

А.И. Зозуля

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киев  
 ГУ «Институт стратегических исследований МОЗ Украины», Киев

## Результаты комплексного социологического исследования среди разных категорий населения по поводу цереброваскулярных заболеваний

Проведено комплексное социологическое исследование (путем анкетирования) среди разных категорий населения касательно осведомленности о цереброваскулярных заболеваниях, факторах риска, лечении и профилактике, а также о роли медицинских работников первичного и вторичного звена в оказании медицинской помощи. Объектом исследования были лица с гипертонической болезнью (ГБ); пациенты, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), и члены их семей; медицинские работники первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи и стационарного звена.

Установлено, что большинство лиц с ГБ не ведут здорового образа жизни: 27,9% больных чрезмерно употребляют поваренную соль, 30,7% — жирную пищу, 18,8% — злоупотребляют алкоголем, 25,5% — курят, а 22,0% ведут малоподвижный образ жизни.

Выявлен низкий уровень выполнения лицами с ГБ рекомендаций, направленных на предупреждение гипертонических кризов и развитие осложнений: только 10,3% принимают антигипертензивные средства ежедневно, 29,9% обращаются к врачу лишь при значительном повышении артериального давления (АД), только 35,0% — регулярно измеряют АД.

Установлено, что всего 87,3% лиц с ОНМК были доставлены в стационар. В 10,6% случаев бригада скорой помощи прибыла на вызов в течение 20 мин, в 78,0% — в течение 40 мин. В приемном отделении в первые 20 мин пребывания осмотрено 63,5% больных, позже 40 мин — 17,5%.

По результатам опроса медицинских работников, в структуре самооценки респонденты отметили: умение оказывать неотложную медицинскую помощь при ОНМК с использованием современных методов медикаментозной и немедикаментозной терапии (76,9%), умение корректировать способ жизни пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (80,4%), умение выявлять факторы риска развития цереброваскулярных заболеваний (81,3 и 63,7% среди врачей общей практики/семейной медицины и участковых терапевтов соответственно).

Врачи-респонденты имеют возможность проходить обучение в институтах последиplomного образования (73,3%), пользоваться научной литературой (74,9%), использовать интернет (86,1%).

Предложены основные направления работы здравоохранения по профилактике и лечению цереброваскулярных заболеваний.

**Ключевые слова:** социологическое исследование, цереброваскулярные заболевания, гипертоническая болезнь, инсульт, медицинские работники.

### Введение

Сегодня развитие здравоохранения в большинстве стран мира характеризуется смещением приоритетов от экономических затрат к разработке и внедрению наиболее эффективных методов распределения ресурсов. Все государства заинтересованы в усовершенствовании своих систем здравоохранения с целью расширения возможностей оказания качественной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается.

Эта задача является актуальной как для тех стран, которые уже обеспечивают эффективную медицинскую помощь, так и для тех, в которых большинство населения еще не получают необходимой медицинской помощи, соответствующей современным стандартам (Авксентьева М.В., Омеляновский В.В., 2010).

Проведенные исследования определили четкую зависимость между качеством

организации и оказания медицинской помощи больным с инсультом и показателями смертности и инвалидности (Стаховская Л.В. и соавт., 2009).

Несмотря на достижения в диагностике и лечении цереброваскулярных заболеваний, в том числе ишемического и геморрагического инсульта, эта проблема остается одной из основных причин смертности и инвалидности среди взрослого населения, что связано с различными организационными, материально-техническими и другими факторами.

Так, больных с подозрением на инсульт (геморрагический, ишемический) госпитализируют в лечебные учреждения с разным уровнем возможностей, при этом методы нейровизуализации используются меньше, чем в половине случаев.

Во многих стационарах нет условий для проведения интенсивной терапии. В большинстве населенных пунктов отсутствует организация консультативной

нейрохирургической помощи, а там, где есть нейрохирургические отделения, еще низкая нейрохирургическая активность. Подобная ситуация наблюдается не только в Украине, но и в других странах, особенно постсоветского пространства (Гусев Е.И. и соавт., 2003).

Многие прочие факторы также влияют на развитие и течение цереброваскулярных заболеваний: социальные факторы риска, отношение людей к своему здоровью, осведомленность населения о цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваниях.

Цель работы — проведение комплексного социологического исследования среди разных категорий населения для определения осведомленности о цереброваскулярных заболеваниях, факторах риска, лечении и профилактике, а также о роли медицинских работников первичного и вторичного звена в оказании медицинской помощи.

### Объект и методы исследования

Объектом исследования были лица с гипертонической болезнью (ГБ), пациенты, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), члены их семей, медицинские работники первичной медико-санитарной помощи и стационарной (третичной) помощи. В качестве основного метода исследования использовалось анкетирование участников.

### Результаты и их обсуждение

Общее количество респондентов составило 495 человек, из которых мужчин — 243 (49,1%), женщин — 252 (50,9%).

Большую часть (53,7%) составили респонденты в возрасте >50 лет, наименьшую — в возрасте до 30 лет (7,3%) ( $p < 0,05$ ). По социальному статусу наиболее многочисленную группу составили служащие (22,6%) и пенсионеры (28,9%), а наименее — студенты (1,0%) и инвалиды (7,9%).

Следующим этапом исследования было изучение данных о времени манифестации ГБ и диспансерном наблюдении. Наибольшую часть респондентов составили лица, которые страдали ГБ в течение >20 лет (27,7%) и 15–19 лет (24,4%), а наименьшую — лица, у которых ГБ диагностирована <5 лет назад (6,5%). Из всех опрошенных только 73,9% находились под диспансерным наблюдением, а 26,1% — не находились под диспансерным наблюдением (различие достоверно;  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о качестве наблюдения за пациентами с ГБ. Кроме того, среди респондентов, которые находились под диспансерным наблюдением, большинство посещали врача с профилактической целью 1 раз в 6 мес (47,5%) или ежегодно (42,4%), и лишь 10,1% — 1 раз в 3 мес. Во время посещения врачей пациенты проходили ряд обследований: электрокардиографию (ЭКГ) — 84,4%, ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) — 26,7%, биохимические исследования — 95,4%, получали консультации врачей-специалистов — 6,9%, консультации по коррекции образа жизни — 47,5% и коррекцию медикаментозной терапии — 59,4%.

Несмотря на это, многие лица с ГБ не придерживаются принципов здорового образа жизни. Так, 27,9% респондентов чрезмерно употребляют поваренную соль; 30,7% — жирную пищу; 25,5% — курят; а 18,8% — регулярно употребляют алкоголь. Такой важный фактор, как психоэмоциональный стресс, отмечают 11,5% пациентов с ГБ ежедневно, а 8,7% — по нескольку раз в день, причем у 45,6% стрессы в основном возникают на работе, у 37,9% — дома, у 20,6% — дома и на работе.

Установлено, что респонденты зачастую недостаточно физически активны. Так, выполняют физические упражнения только 11,9%; посещают бассейны — 2,8%; активно отдыхают в выходные дни — 5,5%; совершают пешие прогулки — 10,5% участников опроса. О сидячей работе со-

общают 22,0% респондентов, при этом 16,4% опрошенных проводят свободное время за компьютером. Хороший сон свойственен лишь 13,9% пациентов, бессонницей страдают 39,6%. 46,5% опрошенных указывали на поверхностный сон и сообщали, что обычно за ночь они не успевают отдохнуть.

Очень важным моментом был анализ получения врачебных рекомендаций лицами с ГБ. Установлено, что рекомендации по коррекции питания получили 59,6% респондентов, относительно физической активности — 25,5%, устранения вредных привычек — 35,5%, нормализации сна — 14,6%, а рекомендации по снятию стресса — 18,4% опрошенных. Полученные результаты свидетельствуют о низком уровне индивидуальной работы медицинского персонала, особенно врачей, с пациентами по оптимизации режима и образа жизни как основных факторов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе обследования установлено, что в 66,1% случаев врачом рекомендовано применять лекарственные препараты регулярно, в 23,6% — при повышении артериального давления (АД), в 10,3% — во время стрессовых ситуаций. Это указывает на недостаточный профессиональный уровень врачей, особенно первичного уровня, у которых на диспансерном учете состоит основная масса пациентов с ГБ. О том же свидетельствует и следующий факт: в 10,3% случаев врачи рекомендовали пациентам измерять АД только при ухудшении самочувствия.

Также установлено, что врачи дают соответствующие рекомендации пациентам и их родственникам о необходимости принимать лекарственные препараты при повышении АД, а также при головокружении, потере сознания, различных первых симптомах ОНМК по алгоритму «лицо, рука, речь».

В ходе статистической обработки анкет изучался вопрос, насколько правильно респонденты выполняют рекомендации врачей.

Проведенный анализ свидетельствует о недостаточном уровне выполнения рекомендаций врачей пациентами с ГБ, в том числе касательно предупреждения гипертонических кризов и профилактики осложнений ГБ. Так, только 10,3% применяют лекарственные препараты ежедневно, 29,9% — при стойком повышении АД обращаются к врачу и 35,0% — регулярно измеряют АД.

Это подтверждает низкий уровень просветительской работы медицинского персонала, неосведомленность населения и, в первую очередь, больных с факторами риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Последнее ведет к низкой профилактической работе среди как медперсонала, так и пациентов, что негативно влияет на заболеваемость сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями, а также обуславливает повышение смертности и инвалидизации.

Нами проведено социологическое исследование среди лиц, перенесших ОНМК.

Среди 510 таких пациентов мужчины составили 55,5%, женщины — 44,5%. Наибольшую (91,0%) возрастную группу составили лица в возрасте >40 лет. 41,8% респондентов перенесли ОНМК 5–9 лет назад; 20,4% — 1–4 года назад. Самой малочисленной стала группа лиц, перенесших ОНМК >20 лет назад.

Следует отметить, что среди этих пациентов 94,3% состояли на диспансерном учете, причем 44,9% — у врачей-неврологов. Данные анкетирования указывают, что 87,3% пациентов доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи (СМП), и только 1,4% добрались другим транспортом. На вызов СМП приехала в течение <20 мин в 10,6%, в течение <40 мин — в 78,0% случаев. Очень важно, что в приемном отделении большинство (63,5%) пациентов были осмотрены врачом и в течение <20 мин направлены в соответствующее отделение, а 17,5% больных в течение >40 мин находились в приемном отделении, что крайне негативно сказалось на их самочувствии.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) в первые 2 ч пребывания в стационаре проведена в 19,0% случаев, в основном тем пациентам, которые были направлены в нейрохирургическое отделение. Изучение организации ухода за больными с ОНМК в отделении показало, что в 89,2% случаев за пациентами ухаживали родственники и только в 7,5% — медицинские работники.

Следует также отметить низкий уровень соблюдения врачебных рекомендаций среди респондентов, перенесших ОНМК. Так, 19,0% из них регулярно употребляли соленую пищу, 20,0% — жирную, 18,8% курили, 22,9% регулярно употребляли алкоголь, 50,6% жили в постоянном стрессе, 27,1% вели малоподвижный образ жизни.

Респонденты, перенесшие ОНМК, позитивно отзываются о предоставлении им рекомендаций врачами и другими медицинскими работниками после перенесенного инсульта. Так, 83,7% респондентам давали рекомендации по улучшению питания, 69,0% — налаживанию полноценного сна и 68,2% — антистрессового поведения.

Респонденты считают недостаточной работу по устранению вредных привычек (42,2%) и повышению физической активности (61,2%).

Также отмечен высокий уровень рекомендаций по приему лекарственных препаратов, особенно гипотензивных. В результате этого увеличилось количество респондентов, регулярно контролирующих АД.

Таким образом, следует отметить более адекватную реакцию пациентов, перенесших ОНМК, на рекомендации медицинских работников, особенно по контролю АД, налаживанию сна, физических нагрузок. Тем не менее остается значительной доля нарушений со стороны диеты (соль, алкоголь) и курения.

Помимо того, проведен анализ 310 анкет респондентов (44,5% мужчин, 55,5% женщин) в отношении организации ухода

за инвалидами в результате цереброваскулярных заболеваний в семьях, где они проживают.

Распределение по возрасту среди мужчин было равномерным. При анализе уровня образования наибольшую группу составили мужчины со средним образованием (58,7%), а наименьшие — с неполным высшим образованием (0,7%) и высшим (1,4%). Группа мужчин, которые имеют постоянный доход, составила 21,8% (16,7% респондентов-мужчин — наемные работники; 5,1% — предприниматели); 5,1% — инвалиды; 22,5% — сезонные работники; 36,2% — безработные, 14,4% — ведущие домашнее хозяйство.

При сравнении социального статуса мужчин и женщин установлено, что удельный вес постоянно работающих женщин в 2 раза больше, нежели мужчин: 26,7% против 16,7%. Очень важно, что большинство опрошенных мужчин и женщин (95,7 и 93,0% соответственно) отмечают постоянные конфликты в семьях, в том числе по нескольку раз в день (10,1%). Установлено, что основной причиной конфликтов является наличие в семье инвалида и необходимость постоянного ухода за ним.

Изучался вопрос готовности 310 членов семей, где проживает инвалид в результате ОНМК, оказывать необходимую помощь. Оказалось, что большинство респондентов из семей, где живут инвалиды, ознакомлены с основными принципами ухода за инвалидами: 100% осведомлены касательно питания, 95,2% — борьбы с запорами, 95,5% — тактики при потере сознания, 86,5% — гигиены помещения и только 31,0% — в вопросах медико-социальной реабилитации. Результаты анализа свидетельствуют, что чаще всего источником информации относительно организации ухода за инвалидами для членов их семей являются медицинские сестры первичного звена оказания медицинской помощи (45,8%), а также семейные врачи (25,5%) и работники социальных служб (3,9%). В большинстве случаев осуществляют уход за инвалидами члены семьи инвалида (58,4%) или лица, нанятые ими (19,7%). Работники социальных служб участвуют в оказании помощи инвалидам лишь в 4,5% случаев, волонтеры — в 1,0%, в то время как в странах Европы эти функции в основном выполняют именно работники специальных социальных служб и волонтеры.

Проведен анализ 438 анкет социологического исследования среди медицинских работников первичного звена оказания медицинской помощи. Среди респондентов 18,3% составили врачи общей практики/семейной медицины; 81,7% — участковые врачи-терапевты. В соответствии с самооценкой собственного уровня готовности оказывать помощь при цереброваскулярных заболеваниях наилучшие результаты получены в следующих вопросах: знание факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний и ГБ (81,3 и 63,7% соответственно), знание методов борьбы с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний с участием

семьи (65,1%). Кроме того, врачи-респонденты положительно оценили свои способности использовать современные методы медикаментозной и немедикаментозной терапии (76,9%), умение корректировать образ жизни пациентов при цереброваскулярных заболеваниях (80,4%). Установлено, что уровень знаний врачей общей практики/семейной медицины достоверно выше, нежели участковых врачей.

Также изучена возможность оказывать медицинскую помощь населению на первичном уровне, в том числе использовать современные методы медикаментозной терапии; доступность современных методов функционального (инструментального) обследования на предмет выявления цереброваскулярных заболеваний, современных лабораторных методов обследования; возможность проведения индивидуальной работы с пациентами по коррекции факторов риска; коррекции образа жизни пациентов с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний и др.

Установлено, что доступность современных методов функционального (инструментального) и лабораторного обследования для выявления цереброваскулярных заболеваний на первичном уровне составляет 19,9%, возможность применения современных методов медикаментозного лечения при цереброваскулярных заболеваниях в амбулаторных условиях — 65,3%. Обеспечены надлежащими средствами для оказания неотложной медицинской помощи при ОНМК 10,5% респондентов.

При этом респонденты указали на отсутствие времени для индивидуальной работы с пациентами по коррекции образа жизни при цереброваскулярных заболеваниях, коррекции факторов риска цереброваскулярных заболеваний, работы на уровне семьи для обучения методам восстановительного лечения пациентов после ОНМК. Количество респондентов, которые указали на ограничение времени на профлактическую работу, значительно выше по сравнению с теми, кто имеет достаточно времени: 98,9% против 1,1% ( $p < 0,01$ ).

Проведен анализ 344 анкет респондентов — работников бригад СМП. Из них 53,5% — врачи бригад общего профиля, 28,2% — фельдшеры, 18,3% — специализированные бригады. Установлено, что наиболее значительной была проблема приезда бригад на вызов в связи с заторами на дорогах (проблему доезда санитарного автотранспорта отметили 90,4% опрошенных), в результате чего в 27,3% случаев СМП доезжает на место вызова за >40 мин.

Следует отметить высокий уровень обеспечения бригад СМП лекарственными препаратами и средствами для оказания экстренной медицинской помощи при ОНМК (89,8%), что подтверждено официальным финансированием службы экстренной медицинской помощи на закупку лекарств и средств медицинского назначения. Независимо на это, отмеча-

ется достоверно низкий уровень укомплектованности машин СМП инструментами, приборами для поддержания жизненно важных функций организма во время транспортировки (27,3%), создания надлежащих условий для обеспечения транспортировки пациентов в тяжелом состоянии (27,3%).

Помимо того, изучены условия госпитализации пациентов при ОНМК. Показано, что в 83,4% случаев госпитализация пациентов, доставленных СМП, проводилась через приемное отделение, а в 16,6% случаях (в связи с тяжестью больных) — непосредственно в стационар. Следует также отметить, что в 59,0% случаев врача, который должен принимать больного, вызывают из отделения, что приводит к затягиванию времени госпитализации: в 41,6% случаев процесс госпитализации затягивается до >20 мин.

Основными источниками информации в отношении оказания современных способов медицинской помощи при цереброваскулярных заболеваниях были предаттестационные курсы (73,3%), в 86,1% — интернет, 74,9% — научная литература, 17,2% — дистанционное обучение в режиме online. Периодические научные издания изучают только 22,1% медицинских работников СМП.

Также нами проанализированы 175 анкет респондентов — врачей стационаров: 38,8% — неврологи, 33,7% — терапевты, 20,6% — нейрохирурги, 6,9% — анестезиологи. По данным респондентов, 6,0% пациентов поступили в отделение в критическом состоянии, 24,8% — в тяжелом, 48,6% — средней тяжести, 20,6% — в легком состоянии.

Интерес представляют данные опроса об осведомленности врачей касательно современных стандартов медицинской помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями. Так, большинство врачей-нейрохирургов и анестезиологов (94,4 и 77,9% соответственно) ознакомлены с отраслевыми стандартами оказания медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга. Однако среди терапевтов со стандартами ознакомлены всего 15,3%, не ознакомлены — 28,8%, частично ознакомлены — 55,9%.

Кроме того установлено, что имеют возможность круглосуточного проведения МРТ, КТ, УЗИ и лабораторного биохимического экспресс-обследования 66,3% респондентов. Операционные для хирургического лечения при геморрагическом инсульте всегда готовы в нейрохирургических отделениях, а лекарственные средства для проведения неотложной терапии имеют практически все отделения (77,1%), куда поступают больные с острыми состояниями. Тромболитическая терапия проводится крайне редко.

Возможность организации неотложной помощи и лечения пациентов в соответствии с отраслевыми стандартами достоверно больше у врачей-нейрохирургов и врачей-неврологов, чем у терапевтов.

Анализ анкет врачей-респондентов показывает, что все они имеют возмож-

ность проходить обучение на предаттестационных курсах, тематические циклы усовершенствования, стажировки. 61,1% врачей стационаров читают научную литературу, 74,9% — периодические научные издания, 86,9% — используют интернет, 26,3% — используют дистанционную форму обучения.

Таким образом, анализ социологического обследования разного контингента населения — от больных и их родственников до врачей амбулаторной работы, СМП и стационаров — выявил как позитивные стороны в исследуемой отрасли, так и проблемы, которые следует решать в организационно-методическом, лечебно-диагностическом, реабилитационном и профилактическом плане.

Следует больше внимания уделять просветительской работе среди населения, в том числе среди лиц с цереброваскулярными заболеваниями: разъяснению основных симптомов цереброваскулярных заболеваний, тактике поведения при выявлении этих симптомов, лечению ГБ. По мимо того, необходимо обратить внимание на работу по коррекции факторов риска: изменение образа жизни, питания, физической активности, достижение психомоционального комфорта.

Важным вопросом остается работа СМП, своевременность приезда на вызовы, оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в соответствии с современными стандартами; оснащение машин СМП современной аппаратурой и медикаментами.

Большое значение имеет создание условий для быстрой госпитализации в необходимые отделения (нейрососудистое, нейрохирургическое, блок интенсивной терапии) больных, находящихся в критическом состоянии; оказание им помощи в приемном отделении (отделении неотложной помощи) мультидисциплинарными бригадами (анестезиолог, кардиолог, невролог, реабилитолог) с первоочередным проведением нейровизуализирующих методов обследования (компьютерной томографии, МРТ, УЗИ) и ЭКГ; перевод больного при необходимости в нейрохирургическую операционную.

Нет сомнения, что вопрос повышения квалификации медицинского персонала, и особенно врачей, должен стоять повседневно. Для этого приемлемы любые формы: курсы повышения квалификации — как базовое обучение, дистанционное обучение, учебная литература, интернет, в том числе научно-практические форумы.

Врачам следует использовать в своей работе современные отечественные и зарубежные стандарты диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, разрабатывать в профильных отделениях локальные стандарты в рамках международных и государственных.

## Выводы

Исходя из результатов исследования, основными направлениями работы здравоохранения по профилактике и лечению

цереброваскулярных заболеваний являются:

1. Дальнейшее усовершенствование службы оказания медицинской помощи лицам с цереброваскулярными заболеваниями путем создания сосудистых центров (отделений), отделений неотложной помощи при крупных больницах с обслуживанием пациентов мультидисциплинарными бригадами.

2. Повышение внимания к просветительской работе среди населения касательно первых симптомов цереброваскулярных заболеваний, тактики поведения при выявлении этих симптомов, лечения, направленного на ГБ как главный фактор риска.

3. Обеспечение службы экстренной медицинской помощи необходимым современным автотранспортом, оснащенным реанимационной и жизнеподдерживающей аппаратурой, медикаментами.

4. Обеспечение медицинских работников возможностью постоянного повышения своего профессионального уровня (курсы, последипломное образование, интернет, электронные учебники и др.).

## Список использованной литературы

**Авксентьева М.В., Омельяновский В.В.** (2010) Международный опыт оценки технологий в здравоохранении. Мед. технологии. Оценка и выбор, 1: 52–58.

**Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. и др.** (2003) Эпидемиология инсульта в России. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение), 9: 114 (тез. докл.).

**Стаховская Л.В., Скворцова В.И., Бодыхов М.К. и др.** (2009) Сравнительный анализ эффективности оказания медицинской помощи больным с инсультом в неврологическом и специализированном отделениях для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение), 10(2): 52–56.

## Результати комплексного соціологічного дослідження серед різних категорій населення з приводу цереброваскулярних захворювань

**А.І. Зозуля**

**Резюме.** Проведено комплексне соціологічне дослідження (шляхом анкетування) серед різних категорій населення стосовно обізнаності про цереброваскулярні захворювання, факторів ризику, лікування та профілактику, а також про роль медичних працівників первинної та вторинної ланки в наданні медичної допомоги. Об'єктом дослідження були особи з гіпертонічною хворобою (ГХ); пацієнти, які перенесли гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), та члени їх сімей; медичні працівники первинної медико-санітарної допомоги, швидкої медичної допомоги та стаціонарної ланки.

Встановлено, що більшість осіб із ГХ не ведуть здорового способу життя: 27,9% хворих надмірно вживають кухонну сіль, 30,7% — жирну їжу, 18,8% — зловживають алкоголем, 25,5% — палять, а 22,0% ведуть малорухливий спосіб життя.

Виявлено низький рівень виконання особами з ГХ рекомендацій, спрямованих на запобігання гіпертонічним кризам і розвитку ускладнень: лише 10,3% приймають антигіпертензивні засоби щодня, 29,9% звертаються до лікаря лише при значному підвищенні артеріального тиску (АТ), тільки 35,0% — регулярно вимірюють АТ.

Встановлено, що всього 87,3% осіб із ГПМК були доставлені до стаціонару. У 10,6% випадків бригада швидкої допомоги прибула на виклик протягом 20 хв, у 78,0% — протягом 40 хв. У приймальню відділенні в перші 20 хв перебування оглянуто 63,5% хворих, пізніше 40 хв — 17,5%.

За результатами опитування медичних працівників, у структурі самооцінки респонденти відзначили: вміння надавати невідкладну медичну допомогу при ГПМК із використанням сучасних методів медикаментозної та немедикаментозної терапії (76,9%), вміння коригувати спосіб життя пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями (80,4%), вміння виявляти фактори ризику розвитку цереброваскулярних захворювань (81,3 і 63,7% серед лікарів загальної практики/сімейної медицини та дільничних терапевтів відповідно).

Лікарі-респонденти мають можливість проходити навчання в інститутах післядипломної освіти (73,3%), користуватися науковою літературою (74,9%), використовувати інтернет (86,1%).

Запропоновані основні напрямки роботи охорони здоров'я з профілактики та лікування цереброваскулярних захворювань.

**Ключові слова:** соціологічне дослідження, цереброваскулярні захворювання, гіпертонічна хвороба, інсульт, медичні працівники.

## The results of sociological study of various groups of people over the cerebrovascular diseases

**I.A. Zozulia**

**Summary.** The study was intended to analyze the sociological study of different groups of people on their knowledge of cerebrovascular diseases, risk factors, treatment and prophylaxis, effectiveness of health care delivery by primary and secondary health care workers. The objects of investigation were patients with hypertension, patients who have suffered from acute ischemic stroke, their families, primary health care workers, emergency care workers, hospital health care workers.

The analyzed questionnaires of patients with hypertension showed that the majority of them don't keep to rational lifestyles. 27.9% of patients overuse salt in food, 30.7% of them eat fat food, 25.4% of patients smoke, 18.8% of patients abuse alcohol, 22.0% of them are physically inactive.

The low activity for preventing hypertension crisis and complications were observed in patients with hypertension. Only 10,3% of patients take antihypertensive preparations daily, 29,9% of patients seek medical aid only in case of dramatically high blood pressure, 35,0% of patients take arterial pressure regularly. It was determined that 87,3% of patients with acute ischemic stroke were taken to hospital. In 10,6% of cases the called ambulance arrived within 20 minutes, in 78,0% of cases after 40 minutes. In the admitting office there were examined 63,5% of patients within first 20 minutes, 17,5% of patients — later than 20 minutes.

In self assessment of health care workers there was noted: ability to provide emergency health care in case of acute ischemic stroke by using up-to-date methods of drug therapy and non-drug therapy (76,9%), ability to correct lifestyles of patients with cerebrovascular diseases (80,4%), ability to discover cerebrovascular diseases risk factors (81,3 and 63,7% among general practice/family medicine and primary care physicians, respectively). All respondents are able to undergo training in the Institutes of postgraduate education (73,3%), to use scientific resources (74,9%) and Internet (86,1%).

Main activities of health prevention and treatment of cerebrovascular disease are proposed. Key words: sociological study, cerebrovascular disease, hypertension, stroke, health care workers.

#### Адрес для переписки:

Зосуля Андрей Иванович  
04112, Киев, Дорогожицкая, 9  
НМАПО имени П.Л. Шупика,  
кафедра медицины неотложных  
состояний

Получено 07.05.2013

## Реферативна інформація

### Тяжелая форма апноэ во сне повышает риск наступления внезапной сердечной смерти



В обзорном исследовании по изучению проблем сна с участием >10 тыс. лиц в возрасте >60 лет, установлено, что умеренные и тяжелые формы апноэ во сне со значительным снижением сатурации являются предикторами повышенного риска внезапной сердечной смерти.

У пациентов с частотой эпизодов апноэ >20 за 1 ч сна риск наступления внезапной сердечной смерти почти в 2 раза выше, чем у лиц без данного вида дыхательных расстройств.

Вместе с тем авторы исследования из Клиники Мэйо в Рочестере (Mayo Clinic, Rochester), Миннесота, США, полагают, что нет оснований для паники, поскольку апноэ во сне легко поддается лечению.

Однако, по мнению ученых, на самом деле было бы разумней использовать полученные данные для повышения настороженности людей в отношении тяжелых форм апноэ во сне. Кроме того, есть основания полагать, что и более мягкие формы сонного апноэ могут способствовать возникновению сердечно-сосудистой патологии.

Результаты исследования опубликованы онлайн 11 июня 2013 г. в «Journal of the American College of Cardiology».

#### Является ли апноэ во сне единственной причиной внезапной сердечной смерти?

Ранее получены данные о большей вероятности развития внезапной сердечной смерти в ночные часы у лиц с апноэ во сне, в то время как у больных без явлений сонного апноэ это фатальное состояние чаще развивается в ранние утренние часы.

Новые данные клинических исследований выявляют связь сонного апноэ с развитием ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии, дисфункции левого желудочка сердца сердечных аритмий.

В ходе изучения воздействия апноэ во сне на вероятность наступления внезапной сердечной смерти проанализированы данные 10 701 жителя штата Миннесота в возрасте старше 18 лет, направленного в Клинику Мэйо для проведения полисомнографии в 1987–2003 гг. Полисомнография является широко применяемым методом исследования дыхательных расстройств, возникающих во сне. Синдром обструктивного апноэ во время сна (СОАС) устанавливали при выявлении ≥5 эпизодов апноэ или гипопноэ за 1 ч сна (индекс апноэ-гипопноэ >5).

Средний возраст пациентов составил 53 года, средний индекс массы тела (ИМТ) — 34. 68% участников — мужчины.

В среднем период наблюдения участников составил 5,3 года–15 лет. Частота возникновения фатальных или реанимированных случаев внезапной сердечной смерти среди участников исследования составила 0,27% в год.

За период наблюдения зарегистрирован 121 случай внезапной сердечной смерти. В 58 случаях причина смерти не идентифицирована, в 44 случаях причиной смерти стала желудочковая аритмия, в 18 случаях — острый инфаркт миокарда, в 1 случае — массивная тромбоэмболия легочной артерии. У 21 пациента, перенесшего внезапную сердечную смерть, были проведены успешные реанимационные мероприятия (с имплантацией кардиовертера-дефибриллятора или обеспечением высокотехнологичной поддерживающей терапии).

При мультивариантном анализе независимых факторов риска развития внезапной сердечной смерти учтены такие параметры, как возраст, наличие артериальной гипертензии, ИБС, кардиомиопатии или сердечной недостаточности, желудочковой экстрасистолии или пароксизмальной желудочковой тахикардии, а также минимальный уровень ночной сатурации кислорода.

В результате стандартной статистической обработки данных с использованием CART-метода (Classification And Regression Tree method) выявлены следующие предикторы внезапной сердечной смерти: возраст >60 лет (коэффициент риска (КР) 5,53), индекс апноэ-гипопноэ >20 (КР 1,60), средний уровень ночной сатурации <93% (КР 2,93) и минимальный уровень ночной сатурации 78% (КР 2,60, все  $p < 0,0001$ ).

У пациентов с индексом апноэ-гипопноэ >20 выявлено повышение риска наступления внезапной сердечной смерти на 60%.

У лиц со снижением уровня ночной сатурации <78% во время сна риск наступления внезапной сердечной смерти повышен на 81%.

Отмечено, что выраженность ночной гипоксии, важнейшего патофизиологического маркера СОАС, является сильным предиктором наступления внезапной сердечной смерти независимо от других факторов кардиоваскулярного риска.

Эта связь объясняется целым каскадом возможных биологических механизмов. Повторяющиеся эпизоды гипоксемии запускают потенциально опасные ответные реакции, включающие симпатoadренальную активацию и повышенную секрецию вазоактивных субстанций, что приводит к значительному повышению артериального давления.

Лечение при апноэ во сне предусматривает уменьшение массы тела, сон на боку (не на спине) с использованием приспособлений для нижней челюсти или устройств, поддерживающих положительное давление в дыхательных путях.

Gami A.S., Olson E.J., Shen W.K. et al. (2013) Obstructive sleep apnea and the risk of sudden cardiac death: A longitudinal study. JACC, June 11 [Epub ahead of print].

HeartWire (2013) Severe sleep apnea may almost double risk of sudden cardiac death. HeartWire, June 12 (<http://www.theheart.org/article/1551075.do>).

Ольга Федорова