УДК 616-036.12

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Романова М.М., Чернов А.В., Борисова Е.А., Панина И.Л.

ГФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: mmromanova@mail.ru

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются наиболее распространенными и вносят наибольший вклад в смертность среди населения, представляют значительную проблему для клинической медицины, практического здравоохранения и социально-экономического развития стран. Проведено исследование по изучению распространенности основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, метаболических нарушений среди больных с полиморбидной патологией. Обследованы 60 человек в возрастной категории от 25 до 65 лет. Исследования проводились в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Все пациенты, ознакомившись с целями и задачами исследования, подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Применялся метод анкетирования с помощью опросников Международной программы Всемирной организации здравоохранения CINDI. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с применением компьютерных программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows; были использованы пара- и непараметрические критерии, корреляционный анализ. Согласно результатам исследования наибольшая распространенность среди поведенческих и биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний отмечалась в исследуемой группе при экзогенно-конституциональном и абдоминальном ожирении, гиподинамии, стрессе, низком потреблении овощей и фруктов. При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи между некоторыми факторами риска ХНИЗ и отдельными параметрами метаболизма. Полученные данные следует учитывать при проведении диспансерных мероприятий, при разработке, формировании и реализации программ профилактики и реабилитации в отношении пациентов с полиморбидной патологией на всех этапах оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, факторы риска, ожирение, метаболические нарушения, полиморбидность

EPIDEMIOLOGY OF RISK FACTORS FOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AND METABOLIC DISORDERS IN POLYMORBIDITY

Romanova M.M., Chernov A.V., Borisova E.A., Panina I.L.

Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko Ministry of Health of Russia, Voronezh, e-mail: mmromanova@mail.ru

Chronic non-communicable diseases (CNS) are the most common and contribute the most to mortality among the population, represent a significant problem for clinical medicine, practical health care and socio-economic development of countries. A study was conducted to study the prevalence of the main risk factors for chronic non-infectious diseases, metabolic disorders among patients with polymorbid pathology. 60 people in the age category from 25 to 65 years were examined. The research was conducted in accordance with the principles of «Good Clinical Practice». All patients, after reviewing the goals and objectives of the study, signed an informed consent to participate in this study. The method of questioning was used using questionnaires Of the international program of the world health organization CINDI. The results of the study were subjected to statistical processing using computer programs «Microsoft Excel» 5.0 and «Statistica» 6.0 for Windows; were used para-and non-parametric criteria, correlation analysis. According to the results of the study, the highest prevalence among behavioral and biological risk factors for chronic non-infectious diseases (CNS) was found in the study group in exogenous-constitutional and abdominal obesity, lack of exercise, stress, low consumption of vegetables and fruits. When conducting the correlation analysis revealed a correlation between some risk factors of chronic noninfectious diseases and certain parameters of metabolism. The obtained data should be taken into account when conducting dispensary activities, when developing, forming and implementing prevention and rehabilitation programs for patients with polymorbid pathology at all stages of medical care.

Keywords: chronic noncommunicable diseases, risk factors, obesity, metabolic disorders, polymorbidity

В современном мире хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются наиболее распространенными и вносят наибольший вклад в смертность среди населения, представляют значительную проблему для клинической медицины, практического здравоохранения и социально-экономического развития стран [1, 2].

В начале XXI века ВОЗ на Всемирной ассамблее здравоохранения была утверждена резолюция 57.17 «Глобальная стратегия ВОЗ в области здорового питания, физической активности и здоровья». В этом документе подчеркнуто, что произошли глубинные изменения в общей структуре заболеваемости и смертности населения

во всем мировом сообществе, что увеличилась распространенность неинфекционных заболеваний, на долю которых приходится более половины смертей от всех причин в мире. С учетом прогнозов о росте этих болезней в будущем перед здравоохранением всех стран мира поставлена задача профилактики и ранней диагностики ХНИЗ. Также в резолюции подчеркнуто, что здоровье является ключевой детерминантой развития и предварительным условием экономического роста, в связи с чем важны инвестиции в здоровье как важнейшее условие экономического роста и развития мирового сообщества [3]. Поэтому особую актуальность в настоящее время приобретают различные направления и методы профилактики ХНИЗ, в том числе формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика факторов риска развития ХНИЗ, с целью их последующей своевременной коррекции. Эти и другие меры, позиции и подходы в здравоохранении и других сферах жизнедеятельности человека, направленные на снижение общей заболеваемости и смертности от ХНИЗ, на увеличение активного долголетия, получили свое закрепление в ряде нормативно-правовых документов Организации Объединенных Наций, Всемирной организации здравоохранения, Российской Федерации [4, 5].

Так, в «Московской декларации ВОЗ», которая была принята на Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям ООН, подчеркнута важность объединения усилий всех государств по разработке и укреплению сотрудничества в области здравоохранения и других отраслей экономики в деле формирования программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний на всех уровнях во всех странах. А в нашей стране восемь лет назад вступил в силу Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который определил, что именно профилактика является приоритетом в сфере здравоохранения России [6].

В настоящее время известно, что на смертность в нашей стране влияют семь основных факторов риска. Это артериальная гипертензия (35,5 %), повышенный уровень холестерина (23 %), курение (17,1 %), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9 %), ожирение (12,5 %), чрезмерное потребление алкоголя (11,9 %), низкая физическая активность (9 %). Именно они в большей степени определяют и развитие ХНИЗ. Ситуация в Воронежской области в этом ключе мало отличается от среднероссийской. Кроме того, в последние годы по показателям заболеваемости взрослого населения отмечается рост таких заболеваний, как расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни эндокринной системы, на 125,2 %.

В нашей стране, несмотря на новые законы Государственной Думы, многочисленные меры и программы Правительства РФ и Министерства здравоохранения, других министерств и ведомств, на высоком уровне остается смертность среди людей трудоспособного возраста – 28 % умерших. Три четверти причин смертей в России приходится на ХНИЗ, из них более чем в половине случаев это заболевания сердечно-сосудистой системы [7]. При этом наблюдается рост распространенности полиморбидности в структуре общей заболеваемости.

В настоящее время очевидно, что снижение смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни в России возможны прежде всего благодаря профилактике хронических неинфекционных заболеваний. В то же время за счет снижения заболеваемости ХНИЗ может быть достигнуто существенное улучшение здоровья и качества жизни населения. Многие из хронических неинфекционных заболеваний являются прямым следствием нездорового образа жизни, а также вызваны неблагоприятной природной и социальной средой [8, 9]. Безусловно, их нужно своевременно предотвращать, рано выявлять и эффективно лечить.

С учетом вышеизложенного проблема изучения эпидемиологии факторов риска и метаболических нарушений у пациентов с полиморбидной патологией представляется актуальной.

Цель исследования: анализ эпидемиологии основных факторов риска, метаболических нарушений среди больных с полиморбидной патологией для оптимизации тактики ведения на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 60 человек в возрастной категории от 25 до 65 лет включительно. Средний возраст пациентов – 58,7 ± 5,4 года. Среди них 35 женщин, 25 мужчин.

Исследования проводились в соответствии с принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Все пациенты, ознакомившись с целями и задачами исследования, подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Применялся метод анкетирования с помощью опросников Междуна-

родной программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) CINDI, которые выявляют распространенность основных факторов риска.

Согласно опроснику проводилось фактическое определение уровня физической активности, а также уточнялись данные о характере, дозировках и сроках табачной и алкогольной зависимостей. К регулярно курящим согласно позиции экспертов ВОЗ мы относили пациентов, которые выкуривали каждый день хотя бы одну сигарету, и пациентов, которые бросили регулярно курить менее 1 года назад. В отношении потребляющих алкоголь были оценены согласно рекомендациям ВОЗ частота, количество, наименование алкогольсодержащих напитков, которые пациенты употребляли в течение последнего года.

Для оценки пищевого статуса проводили измерения роста, веса, окружности талии, а также определяли индекс массы тела (ИМТ) Кетле (кг/м^2). При оценке избыточной массы тела применяли общепринятую в мире классификацию ВОЗ: ожирение I степени – ИМТ = 30,0–34,9 кг/м^2, ожирение II степени – ИМТ = 35,0–39,9 кг/м^2, ожирение III степени – ИМТ = более 40,0 кг/м^2, избыточная масса тела – <25 кг/м^2 ИМТ < 30 кг/м^2. Были изучены лабораторные показатели из амбулаторных карт пациентов: креатинин, глюкоза натощак, гликированный гемоглобин, липидный спектр (ОХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП). Состояние липидного профиля пациентов оценивалось на основании «Российских рекомендаций по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (2012).

Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «Microsoft Excel» 5.0 и «Statistica» 6.0 for Windows с применением пара- и непараметрических критериев. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все полученные в ходе проведенного исследования данные были обработаны статистически. В результате выявлено, что избыточную массу тела и ожирение имели 90 % пациентов, ожирение – 58 % обследованных (рис. 1).

Проведенный анализ распространенности ожирения в разных возрастных группах обследованных пациентов показал, что она достоверно ($p < 0,05$) выше в возрастной группе 46–55 лет, где средний ИМТ составил 34,3 ± 4,6 (рис. 2).

Установлена высокая распространенность гиподинамии – 62 % пациентов, причем наиболее низкий уровень активности отмечен в подгруппе пациентов с ожирением – 71 %. Высокий уровень стресса наблюдался у 66 % пациентов: у 34 % пациентов 3–4 раза в неделю, у 32 % – несколько раз в месяц, среди больных с ожирением – в 76 % случаев. По нашему мнению, таким людям необходимо проводить оценку, анализ и коррекцию состояния аффективной сферы [10, 11].

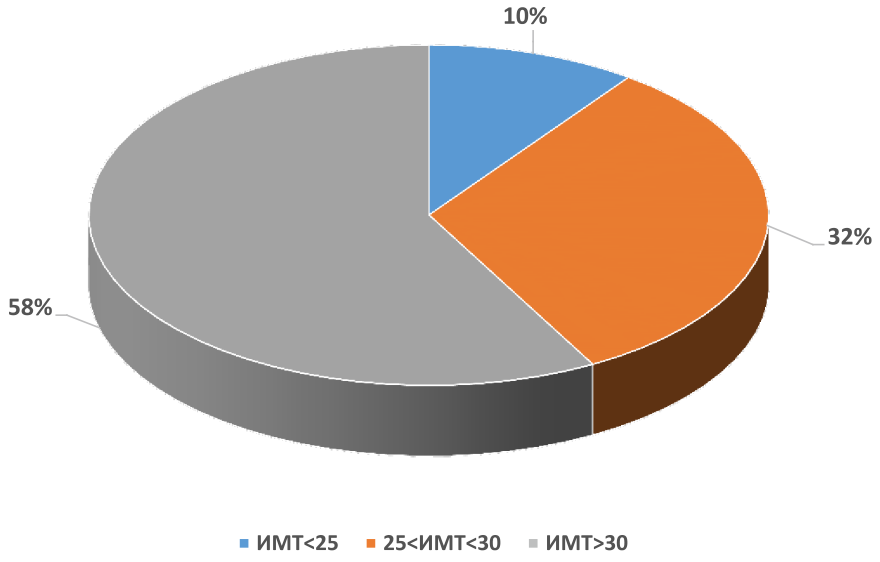

Рис. 1. Результаты оценки распространенности избыточной массы тела и ожирения среди обследованных пациентов

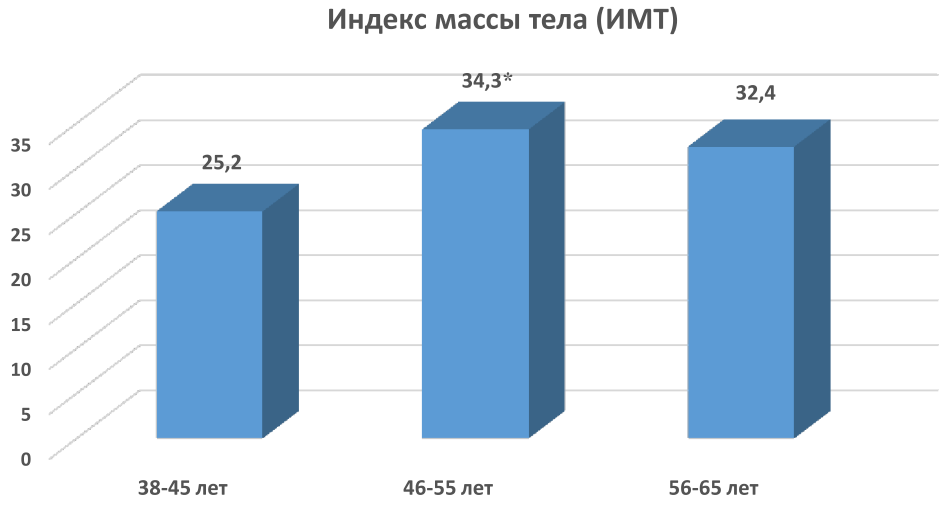

Рис. 2. Результаты оценки индекса массы тела в разных возрастных группах

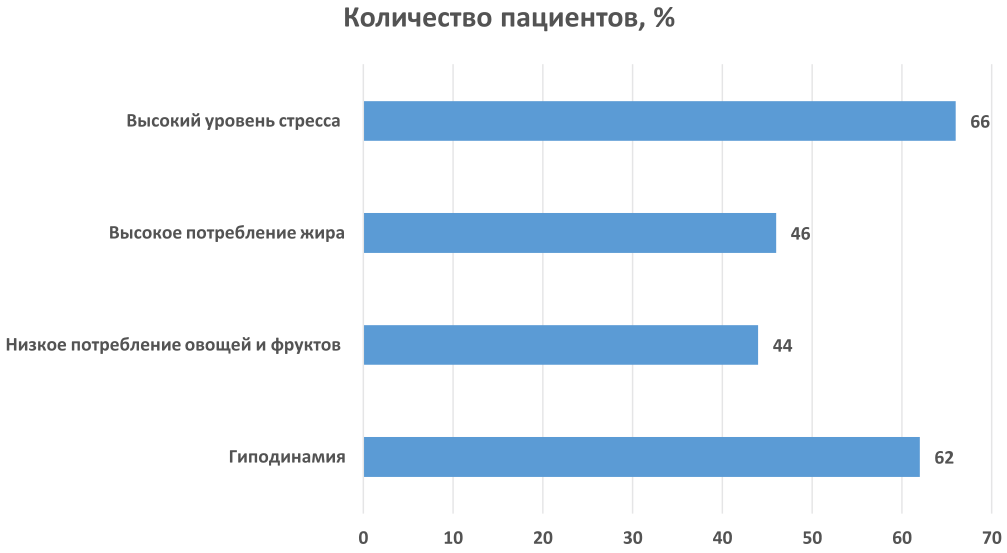

Рис. 3. Результаты анализа распространенности факторов риска среди пациентов

Употребление в пищу ниже оптимального уровня овощей и фруктов отмечалось в 44% случаев, употребление в пищу выше оптимального уровня жира – в 46% случаев, при этом в подгруппе больных с ожирением – в 56% и 58% случаев соответственно. В связи с этими данными считаем, что представляет безусловный научный и практический интерес включение в скрининговые исследования оценки вкусовой чувствительности, качества режима и суточного ритма питания [12, 13].

Результаты статистической обработки полученных в ходе опроса данных, анализ распространенности факторов риска среди обследованных пациентов представлены на рис. 3.

46% обследованных пациентов никак не снимают стресс, 32% пациентов переключаются на другой вид деятельности. Установлена низкая распространенность курения (4%), употребления алкоголя (10%). Выявлено, что половина опрошенных знают свой уровень холестерина и 78% знают свой уровень глюкозы.

Отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям отмечался в 42% случаев и проявляется чаще всего у пациентов в возрасте 56–65 лет. Высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений выявлен у 78% пациентов.

Согласно данным проведенного корреляционного анализа определены средней интенсивности (k в пределах 0,5–0,7)

прямые и обратные корреляционные связи между отдельными показателями пищевого статуса, уровнем артериального давления, показателями липидограммы и некоторыми позициями опросника CIND с высокой степенью достоверности ($p < 0,05$).

Следует отметить, что, по нашему мнению, более детально следует изучать характер питания, качество и режим питания, оценивать фактическое питание и пищевой статус всех пациентов с избыточной массой тела и ожирением, в том числе и особенно при наличии полиморбидной патологии. А также необходимо своевременно и оперативно направлять пациентов, имеющих нарушения пищевого статуса и фактического питания, в школы здоровья и в центры здоровья, в кабинеты и/или отделения профилактики для проведения с ними индивидуального и группового профилактического консультирования, а также к таким узким специалистам, как врач-эндокринолог и врач-диетолог.

Полученные результаты сопоставимы с данными предыдущих исследований [14], могут являться предметом дальнейшего, углубленного изучения.

Заключение

Таким образом, согласно полученным данным среди всех поведенческих и биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний наиболее распространены в исследуемой группе пациентов экзогенно-конституциональное и абдоминальное ожирение, гиподинамия, низкое потребление овощей и фруктов, стресс. Установлены тесные взаимосвязи между факторами риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний, показателем пищевого статуса и метаболическими параметрами. Полученные данные следует учитывать врачам всех специальностей при проведении диспансерных мероприятий, при разработке, формировании и реализации программ профилактики и реабилитации для пациентов с полиморбидной патологией на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне: методические рекомендации / Под ред. С.А. Бойцова. М., 2016. 111 с.

2. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf (дата обращения: 20.12.2019).

3. Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 57.17 от 22 мая 2004 года. [Электронный ресурс]. URL: https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Global_strategy_voz_diet.pdf (дата обращения: 20.12.2019).

4. Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Калинина А.М., Ипатов П.В. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка // Профилактическая медицина. Приложение. 2012. Т. 15. № 1. С. 3–18.

5. Задворная О.Л., Борисов К.Н. Развитие стратегий профилактики неинфекционных заболеваний // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. № 1. С. 43–49.

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный Закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. [Электронный ресурс]. URL: https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025 (дата обращения: 20.12.2019).

7. Севостьянова Е.В., Николаев Ю.А., Митрофанов И.М., Поляков В.А., Долгова Н.А. Роль факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в развитии полиморбидной патологии // Клиническая медицина. 2017. Т. 95. № 8. С. 735–741.

8. Лопатина М.В., Драпкина О.М. Грамотность в вопросах здоровья выходит на передовые позиции повестки дня в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний // Профилактическая медицина. 2018. № 21 (3). С. 31–37.

9. Мамедов М.Н., Евдокимова А.А., Токарева З.Н., Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Оценка распространенности факторов риска в случайной городской выборке мужчин и женщин // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2013. Т. 1. № 1. С. 52–60.

10. Романова М.М., Махортова И.С., Бабкин А.П., Ширяев О.Ю. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. 19. № 2. С. 197–199.

11. Ширяев О.Ю., Романова М.М., Бабкин А.П., Зуйкова А.К. Эмоциональные расстройства и синдром ночной еды у больных с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта: возможности ранней диагностики и коррекции // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20. № 2. С. 290–297.

12. Романова М.М., Бабкин А.П. Возможности оптимизации исследования вкусовой чувствительности в практическом здравоохранении и клинической практике // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2012. № 47. С. 28–32.

13. Романова М.М., Махортова И.С., Романов Н.А. Объективизация оценки качества режима и суточного ритма питания // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011. № 46. С. 32–36.

14. Филиппов Е.В., Якушин С.С., Петров В.С. Дислипидемии и их ассоциации с хроническими неинфекционными заболеваниями (исследование Меридиан-РО) // Клиницист. 2016. Т. 10. № 3. С. 32–40.