

DOI: <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-5-305-310>

УДК 616:[613+613.6]+614.254

© Коллектив авторов, 2020

Ларина В.Н.<sup>1</sup>, Глибко К.В.<sup>2</sup>, Аракелов С.Э.<sup>2</sup>, Касаева Д.А.<sup>2</sup>

## Поведенческие факторы риска, медицинская информированность и приверженность лечению медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский Университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, ул. Островитянова, 1, Москва, Россия, 117997;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №13 Департамента здравоохранения Москвы», ул. Велозаводская, 1/1, Москва, Россия, 115280

**Введение.** Формирование и распространенность хронических заболеваний связаны с особенностями образа жизни и факторами риска. Ведущее место в профилактике хронических заболеваний отводится мероприятиям, направленным на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ). Активная пропаганда ЗОЖ среди населения, своевременное выявление, коррекция и контроль факторов риска могут значительно снизить частоту новых случаев хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и их осложнений. На компоненты профилактики влияют особенности и условия жизни населения, а также вид профессиональной деятельности.

**Цель исследования** — оценка встречаемости поведенческих факторов риска, медицинской информированности и приверженности лечению у медицинских работников городской клинической больницы (ГКБ).

**Материалы и методы.** В открытое одномоментное сравнительное не рандомизированное исследование включены 208 медицинских работников в возрасте 56 (41; 64) лет (82 врача и 126 работников среднего медицинского персонала). Группу сравнения составили 127 человек в возрасте 52 (43; 61) лет, не имевших профессию медицинского профиля. Проводились физикальный осмотр, оценка анамнеза, поведенческих факторов риска, приверженности лечению с помощью «Анкеты оценки факторов риска ХНИЗ у сотрудников ГКБ», разработанной для анкетирования.

**Результаты.** Курили 56 (26,9%) медицинских сотрудников и 29 (22,8%) человек группы сравнения, употребляют алкоголь 98 (47,1%) медработников и 70 (55,1%) человек группы сравнения. Ожирение (23,6%) превалировало среди медицинских работников по сравнению с участниками группы сравнения (7,9%),  $p < 0,001$ . Ежедневно более 300 г овощей и фруктов употребляют 92 (44,2%) медработников и 59 (46,4%) человек группы сравнения, досаливают пищу 68 (32,7%) медработников и 47 (37%) человек группы сравнения. Активный образ жизни вели 110 (52,8%) медработников и 88 (69,3%) человек группы сравнения. Низкая приверженность лечению отмечена у 162 (77,9%) медицинских работников и у 102 (80,3%) лиц группы сравнения. Факторами, ассоциируемыми с высокой медицинской информированностью, оказались наличие семьи у медработника (ОШ 3,22, 95% ДИ; 1,78–5,81;  $p = 0,001$ ) и высокая приверженность лечению (ОШ 3,19, 95% ДИ; 1,52–6,71;  $p = 0,002$ ); факторами, повышающими приверженность лечению, — женский пол (ОШ 3,24, 95% ДИ; 1,18–8,85;  $p = 0,022$ ), ведение активного образа жизни (ОШ 3,69, 95% ДИ; 1,75–7,77;  $p = 0,001$ ), наличие семьи (ОШ 2,29, 95% ДИ; 1,18–4,46;  $p = 0,015$ ) и молодой возраст (ОШ 2,37, 95% ДИ; 1,06–5,28;  $p = 0,035$ ).

**Заключение.** Среди медицинских работников ГКБ отмечена высокая распространенность поведенческих факторов риска, низкая медицинская информированность и приверженность лечению, что требует необходимости коррекции данных факторов.

**Ключевые слова:** медицинские работники; факторы риска; поведенческие факторы риска; медицинская информированность; приверженность лечению; образ жизни

**Для цитирования:** Ларина В.Н., Глибко К.В., Аракелов С.Э., Касаева Д.А. Поведенческие факторы риска, медицинская информированность и приверженность лечению медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы. *Мед. труда и пром. экол.* 2020; 60 (5). <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-5-305-310>

**Для корреспонденции:** Ларина Вера Николаевна, зав. каф. поликлинической терапии ЛФ ФГАОУ «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», д-р мед. наук, проф. E-mail: [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Дата поступления: 05.02.2020 / Дата принятия к печати: 19.02.2020 / Дата публикации: 18.05.2020

Vera N. Larina<sup>1</sup>, Kirill V. Glibko<sup>2</sup>, Sergey E. Arakelov<sup>2</sup>, Diana A. Kasaeva<sup>2</sup>

## Behavioral risk factors, medical awareness and adherence to treatment of medical workers of a multidisciplinary city clinical hospital

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, 1, Ostrovityanova str., Moscow, Russia, 117997;

<sup>2</sup>City Clinical Hospital No. 13 of the Moscow Department of Health, 1/1, Velozavodskaya str., Moscow, Russia, 115280

**Introduction.** The formation and prevalence of chronic diseases are associated with lifestyle characteristics and risk factors. The leading place in the prevention of chronic diseases is given to measures aimed at the formation of a healthy lifestyle (HLS). Active promotion of healthy lifestyle among the population, timely detection, correction and control of risk factors can significantly reduce the frequency of new cases of chronic non-communicable diseases (CNCD) and their complications. The components of prevention are influenced by the characteristics and conditions of life of the population, as well as the type of professional activity.

**The aim of the study** is to assess the occurrence of behavioral risk factors, medical awareness and treatment adherence in medical workers of the city clinical hospital (CCH).

**Materials and methods.** The open, single-stage, comparative, non-randomized study included 208 medical professionals aged 56 (41; 64) years (82 doctors and 126 nurses). The comparison group consisted of 127 people aged 52 (43; 61) years who did not have a medical profession. Physical examination, assessment of anamnesis, behavioral risk factors, and treatment adherence were performed using the “Questionnaire for assessing risk factors for CNCD in CCH employees”, developed for the questionnaire. **Results.** 56 (26.9%) medical staff and 29 (22.8%) people in the comparison group smoked, 98 (47.1%) medical staff and 70 (55.1%) people in the comparison group drink alcohol. Obesity (23.6%) prevailed among medical professionals compared to participants in the comparison group (7.9%),  $p < 0.001$ . Every day, more than 300 g of vegetables and fruits are consumed by 92 (44.2%) health workers and 59 (46.4%) people in the comparison group, 68 (32.7%) health workers and 47 (37%) people in the comparison group add salt to their food. 110 (52.8%) health workers and 88 (69.3%) people in the comparison group led an active lifestyle. Low adherence to treatment was observed in 162 (77.9%) medical professionals and 102 (80.3%) people in the comparison group. Factors associated with high medical awareness were the presence of a family in the health worker (OR 3.22, 95% CI; 1.78–5.81;  $p = 0.001$ ) and high adherence to treatment (OR 3.19, 95% CI; 1.52–6.71;  $p = 0.002$ ); factors that increase adherence to treatment — female gender (OR 3.24, 95% CI; 1.18–8.85;  $p = 0.022$ ), active lifestyle (OR 3.69, 95% CI; 1.75–7.77;  $p = 0.001$ ), family (or 2.29, 95% CI; 1.18–4.46;  $p = 0.015$ ) and young age (OR 2.37, 95% CI; 1.06–5.28;  $p = 0.035$ ). **Conclusions.** There is a high prevalence of behavioral risk factors, low medical awareness and adherence to treatment among the medical staff of the CCH, which requires the need to correct these factors.

**Keywords:** medical professionals; risk factors; behavioral risk factors; medical awareness; treatment adherence; lifestyle

**For citation:** Larina V.N., Glibko K.V., Arakelov S.E., Kasayeva D.A. Behavioral risk factors, medical awareness and adherence to treatment of medical workers of a multidisciplinary city clinical hospital. *Med. truda i prom. ecol.* 2020; 60 (5). <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-5-305-310>

**For correspondence:** Vera N. Larina, Head of the Department of polyclinic therapy of Pirogov State Medical University, Dr. of Sci. (Med.), professor. E-mail: [larinav@mail.ru](mailto:larinav@mail.ru)

**ORCID:** Larina V.N. 0000-0001-7825-5597, Glibko K.V. 0000-0001-7331-2791, Arakelov S.E. 0000-0003-3911-8543

**Funding.** The study had no funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

Received: 05.02.2020 / Accepted: 19.02.2020 / Published: 18.05.2020

**Введение.** Формирование и распространенность хронических заболеваний связаны с особенностями образа жизни и факторами риска, а их изменение способствует снижению заболеваемости и смертности.

Ведущее место в профилактике хронических заболеваний отводится мероприятиям, направленным на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ). Активная пропаганда ЗОЖ среди населения, своевременное выявление, коррекция и контроль факторов риска могут значительно снизить частоту новых случаев хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и их осложнений. На компоненты профилактики влияют особенности и условия жизни населения, а также вид профессиональной деятельности [1,2].

Численность врачей в нашей стране на 2017 г. составила 697,1 тысячи (47,5 на 10 тыс. населения), среднего медицинского персонала (СМП) — 1525,2 (103,8 на 10 тыс. населения). По данным Росстата, средний возраст занятых в здравоохранении лиц в 2005 г. составлял 41,3 года, в 2016 г. — 43,2 года (как в целом, так и у мужчин, и у женщин) [3]. Эти данные свидетельствуют о необходимости пристального внимания к анализу состояния здоровья медицинских работников в силу повзрелости этой категории населения. Кроме этого, поток информации, концентрация внимания, быстрое принятие решений, профессиональная ответственность создают основу для возникновения заболеваний — как общих, так и профессиональных [4,5].

Сейчас условия труда медицинских работников не исключают роста факторов риска, самих заболеваний и их сочетаний, что явилось основой для проведения анализа состояния здоровья среди врачей и среднего медицинского персонала многопрофильной городской клинической больницы (ГКБ).

**Цель исследования** — оценка встречаемости факторов риска, поведенческих особенностей и приверженности лечению у медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы.

**Материалы и методы.** В открытое одномоментное сравнительное нерандомизированное исследование были включены сотрудники ГКБ с высшим и средним медицинским образованием в возрасте 18 лет и старше.

В исследование не включены технический и административный персонал ГКБ, медицинские работники с тяжелым течением заболеваний.

Группу сравнения составили лица, не имевшие профессию медицинского профиля, проходивших диспансеризацию в поликлиническом отделении ГБУЗ ГКБ №13.

Все участники исследования подписали информированное согласие для участия в исследовании.

Исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» — ГБУЗ «ГКБ № 13 Департамента Здравоохранения г. Москвы».

Всем участникам основной группы и группы сравнения проводился общепринятый физикальный осмотр, оценка семейного и медицинского анамнеза, клинико-демографических и антропометрических показателей.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитан по формуле Кетле (масса тела, кг)/рост (м<sup>2</sup>). ИМТ 30 кг/м<sup>2</sup> и более являлся критерием ожирения, 25–29,9 — избыточной массы тела кг/м<sup>2</sup> [6].

К регулярно курящим отнесены лица, выкуривающие хотя бы 1 сигарету в день или бросившие курить менее 1 года назад. Ежедневное употребление в пищу менее 300 граммов овощей и фруктов, досаливание пищи рассматривались как нездоровое питание [7].

Физическая активность менее 150 минут в неделю или менее 75 минут в неделю (15 минут 5 дней в неделю), или их сочетание расценивалась как низкая [7], дислипидемия — при отклонении от нормы одного или более показателей липидного обмена: общий холестерин 5 ммоль/л и более; холестерин липопротеинов высокой плотности у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеинов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л [8].

Учитывалось употребление алкоголя до 14 ед./нед. у мужчин и до 8 ед./нед. — у женщин (1 единица равна 125 мл вина или 250 мл пива [7]).

Статистический анализ выполнен с применением стандартных программ: StatPlus: мас версия 6. (AnalystSoft Inc,

USA), SPSS Statistics version 20.0 (IBM, USA) и Microsoft Office 2016 (Microsoft, США). Нормальность распределения количественных показателей оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. При нормальном распределении показатели представляли в виде среднего и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ), межгрупповые различия оценивались при помощи t-критерия Стьюдента с учетом теста Ливиня. При ненормальном распределении показатели описывали в виде медианы и межквартильного размаха [ $Me$  (Q25; Q75)], различия между двумя группами анализировались при помощи U критерия Манна-Уитни.

Сравнение групп по качественным признакам проведено с помощью построения таблиц сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$  по Пирсону. Ассоциации между переменными выявлены с помощью коэффициента корреляции ( $r$ ) Пирсона при нормальном распределении и Спирмена — при ненормальном распределении. Для оценки влияния признака применялся логистический регрессионный анализ с определением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ). Различия считались статистически значимыми при значениях двустороннего  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Проведен физикальный осмотр и анкетирование 208 медицинских работников в возрасте от 20 до 85 лет, медиана — 56 (41; 64) лет, среди которых были 61 мужчина и 147 женщин, 82 (39,2%) врача и 126 (60,8%) среднего медицинского персонала. Среди 127 человек (в возрасте от 20 до 82 лет, медиана — 52 (43; 61) года) группы сравнения 65 (51,2%) имели высшее образование, 62 (48,8%) — среднее специальное образование.

Курили 56 (26,9%) медицинских сотрудников и 29 (22,8%) человек группы сравнения. Ранее отказались от курения 29 (13,8%) медицинских работников и 28 (22%) человек группы сравнения. Среди работников терапевтического отделения отказались от курения 7 (24,2%) медработников; хирургических отделений — 7 (24,2%); гинекологического отделения — 3 (10,3%); реанимационного отделения — 1 (3,4%); функциональной диагностики — 2 (6,9%); травматологического отделения — 3 (10,4%); неврологического отделения — 3 (10,3%); кардиологического отделения — 3 (10,3%).

Среди медицинских сотрудников никогда не курили 105 (50,4%) человек, среди группы сравнения — 70 (55,2%) человек. Употребляют алкоголь 98 (47,1%) медработников и 70 (55,1%) человек группы сравнения.

Среди работников терапевтического отделения употребляют алкоголь 21 (21,5%); хирургических отделений — 17 (17,4%); гинекологического отделения — 5 (5,2%); реанимационного отделения — 4 (4%); функциональной диагностики — 13 (13,3%); травматологического отделения — 22 (22,4%); неврологического отделения — 4 (4%); кардиологического отделения — 12 (12,2%) медработников.

ИМТ медицинских работников колебался от 17,2 до 44,5 кг/м<sup>2</sup> ( $26,8 \pm 4,9$  кг/м<sup>2</sup>), среди участников группы сравнения — от 19,5 до 34,8 кг/м<sup>2</sup> ( $27,2 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>). Ожирение

(23,6%) преваляло среди медицинских работников, по сравнению с участниками группы сравнения (7,9%),  $p < 0,001$ .

Среди работников терапевтического отделения ожирение отмечено у 4 (8,1%), хирургических отделений — у 8 (16,6%); гинекологических отделений — у 3 (6,13%); реанимационных отделений — у 6 (33,3%); отделений функциональной диагностики — у 12 (24,5%); травматологического отделения — у 8 (16,3%), неврологического отделения — у 2 (4%); кардиологического отделения — у 6 (12,2%) медработников.

Ежедневно более 300 г овощей и фруктов употребляют 92 (44,2%) медработников и 59 (46,4%) человек группы сравнения. Досаливают пищу 68 (32,7%) медработников и 47 (37%) человек группы сравнения. Достаточный уровень физической активности отмечен у 110 (52,8%) медработников и у 88 (69,3%) человек группы сравнения. Низкая приверженность лечению отмечена у 162 (77,9%) медицинских работников и у 102 (80,3%) лиц группы сравнения.

Низкая приверженность лечению отмечена у 41 (25,4%) работника хирургического отделения, у 38 (23,5%) — терапевтического профиля; у 22 (13,5%) — травматологического отделения; у 20 (12,3%) — отделения функциональной диагностики; у 19 (11,7%) — кардиологического отделения, у 12 (7,4%) — реанимационного отделения; у 7 (4,3%) — неврологического отделения; у 3 (1,9%) — гинекологического отделения.

Состояли на диспансерном учете по поводу имевшихся у них заболеваний 39 (18,7%), а регулярно посещали лечащего врача — 150 (72,1%) медработников. Среди лиц группы сравнения состояли на диспансерном учете в связи с хроническими заболеваниями 59 (46,4%) человек, а регулярно посещали лечащего врача — 45 (35,4%) человек.

Факторами, ассоциируемыми с высокой медицинской информированностью, оказались наличие семьи у медработника (ОШ 3,22, 95% ДИ; 1,78–5,81;  $p = 0,001$ ) и высокая приверженность лечению (ОШ 3,19, 95% ДИ; 1,52–6,71;  $p = 0,002$ ).

Факторы, ассоциируемые с высокой и низкой приверженностью лечению у медицинских работников, представлены в таблице.

**Обсуждение.** При анализе группы медицинских и немедицинских работников не было выявлено отличий по семейному положению, отношению к отказу от курения и приверженности лечению. Однако медицинская информированность была хуже в группе медицинских работников (52,4%), чем у лиц группы сравнения (73,3%), и медицинские работники чаще не были готовы изменить образ жизни (46,6%), чем лица немедицинских профессий (27,5%).

Медицинские работники составляют «незащищенную» категорию населения в связи с нагрузкой, обусловленной профессиональной деятельностью и высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациентов, что не может не отражаться на их эмоциональном, клиническом состоянии и не вносить вклад в ухудшение качества жизни.

Таблица / Table

**Факторы, ассоциируемые с высокой приверженностью лечению у медицинских работников**  
**Factors associated with high treatment adherence in healthcare professionals**

| Показатель                    | Отношение шансов | 95% ДИ    | $p$   |
|-------------------------------|------------------|-----------|-------|
| Медицинская информированность | 3,19             | 1,52–6,71 | 0,002 |
| Женский пол                   | 3,24             | 1,18–8,85 | 0,022 |
| Активный образ жизни          | 3,69             | 1,75–7,77 | 0,001 |
| Наличие семьи                 | 2,29             | 1,18–4,46 | 0,015 |
| Возраст 20–30 лет             | 2,37             | 1,06–5,28 | 0,035 |

Недавние результаты исследователей Университета Дрексlera (Филадельфия, Пенсильвания) показали, что род занятий, особенно связанный с медицинской деятельностью, является важнейшим фактором, влияющим на состояние здоровья, в связи с чем необходимо интересоваться о профессии, особенно связанной с системой здравоохранения [9]. Эти данные еще раз подтверждают значимость профилактического направления работы врача в охране здоровья человека.

Среди существующих факторов риска необходимо особо выделить поведенчески, присутствие которых человек самостоятельно и добровольно допускает в своем образе жизни. Некоторые факторы риска тесно связаны со сформированными с детства привычками, которые во многом определяют здоровье человека. Нерациональное питание ассоциировано с более чем 2 млн случаев летального исхода, большинство которых обусловлены заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наибольший вклад в смертность вносят недостаточное употребление свежих фруктов (12,5%) и чрезмерное содержание натрия в продуктах (12,0%) [10].

Убедительно доказана связь избыточного потребления соли и риска развития хронических заболеваний. Чрезмерное употребление соли не только значимый поведенческий фактор риска с высокой распространенностью в нашей стране (49,9%), но и фактор, ассоциированный с экономическим ущербом [11]. Согласно данным исследования ЭССЕ-РФ, около половины жителей нашей страны в возрасте от 25 до 64 лет чрезмерно употребляют соль, причем чаще это отмечено у мужчин, но не у женщин [12].

Нездоровое питание отмечено у 55,8% медицинских работников и у 53,6% лиц группы сравнения ( $p=0,692$ ). Досаливание пищи также встречалось с одинаковой частотой как среди медицинских работников (32,7%), так и лиц группы сравнения (37%). Полученные результаты согласуются с данными, согласно которым нерациональное питание имеется у 67,6% врачей [13], а досаливают пищу — 68,3% медицинских работников многопрофильной ГКБ [14].

Физическая активность является важнейшей составляющей здоровья человека, а ее недостаток — один из факторов риска многих хронических заболеваний. Значительная часть населения, особенно в экономически развитых странах, придерживаются, в основном, малоподвижного образа жизни, в связи с этим приоритетным рассматривается комплекс мер, направленных на оптимизацию физической активности и создание условий жизни, при которых подвижный образ жизни будет рациональным [15].

Достаточный уровень физической активности имелся у каждого второго медицинского работника (52,8%), но активного образа жизни чаще придерживались немедицинские работники (69,3%).

Ткаченко К.Г. и соавторы [14] отметили, что у 74,7% медицинских работников многопрофильной больницы в возрасте 51,6 года низкая физическая активность встречается часто.

Полученные данные полностью согласуются с современной позицией экспертов в этой области о необходимости комплексной реализации стимулирования активного образа жизни населения, заключающегося в изменении условий жизни, работы и в формировании положительной социальной среды с целью следования принципам ЗОЖ [16].

Еще одной серьезной проблемой является избыточная масса тела и ожирение, также ассоциируемых с высоким риском заболеваемости [6]. Согласно данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, распространенность ожирения среди обследованных регионов составила  $29,7 \pm 0,3\%$ , у женщин несколько выше, чем у мужчин: 30,8% против 26,6% соответственно ( $p<0,001$ ).

Данные О.С. Кобяковой и соавторов [13] свидетельствуют о избыточной массе тела у 34,7% врачей Томской области, возраст которых составил 42,0 года. Ткаченко К.Г. с соавторами [14] также отметили высокую встречаемость ожирения (у 42,5%) и неправильного питания (у 37,1%) у медицинских работников крупной больницы в возрасте 51,6 лет.

Проведенное исследование показало, что ожирение имело у 14,6% медицинских работников в отличие от лиц немедицинских профессий (29,4%),  $p=0,023$ .

Курение является одним из основных и значимых некардиогенных поведенческих факторов риска развития многих заболеваний и их осложнений. Устранение этого фактора является одним из приоритетных мероприятий в профилактике смертности и улучшении долгосрочного прогноза [17]. Анализ Фрамингемского исследования (*the Framingham Heart Study*) показал, что даже спустя 25 лет после отказа от курения риск рака выше в три раза, по сравнению с людьми, которые никогда не курили. Однако риск уже начинает снижаться через 5 лет после отказа от курения и снижается со временем, по сравнению с курящими [18].

Согласно данным исследования ЭССЕ-РФ, распространенность курения среди населения регионов-участников в возрасте 25–64 года составляла 25,7%. Согласно данным исследования, табакокурение с одинаковой частотой встречалось как среди медработников (26,9%), так и лиц не медицинских специальностей (22,8%). Среди медработников и не медработников разницы по количеству лиц, никогда не куривших, отмечено не было.

О широкой распространенности поведенческих факторов риска, в частности курения, среди медицинских работников свидетельствуют многие исследователи [19]. Распространенность курения среди врачей в возрасте 50,5 лет составила 14% [19], в возрасте 42,02 лет — 15,1%.

Безусловно, полученные результаты подтверждают необходимость изменения отношения к табакокурению среди медицинских работников, поскольку большинство курящих врачей не смогут оказать адекватную поддержку пациентам в плане отказа от курения, так как сами имеют эту вредную привычку, не владеют основами помощи по отказу от курения и не могут способствовать пропаганде ЗОЖ, при этом экономический ущерб от курения составляет более 421,4 млрд рублей (0,49% ВВП) [20].

На сегодняшний день сохраняются высокая распространенность факторов риска и низкая осведомленность населения об их наличии. Ведущее значение в повышении информированности и контроле факторов риска имеет эффективная организация амбулаторной помощи населению. Выявление лиц или пациентов группы риска и первичное консультирование являются важнейшими целями здравоохранения первичного звена, что должно распространяться и на врачей, работающих с медицинским персоналом.

Медицинская информированность определяет мотивацию пациента к началу лечения и следованию рекомендациям врача, а также вносит вклад в формирование особенностей течения многих заболеваний. Поэтому повышение медицинской грамотности и приверженности немедикаментозному и медикаментозному лечению среди медицинских работников является важнейшим компонентом их диспансерного наблюдения и следованию принципам ЗОЖ.

Подтверждением вышесказанному служит исследование М.Г. Бубновой и соавторов [21], согласно которому уровень АД знали 87,1%, общего холестерина крови — 48,6%, глюкозы — 44,4% пациентов. Целевые уровни АД могли сообщить 90%, ЛПНП — 14,2% пациентов. Постоянно лечились 65,3% пациентов, при этом 61,4% считали их малоэффективными.

После реабилитационного консультирования с участием многих специалистов 85,7% пациентов пересмотрели свое отношение к болезни и самоконтролю факторов риска, что подтверждает важность комплексного подхода к профилактике заболеваний и реабилитации пациентов.

В исследовании ЭССЕ-РФ осведомленность об уровне ХС была у 20% мужчин и у 32% женщин [21]. В российской популяции знают о наличии у себя АГ 49% женщин и 30,6% мужчин [21]. Анализ данных о приверженности профилактическим или лечебным мероприятиям показал, что низкая приверженность отмечена у более чем половины медицинских работников (67,1%), что гораздо выше, чем в популяции, к примеру, жителей г. Москвы (57%) [22].

Согласно полученным данным, не знали свой уровень АД, глюкозы и холестерина менее половины (47,6%) медицинских работников, не готовы были изменить свой образ жизни 46,6% медработников и 27,5% не медработников ( $p < 0,001$ ). Факторами, ассоциируемыми с высокой медицинской информированностью, оказались наличие семьи у медработника (ОШ 3,22) и высокая приверженность лечению (ОШ 3,19). Факторами, повышающими приверженность лечению среди медицинских работников, оказались женский пол (ОШ 3,24), ведение активного образа жизни (ОШ 3,69), наличие семьи (ОШ 2,29) и молодой возраст (ОШ 2,37). Полученные данные свидетельствуют о том, что медицинские работники, в основном женского пола, которые имели семью, вели ЗОЖ, больше привержены лечению и мотивированы к получению дополнительной информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что проблема не приверженности терапии актуальна для лиц медицинских профессий. Низкая приверженность лечению затрудняет внедрение профилактических программ по коррекции образа жизни у медицинских работников, что является препятствием для эффективности лечения, достижения целевых значений многих показателей и снижения риска жизнеугрожающих осложнений. Полученные результаты подтверждают тот факт, что медики, особенно мужского пола, входят в тревожную группу в отношении риска развития многих заболеваний, их прогрессирования и осложнений. Возможно, что выделение отдельной штатной единицы врача-терапевта для проведения профилактических осмотров медицинских сотрудников многопрофильной ГКБ будет способствовать оптимизации наблюдения и проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

**Заключение.** По данным анкетирования, у 52,4% медицинских работников многопрофильной ГКБ имелся низкий уровень медицинской информированности и у 46,6% — неготовность изменить свой образ жизни. Высокая приверженность лечению отмечена у 22,1% медицинских сотрудников многопрофильной ГКБ, которая ассоциировалась с женским полом, молодым возрастом, медицинской информированностью, наличием семьи, активным образом жизни.

Группа приоритетной профилактики: медицинские работники мужского пола многопрофильной ГКБ, ведущие малоподвижный образ жизни, требующие проведения оздоровительных мероприятий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Калинина А.М., Кушунина Д.В., Горный Б.Э., Антонов К.А., Бетяева О.В., Соколов Г.Е. Потенциал профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации взрослого населения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019; 18(4): 69-76. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-69-76
2. Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В., Прокопенко Л.В., Шиган Е.Е. Реализация глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих в Российской Федерации. *Мед. труда и пром. экол.* 2015; 9: 4-10.
3. Федеральная служба государственной статистики. <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdrav17.pdf>
4. Landsbergis P.A., Travis A., Schnall P.L. High Blood Pressure. *Cardiovasc Prev.* 2013; 20 (2): 69-76.
5. Бакумов П.А., Волчанский М.Е., Зернюкова Е.А., Гречкина Е.Р., Ковальская Е.Н., Ледовская Т.И. Появление эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер. *Мед. труда и пром. экол.* 2018; (2): 30-6. DOI: 10.31089/1026-9428-2018-2-30-36
6. Недогода С.В., Верткин А.А., Наумов А.В., Барыкина И.Н., Саласюк А.С. Ожирение и коморбидная патология в практике поликлинического врача. Часть III: лечение ожирения и коморбидной патологии. *Амбулаторный прием*. 2016; 3(6): 31-42.
7. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г., Драпкина О.М., Гаврилова Н.Е., Еганян Р.А., и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские Национальные Рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018; 6: 7-122. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122
8. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины». <https://www.gnicpm.ru>.
9. Newsroom. <https://newsroom.heart.org/news/specific-jobs-linked-to-poor-heart-health-for-women>.
10. Meier, T., Gräfe, K., Senn, F. et al. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. *Eur J Epidemiol.* 2019; 34: 37-55. DOI: 10.1007/s10654-018-0473-x
11. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Мырзаматова А.О., Мука-неева Д.К., Худяков М.Б. Экономический ущерб, ассоциированный с избыточным потреблением соли в Российской Федерации в 2016 году. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019; 18(4): 62-8. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-62-68
12. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Тарасов В.И., Деев А.Д., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Драпкина О.М. Гендерные различия в характере питания взрослого населения Российской Федерации. Результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. *Российский кардиологический журнал*. 2019; 6: 66-72. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-66-72
13. Кобякова О.С. и др. Частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди врачей различных специальностей в Томской области. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020; 19. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-2239
14. Ткаченко К.Г. и др. Оценка факторов сердечно-сосудистого риска у медицинских работников городской многопрофильной больницы. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019; 18(4): 39-46. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-39-46
15. Максимов С.А., Федорова Н.В., Артамонова Г.В. Городское пространство и физическая активность – фактор риска болезни системы кровообращения. *Российский кардиологический журнал*. 2019; (9): 71-7. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-9-71-77
16. Оганов Р.Г., Драпкина О.М. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016; 15(4): 4-9. DOI: 15829/1728-8800-2016-4-4-9
17. Bassand J., Accetta G., Mahmeed W., Corbalan R., Eikelboom J. et al. Risk factors for death, stroke, and bleeding in 28,628 patients from the GARFIELD-AF registry: Rationale for comprehensive management of atrial fibrillation. *PLOS ONE*. 2013(1): e0191592. DOI: 10.1371/journal.pone.0191592
18. Tindle H., Stevenson D., Greevy R. Lifetime Smoking History and Risk of Lung Cancer: Results from the Framingham

Heart Study (published correction appears in *J Natl Cancer Inst.* 2018; 110(11): 1153.) *J Natl Cancer Inst.* 2018; 110(11): 1201-7. DOI: 10.1093/jnci/djy041

19. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Шальнова С.А. Сердечно-сосудистый риск у врачей разных специальностей. Результаты Российской многоцентровой научно-образовательной программы «Здоровье врачей России». *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2010; 9(4): 12-24.

20. Концевая А.В., Муканеева Д.К., Мырзаматова А.О., Баланова Ю.А., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020; 19. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-1-2396

21. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2019; 15(4): 450-66. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466

22. Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Деев А.Д. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии. *Кардиология.* 2017; 57(7): 35-42. DOI: 10.18087/cardio.2017.7.10004

## REFERENCES

1. Kalinina A.M., Kushunina D.V., Gornyi B.E., Antonov K.A., Betyaeva O.V., Sokolov G.E. The potential of cardiovascular diseases' prevention according to the results of dispensary examinations of the adult population. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2019; 18(4): 69-76. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-69-76 (in Russian).

2. Izmerov N.F., Bukhtiyarov I.V., Prokopenko L.V., Shigan E.E. Russian Federation implementation of WHO global efforts plan on workers' health care. *Med. truda i prom ekol.* 2015; (9): 4-10 (in Russian).

3. Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdrav17.pdf>.

4. Landsbergis P.A., Travis A., Schnall P.L. High Blood Pressure. *Cardiovasc Prev.* 2013; 20(2): 69-76.

5. Bakumov P.A., Volchanskiy M.E., Zernyukova E.A., Grechikina E.R., Kovalskaya E.N., Ledovskaya T.I. Emotional burnout in doctors and medical nurses. *Med. truda i prom ekol.* 2018; 2: 30-6. DOI: 10.31089/1026-9428-2018-2-30-36 (in Russian).

6. Nedogoda S.V., Vertkin A.L., Naumov A.V., Barykina I.N., Salasyuk A.S. Obesity and comorbid pathology in the outpatient practice of a physician. Part III: treatment of obesity and comorbid pathology. *Ambulatornyj priem.* 2016; 3(6): 31-42.

7. Boytsov S.A., Pogosova N.V., Bubnova M.G., Drapkina O.M., Gavrilo N.E., Eganyan R.A., i dr. Cardiovascular prevention 2017. Russian National Recommendations. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal.* 2018 6: 7-122. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122 (in Russian).

8. FGBU "Natsional'nyy meditsinskiy issledovatel'skiy tsentr profilakticheskoy meditsiny". <https://www.gnicpm.ru> (in Russian).

9. Newsroom. <https://newsroom.heart.org/news/specific-jobs-linked-to-poor-heart-health-for-women>.

10. Meier, T., Gräfe, K., Senn, F. et al. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the

Global Burden of Disease Study. *Eur J Epidemiol.* 2019; 34: 37-55. DOI: 10.1007/s10654-018-0473-x

11. Balanova Y.A., Kontsevaya A.V., Myrзаматова A.O., Mukaneeva D.K., Khudyakov M.B. Economic damage associated with excess salt intake of Russian people in 2016. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2019; 18(4): 62-8. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-62-68 (in Russian).

12. Karamnova N.S., Shalnova S.A., Tarasov V.I., Deev A.D., Balanova Y.A., Imaeva A.E., Muromtseva G.A., Kapustina A.V., Evstifeeva S.E., Drapkina O.M. Gender differences in the nutritional pattern of the adult population of the Russian Federation. The results of ESSE-RF epidemiological study. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal.* 2019; 6: 66-72. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-66-72 (in Russian).

13. Kobyakova O.S. et al. The frequency of risk factors for chronic noncommunicable diseases among doctors of various specialties in the Tomsk region. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2020; 19. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-2239 (in Russian).

14. Tkachenko K.G. et al. Evaluation of cardiovascular risk factors for medical workers of an urban multidisciplinary hospital. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2019; 18(4): 39-46. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-39-46 (in Russian).

15. Maksimov S.A., Fedorova N.V., Artamonova G.V. Urban space and physical activity are a risk factor for cardiovascular diseases. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal.* 2019; 9: 71-7. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-9-71-77 (in Russian).

16. Oganov R.G., Drapkina O.M. Polymorbidity: specifics of co-development and concomitance of several diseases in one patient. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2016; 15(4): 4-9. DOI: 15829/1728-8800-2016-4-4-9 (in Russian).

17. Bassand J., Accetta G., Mahmeed W., Corbalan R., Eikelboom J. et al. Risk factors for death, stroke, and bleeding in 28,628 patients from the GARFIELD-AF registry: Rationale for comprehensive management of atrial fibrillation. *PLOS ONE.* 13(1): e0191592. DOI: 10.1371/journal.pone.0191592.

18. Tindle H., Stevenson D., Greevy R. Lifetime Smoking History and Risk of Lung Cancer: Results from the Framingham Heart Study (published correction appears in *J Natl Cancer Inst.* 2018; 110(11): 1153.) *J Natl Cancer Inst.* 2018; 110(11): 1201-7. DOI: 10.1093/jnci/djy041

19. Kobalava Z.D., Kotoskaya Y.V., Shalnova S.A. Cardiovascular risk in various medical specialties. The results of the Russian multi-centre scientific and educational programme "Russian Doctors' Health". *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2010; 9(4): 12-24 (in Russian).

20. Kontsevaya A.V., Mukaneeva D.K., Myrзаматова A.O., Balanova Y.A., Khudyakov M.B., Drapkina O.M. Economic damage of risk factors associated with morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases in Russia in 2016. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.* 2020; 19. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-1-2396 (in Russian).

21. Balanova Y.A., Shalnova S.A., Imaeva A.E., Kapustina A.V., Muromtseva G.A., Evstifeeva S.V., Tarasov V.I., Redko A.N., Viktorova I.A., Prishchepa N.N., Yakushin S.S., Boytsov S.A., Drapkina O.M. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study). *Ratsional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii.* 2019; 15(4): 450-466. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466 (in Russian).

22. Fofanova T.V., Ageev F.T., Sмирнова M.D., Deev A.D. Adherence to Therapy in the Outpatient Setting: the Ability to Identify and Assess the Effectiveness of Therapy. *Kardiologiya.* 2017; 57(7): 35-42. DOI: 10.18087/cardio.2017.7.10004 (in Russian).