

Алламурадов Б.,

студент

6 курс, Медицинский институт

Марийский государственный университет

Россия, г. Йошкар-Ола

Алламуродов А.Х.,

студент

6 курс, Медицинский институт

Марийский государственный университет

Россия, г. Йошкар-Ола

Холиков С.Р.,

студент

6 курс, Медицинский институт

Марийский государственный университет

Россия, г. Йошкар-Ола

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАСПРОСТРАНЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация: Повышение распространённости хронических неинфекционных заболеваний и увеличение смертности по их причине стимулирует на разработку эффективных методов профилактики. На сегодняшний день мало данных о том, как влияет сочетанное действие различных факторов риска на развитие того или иного хронического заболевания, насколько повышается или понижается риск развития хронических неинфекционных заболеваний при различном сочетании факторов риска.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, хроническая обструктивная болезнь легких, модифицируемые факторы риска, дегенеративные и хронические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания.

Allamuradov B.,

Student

6th year, Institute of Medicine

Mari State University

Russia, Yoshkar - Ola

Allamurodov A.Kh.,

Student

6th year, Institute of Medicine

Mari State University

Russia, Yoshkar-Ola

Kholikov S.R.,

Student

6th year, Institute of Medicine

Mari State University

Russia, Yoshkar-Ola

THE ROLE OF RISK FACTORS IN THE SPREAD OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Annotation: *The increasing prevalence of chronic non-communicable diseases and the increase in mortality due to them stimulates the development of effective prevention methods. To date, there is little data on how the combined effect of various risk factors influences the development of a particular chronic disease, and how much the risk of developing chronic non-infectious diseases increases or decreases with different combinations of risk factors.*

Key words: *hypercholesterolemia, chronic obstructive pulmonary disease, modifiable risk factors, degenerative and chronic diseases, cardiovascular diseases.*

Роль факторов риска в распространение хронических неинфекционных заболеваний

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) обуславливают примерно 71% всех смертей в мире. К неинфекционным заболеваниям относятся сердечно-сосудистые заболевания (например, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца), онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания (например, хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет[1].

Установлены единые факторы риска (ФР) для данной группы заболеваний (курение, чрезмерное употребление алкоголя, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышение артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, гипергликемия). Проведены исследования, которые показывают роль каждого отдельного фактора риска в отношении развития ХНИЗ [4].

Однако, в реальной клинической практике встает вопрос об их взаимном влиянии факторов друг на друга: усиление или ослабление действия. В ряде работ зарубежных ученых установлено увеличение риска смерти от сердечнососудистой и онкологической патологии при сочетанном воздействии некоторых факторов риска у человека. Однако, очень важно понимать в каких комбинациях факторы риска наиболее вероятно реализуются в заболевания и угрожающие жизни состояния. Это требует разработки систем прогнозирования, которые можно будет использовать в практическом здравоохранении[5].

Факторы риска неинфекционных заболеваний

Характерной особенностью здравоохранения развитых стран мира является высокий уровень профилактической активности в борьбе с опасными для жизни неинфекционными заболеваниями. Главной целью формирования здорового образа является, в конечном счёте, предупреждение преждевременной смертности. Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, ведение здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях – важнейшие направления государственной политики Российской Федерации в области охраны здоровья. Неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, болезни органов дыхания и сахарный диабет) являются причиной более 80% всех смертей населения Российской Федерации, при этом 56% всех смертей обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями[3].

В основе развития неинфекционных заболеваний лежит группа факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем). Всемирной организацией здравоохранения определены семь ведущих факторов риска, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения, среди которых:

- повышенное артериальное давление,
- гиперхолестеринемия,
- курение,
- несбалансированное питание, недостаточное употребление фруктов и овощей,
- ожирение,

- злоупотребление алкоголем,
- низкая физическая активность.

Факторы риска могут накапливаться у индивидуумов и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от болезней системы кровообращения в 5-7 раз. На опыте многих стран мира (Финляндия, США, Великобритания, Новая Зеландия и др.) доказано, что модификация образа жизни и снижение уровня факторов риска могут замедлить развитие болезней системы кровообращения как до, так и после появления клинических симптомов[5].

Оценка факторов риска неинфекционных заболеваний

В настоящее время доказано, что широкое распространение неинфекционных заболеваний, в основном, обусловлено особенностями образа жизни и, связанными с ним, факторами риска.

Выделяют две группы факторов риска:

- модифицируемые факторы риска – коррекция факторов позволяет снизить риск развития неинфекционных заболеваний и их осложнений;
- немодифицируемые факторы риска (возраст, пол, генетическая предрасположенность), используемые для стратификации риска.

Критерии оценки основных факторов риска:

- высокая распространенность в большинстве популяций,
- достоверный независимый вклад в риск развития неинфекционных заболеваний,
- снижение риска развития неинфекционных заболеваний при контроле этих факторов.

Изменение образа жизни и снижение уровней факторов риска может предупредить или замедлить развитие заболевания.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, определение и оценка в каждой стране наиболее существенных факторов риска неинфекционных заболеваний, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики неинфекционных заболеваний[4].

В крупном международном исследовании ((INTERHEART – исследование с участием 52 стран, включая Россию, 2004-2008 гг.) по изучению потенциальных факторов риска, ассоциируемых с развитием инфаркта миокарда, была изучена роль потенциально модифицируемых факторов риска: курение, потребление алкоголя, нерациональное питание и низкое потребление овощей и фруктов, недостаточная физическая активность, ожирение, повышенное артериальное давление, повышенное содержание глюкозы в крови, повышенный уровень холестерина в крови, наличие тревожных психосоциальных факторов[2].

Научно доказано, что ассоциации риска развития инфаркта миокарда с потенциальными модифицируемыми факторами риска, являются общими для всех географических регионов и этнических групп. Совокупное влияние потенциальных факторов риска обуславливают 90% случаев развития инфаркта миокарда у мужчин и 94% – у женщин. Этот факт позволяет предположить, что подходы к профилактике могут быть основаны на одних и тех же принципах по всему миру и могут иметь механизмы управления потенциальными факторами риска, позволяющие предотвратить преждевременное развитие инфаркта миокарда у людей всех возрастов, всех географических регионов и всех этнических групп[3].

Важнейшими факторами риска преждевременной смертности населения являются высокое артериальное давление (13% от общего числа случаев смерти в мире), курение (9%), высокий уровень содержания глюкозы в крови (6%), низкая физическая активность (6%), избыточная масса тела и ожирение (5%) от общего числа случаев смерти в мире[5].

Модифицируемые факторы риска, потенциально опасные для развития сердечно-сосудистых заболеваний, имеют широкое распространение в России по данным исследований ГНИЦ профилактической медицины, распространенность фактора риска «артериальная гипертензия» составляет 40,8%. Около 40% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в отечественной популяции обусловлена повышенным артериальным давлением. Кроме того, в России отмечается значительная распространенность курения среди мужского населения (63,1%) по сравнению со странами 17 Европейского региона, где этот показатель составляет 42%. Доля курящих женщин в России значительно меньше – 9,1% (страны Европейского региона – 28%). Данные исследований отечественных ученых подтверждает факт негативного влияния курения на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Среди наиболее ожидаемых результатов реализации Глобальной стратегии в области профилактики неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья граждан ВОЗ отмечает важность реализации к 2025 году 9 добровольных глобальных целей:

- сокращение на 25% общей смертности от основных неинфекционных заболеваний;
- сокращение на 10% пагубного потребления алкоголя;
- сокращение на 10% распространенности недостаточной физической активности;
- сокращение на 30% среднего потребления населением соли/натрия;
- сокращение на 30% распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет и старше;
- сокращение на 25% распространенности случаев повышенного АД;

- увеличение на 30 % граждан с гипертонической болезнью, стабильно имеющих целевые значения уровня артериального давления;
- прекращение роста числа случаев диабета и ожирения;
- обеспечение, по крайней мере, для 50% лиц, имеющих соответствующие показания, надлежащей лекарственной терапии и консультирования врачами-специалистами для профилактики инфарктов и инсультов;
- достижение как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базовых технологий и основных лекарственных средств, необходимых для лечения основных неинфекционных заболеваний[4].

Подходы к управлению факторами риска неинфекционных заболеваний

Можно условно выделить определенные подходы к управлению факторами риска: на социальном уровне – уменьшению влияния факторов риска способствуют общественные мероприятия; на поведенческом уровне – уменьшению влияния факторов риска способствует поведение каждого человека[6].

Разделение факторов риска на отдельные группы весьма условно, так как большинство факторов риска взаимосвязаны и при одновременном действии усиливают влияние друг друга, тем самым резко повышая риск развития заболевания. В практической деятельности врачам часто приходится сталкиваться с наличием нескольких факторов риска у пациентов. При этом необходимо учитывать суммарное влияние факторов риска на состояние здоровья пациента (суммарный риск развития заболевания)[3].

Какие принципиальные особенности отличают превентивную медицину от клинической медицины? В большинстве случаев врач проводит лечение

уже имеющихся заболеваний, выявленных в процессе осмотра и обследования. Предмет превентивной медицины – не выявление причин имеющегося заболевания, а выявление условий, ведущих к появлению причин развития заболевания[2].

Врач собирает анамнез, чтобы выявить симптомы заболевания и поставить диагноз имеющегося заболевания. Врач-превентолог собирает анамнез, анализирует реальные факторы риска и делает прогноз возможного развития заболевания[5].

Обеспокоенность мирового сообщества проблемами здоровья населения отчетливо проявилась в 60-е годы XX столетия, когда экономические рычаги управления здоровьем через систему здравоохранения оказались неэффективными[6].

В начале XX века рост расходов на здравоохранение на 10% приводил к улучшению здоровья на 15%, в 1930-е гг. аналогичное увеличение 19 затрат улучшало здоровье на 8%, в 1950 гг. – на 5%, в конце 1960-х гг. – только на 3%. Именно в эти годы активно шло становление концепции факторов риска, согласно которой, здоровье зависит не только от здравоохранения и расходов на него, сколько от образа жизни с его совокупными индивидуально поведенческими особенностями, а также от качества жизни, обусловленного природными и социальными условиями жизнедеятельности [4].

Обеспечение высокого уровня здоровья включает в себя не только борьбу с болезнями, но и решение различных экологических и социальных проблем. Во многих странах это положение стало научной основой первичной профилактики неинфекционных заболеваний.

С учетом степени влияния на состояние городского населения ВОЗ условно выделяет и определяет долю влияния четырех групп факторов риска здоровья (табл. 1):

Таблица 1 – групп факторов риска здоровья

	Группы факторов риска здоровья	Доля влияния
1	Образ жизни (условия жизни, режим труда, быта, отдыха, питание, физическая культура, вредные привычки, микроклимат в семье, коллективе и пр.)	50%
2	Окружающая природная среда (природно-климатические условия, повышенное магнитное излучения, резкие смены атмосферных явлений, загрязнение атмосферного воздуха, водоемов, почвы и пр.)	25%
3	Наследственность	15%
4	Медицина и здравоохранение (качество и своевременность оказания медицинской помощи населению.)	10%

Функциональная зависимость здоровья от вышеперечисленных факторов не может быть жестко детерминированной. Вклад того или иного воздействия во многом определяется конкретной ситуацией и, в основном, распространяется 20 на городские условия жизни. Нужен более детальный анализ конкретных факторов риска для выбора наиболее действенных мер профилактики[2].

Факторы риска могут быть первичными, зависящими от социально-экономических, политических, биотических, абиотических, антропогенных условий и вторичными, зависящими от патологических состояний, способствующих возникновению и развитию заболеваний. При изучении общественного здоровья первичные и вторичные факторы, его определяющие, принято условно объединять в группы

1. Социально-экономические (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и др.)

2. Социально – биологические (возраст родителей, пол, течение антенатального периода, наследственность, наличие преморбитных состояний, хронических заболеваний и др.)

3. Экологические и природно-климатические (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень радиации и др.).

4. Организационные или медицинские (доступность, уровень, качество медицинской помощи[1]).

Среди наиболее значимых первичных факторов риска – неблагоприятные условия окружающей среды, нерациональное питание, адинамия и гиподинамия, стрессовые состояния, табакокурение, алкоголизм, токсикомании, наркомании, низкое качество медико-санитарной помощи и др[5].

Среди наиболее значимых вторичных факторов – наследственные, дегенеративные и хронические заболевания. Сложность и многообразие такого социального явления как общественное здоровье, влияние на него множества факторов риска не позволяют однозначно ответить на вопрос, о том какие же факторы являются определяющими в существенном влиянии на здоровье в тех или иных условиях жизнедеятельности индивидов или больших групп населения[3].

Многие программы исследований направлены на разработку индексов состояния здоровья, позволяющих их использовать в качестве критериев 21 эффективности оценки деятельности и развития системы здравоохранения. Во многих исследованиях используются методы математического моделирования оценки здоровья населения. Проблема необходимости углубления знаний в области разработки правовых и социально-экономических подходов к профилактике заболеваний, планирования социальной политики в этой области на основе разработки эффективных методов получения уточненных индексов популяционного здоровья становится все более очевидной [4].

Заключение

С помощью эпидемиологических методов выявляется распространенность ФР, изучается их прогноз, т.е. оценивается вклад изучаемых показателей в развитие осложнений, включая смертность от различных причин. Иными словами, проводится анализ эпидемиологической ситуации[3].

Таким образом, очевидно, что наиболее полное и раннее выявление вероятности наличия ХНИЗ, в частности, ССЗ и лиц с факторами риска их развития возможно только при массовых обследованиях населения. Применение эпидемиологических методов, характеризующихся высокой специфичностью и чувствительностью, при планировании программ таких обследований позволит повысить достоверность получаемых результатов и оптимизировать ресурсы как процедур обследований, так и последующих целенаправленных профилактических мероприятий и их объективной оценки[4].

Список литературы:

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases fact sheet [Internet]; 2018 [cited 2019 Aug 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Мамутов Р.Ш., Мамараджапова Д.А., Аминов А.А., Уринов О.У. Влияние курения на формирование смертности от основных неинфекционных заболеваний при проспективном наблюдении за популяцией мужчин 40-59 лет. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (4): 10-13. DOI: 10.15829/1728-8800-2011-4-10-13
3. Иванова А. Ю., Долгалев И. В. Формирование риска смертности в зависимости от поведенческих факторов (курение, потребление алкоголя) по

результатам 27-летнего проспективного исследования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2017; 16(5): 40-45. DOI: 10.15829/17288800-2017-5-40-45

4. Драпкина О.М., Елиашевич С.О., Шепель Р.Н. Ожирение как фактор риска хронических неинфекционных заболеваний. Российский кардиологический журнал 2016; 6(134):73-79 DOI: 10.15829/1560-4071-2016-6-7379

5. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Старовойтова Е.А., Малых Р.Д., Балаганская М.А., Загрямова Т.А. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска. Профилактическая медицина 2019; 22(2):45-50. DOI: 10.17116/profmed20192202145

6. Авалиани С.Л., Автандилов А.Г., Беляева Н.М., Борисов К.Н., Брюн Е.А., Булатников А.Н., Волкова Н.А., Задворная О.Л., Хотимченко С.А., Лоранская, И.Д., Мамедова Л.Д., Новиков Е.М., Пухаева А.А., Ракитская Л.Г., Савченко Л.М., Соболев Е.С., Степанова Н.А., Тетова В.Б., Шарафетдинов Х.Х. Формирование здорового образа жизни. Руководство – М.: Медпрактика – М, 2014. – 1129 с.