раз употребляли вино или пиво. Такое употребление алкоголя не сказалось на возможности применения рентгенэндоваскулярных методов хирургического лечения: частота интервенций составила 41,7% среди часто употребляющих алкоголь, 50% среди совсем его не употребляющих и 33,3% среди остальных пациентов.

Зависимости частоты эндоваскулярных пособий от дозы алкоголя также не выявлено. От 2 до 5 раз за последние 30 дней выпивали подряд по 5 и более стандартных порций алкоголя (150 мл вина, 500 мл пива, 50 мл крепкого напитка или алкогольный коктейль) 7 человек из 1-й группы и 2 из 3-й. Из них малоинвазивные методы хирургического лечения применялись, соответственно, у 2 и 1 человека, т.е. в половине случаев.

Обсуждение

Согласно полученному социальному портрету, уровень образования пациентов отделения кардиореабилитации выше среднероссийского: по данным микропереписи населения 2015 г., доля лиц с высшим образованием и выше в среднем составляет 33,2%: от 13,7% среди населения в возрасте 70 лет и старше до 40,9% среди населения в возрасте 25–29 лет. По данным выборочных обследований Росстата, уровень занятости населения трудоспособного возраста — 56,9%, что меньше полученного нами показателя для 2-й группы респондентов. Финансовое положение пациентов нашей выборки лучше оцененных Росстатом показателей, согласно которым доля населения, оценивающего материальное положение своей семьи как бедность, составляет 43,7%. Среди пациентов больше доля лиц, состоящих в браке (среди населения 51,7%).

Отношение к здоровью пациентов отделения кардиореабилитации менее серьезное, чем среди всего населения, среди которого 4% совсем не заботятся о состоянии своего здоровья и 29,2% мало о нем заботятся. Безответственное отношение к своему здоровью подтверждается также следующими фактами:

- 18,5% пациентов не знают о своем заболевании, по поводу которого получили помощь кардиохирургов;
- большинство пациентов не разделяют общее мнение о вреде курения и негативном влиянии алкоголя, причем безотносительно к наличию у них этих вредных привычек;
- доля лиц, считающих, что они соблюдают режим питания, больше доли лиц, владеющих необходимой информацией о рациональном режиме и рационе питания, что свидетельствует или о фактическом отсутствии знаний о здоровом питании, или о пренебрежительном к нему отношении;
- большинство пациентов ведут малоподвижный образ жизни, что следует из их ответов о занятиях в свобод-

ное время, хотя они признают, что подвижный образ жизни необходим для поддержания здоровья;

- почти половина пациентов с излишним весом не считают свою массу тела избыточной;
- зная о факторах, влияющих на состояние здоровья, пациенты не стремятся снизить их воздействие.

Как итог безответственного отношения к здоровью распространение поведенческих ФР среди респондентов выше, чем среди всего населения. До операции курили 34,8% респондентов, тогда как в ходе диспансеризации взрослого населения России было установлено, что курят 17,3% [12], а по данным выборочных обследований Росстата курят 27,3% взрослого населения. Такие результаты согласуются с данными других исследователей о более высокой частоте курения (45%) среди лиц трудоспособного возраста, перенесших острый инфаркт миокарда [13]. Избыточная масса тела наблюдается у 70,3% респондентов, тогда как в ходе диспансеризации она была выявлена у 16,6% взрослого населения России [12]. Даже в 1-й группе почти у половины респондентов была избыточная масса тела, являющаяся независимым ФР развития ИБС и одновременно повышающая вероятность развития других ФР ИБС [14]. В возрасте старше 40 лет у трети респондентов выявлено ожирение, вдвое повышающее вероятность возникновения ИБС [15]. Не более десяти части респондентов указали, что во время отдыха иногда придерживаются активного образа жизни. У подавляющего большинства пациентов наблюдается недостаток движения и физической нагрузки, что критично повышает риск развития ИБС [16].

Влияния потребления алкоголя не выявлено, поскольку большинство пациентов умеренно пьющие, и при этом была показана значимость дозированного употребления вина как средства целевой профилактики БСК [7].

Из факторов формирования БСК у респондентов выявлены: длительное проживание в техногенно нагруженной экологической среде (в Москве), курение, гиподинамичный режим жизни и неэффективный дневной отдых. Что касается социально-психологического напряжения в обществе, то влияние этого фактора возможно, поскольку более половины респондентов подвержены беспокойству из-за неопределенности будущего. Для пациентов отделения кардиореабилитации не характерны нарушения сна, одиночество, негармоничный брак. Дополнительно выявлена большая значимость повышенной массы тела. Такой набор ФР может считаться специфичным для развития состояний, требующих оперативного вмешательства, поскольку сочетание курения, гиподинамии и избыточного веса не влияет, например, на распространенность гипертонии [17].

Выводы

Пациенты отделения кардиохирургии крупного кардиохирургического центра характеризуются более высокими уровнями образования и занятости, лучшим финансовым положением по сравнению со среднестатистическими данными взрослого населения России, полученными при выборочных обследованиях Росстата. Среди них мало одиноких людей и много лиц, ведущих малоподвижный

образ жизни. Для этих пациентов характерны менее ответственное отношение к своему здоровью, большая частота распространения курения, избыточной массы тела и ожирения.

Исходя из этих данных, обобщенный социальный портрет такого пациента включает следующие основные позиции:

- высокий уровень образования;
- отсутствие проблем с занятостью;
- хорошее финансовое положение;
- наличие семьи;
- безответственное отношение к своему здоровью;
- курение;
- малоподвижный образ жизни;
- избыточная масса тела.

При этом возрастные различия показателей связаны с физической формой респондентов, но не с их отношением к своему здоровью и самосохранительному поведению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Holland W. Periodic health examination. A brief history and critical assessment. *Eurohealth*. 2010; 15(4): 16-20.
2. Capewell S., O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *Lancet*. 2011; 378(9793): 752-3. DOI: [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)62302-1](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)62302-1)
3. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012 г.). *Российский кардиологический журнал*. 2012; 4(96 Прил. 2): 1-84.
4. Бойцов С.А., Самородская И.В. Высокая смертность от БСК в России: адекватны ли подходы к кодированию причин смерти? *Кардиология*. 2015; 55(1): 47-51.
5. Бойцов С.А., Чучалина А.Г., ред. *Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации*. М.: 2013.
6. Миклишанская С.В., Соломасова Л.В., Мазур Н.А. Ожирение и механизм его отрицательного влияния на структуру и функцию сердца. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020; 16(1): 108-17. DOI: <http://doi.org/10.20996/1819-6446-2020-02-09>
7. Ищейкина Ю.А. Идентификация и значение факторов риска и антириска болезней системы кровообращения. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2009; (4): 136-47.
8. Miklishanskaya S.V., Solomasova L.V., Mazur N.A. Obesity and mechanisms of its negative impact on the cardiovascular system. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2020; 16(1): 108-17. DOI: <http://doi.org/10.20996/1819-6446-2020-02-09> (in Russian)
9. Ishcheykina Yu.A. Identification and importance of risk factors and anti-risk diseases of the circulatory system. *Aktual'nye problemy transportnoy meditsiny*. 2009; (4): 136-47. (in Russian)
10. Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Запороженко В.Г. Социальный портрет пациента с сосудистыми заболеваниями хирургического профиля. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018; 62(4). DOI: <http://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-62-4-5> Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/996/27/lang,ru>
11. Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения в 2018 году. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html
12. Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; 38(4). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang,ru>

13. Киреев К.А., Фокин А.А., Крамник Г.Е. Частота курения среди пациентов с острым инфарктом миокарда, угрожаемых по преждевременной смерти. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017; 16(2): 28-32. DOI: <http://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-28-32>
14. Ades P.A., Savage P.D. Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor. *Prev. Med.* 2017; 104: 117-9. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.013>
15. Ndumele C.E., Matsushita K., Lazo M., Bello N., Blumenthal R.S., Gerstenblith G., et al. Obesity and subtypes of incident cardiovascular disease. *J. Am. Heart Assoc.* 2016; 5(8): e003921. DOI: <http://doi.org/10.1161/jaha.116.003921>
16. Arnett D.K., Blumenthal R.S., Albert M.A., Buroker A.B., Goldberger Z.D., Hahn E.J., et al. ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2019; 74(10): e177-e232. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>
17. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. Распространенность поведенческих факторов риска и болезней системы кровообращения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014; 22(1): 3-7.
8. Akin I., Nienaber C.A. "Obesity paradox" in coronary artery disease. *World J. Cardiol.* 2015; 7(10): 603-8. DOI: <http://doi.org/10.4330/wjc.v7.i10.603>
9. Pyörälä K., De Backer G., Graham I., Poole-Wilson P., Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology. European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Atherosclerosis*. 1994; 110(2): 121-61. DOI: [http://doi.org/10.1016/0021-9150\(94\)90200-3](http://doi.org/10.1016/0021-9150(94)90200-3)
10. Zubko A.V., Sabgayda T.P., Zaporozhchenko V.G. Social portrait of a patient with vascular surgical diseases. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2018; 62(4). DOI: <http://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-62-4-5> Available at: http://vestnik.mednet.ru/content/view/996/27/lang_ru (in Russian)
11. Federal State Statistics Service. Selective observation of behavioral factors affecting the health status of the population in 2018. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (in Russian)
12. Yakovleva T.V., Vylegzhanin S.V., Boytsov S.A., Kalinina A.M., Ipatov P.V. Regular medical examination of adults in the Russian Federation: first year implementation: lessons learnt, results and perspectives. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; 38(4). Available at: http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang_ru (in Russian)

REFERENCES

1. Holland W. Periodic health examination. A brief history and critical assessment. *Eurohealth*. 2010; 15(4): 16-20.
2. Capewell S., O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *Lancet*. 2011; 378(9793): 752-3. DOI: [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)62302-1](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)62302-1)
3. European Clinical Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease (2012 revision). *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2012; 4(96 Suppl. 2): 1-84. (in Russian)
4. Boytsov S.A., Samorodskaya I.V. High cardiovascular mortality in Russia: are approaches to coding causes of death adequate? *Kardiologiya*. 2015; 55(1): 47-51. (in Russian)
5. Boytsov S.A., Chuchalina A.G., eds. *Prevention of Chronic Noncommunicable Diseases. Recommendations [Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy. Rekomendatsii]*. Moscow; 2013. (in Russian)
6. Miklishanskaya S.V., Solomasova L.V., Mazur N.A. Obesity and mechanisms of its negative impact on the cardiovascular system. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2020; 16(1): 108-17. DOI: <http://doi.org/10.20996/1819-6446-2020-02-09> (in Russian)
7. Ishcheykina Yu.A. Identification and importance of risk factors and anti-risk diseases of the circulatory system. *Aktual'nye problemy transportnoy meditsiny*. 2009; (4): 136-47. (in Russian)
13. Kireev K.A., Fokin A.A., Kramnik G.E. Smoking prevalence in acute myocardial infarction patients with sudden death risk. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2017; 16(2): 28-32. DOI: <http://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-28-32> (in Russian)
14. Ades P.A., Savage P.D. Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor. *Prev. Med.* 2017; 104: 117-9. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.013>
15. Ndumele C.E., Matsushita K., Lazo M., Bello N., Blumenthal R.S., Gerstenblith G., et al. Obesity and subtypes of incident cardiovascular disease. *J. Am. Heart Assoc.* 2016; 5(8): e003921. DOI: <http://doi.org/10.1161/jaha.116.003921>
16. Arnett D.K., Blumenthal R.S., Albert M.A., Buroker A.B., Goldberger Z.D., Hahn E.J., et al. ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2019; 74(10): e177-e232. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.010>
17. Maksimova T.M., Belov V.B., Lushkina N.P. The prevalence of behavioral risk factors and diseases of blood circulation system. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014; 22(1): 3-7. (in Russian)