
Научные исследования

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Е.И.Адаменко, Л.А.Жилевич

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

В структуре заболеваемости и смертности в Республике Беларусь большую часть составляют основные классы хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Существуют группы факторов, причинно связанных с развитием этих заболеваний, и проведенный в 2008 году скрининг здоровья населения показал, что у половины граждан республики имеется два, а у 22,2% – три фактора риска. Устранение этих факторов должно привести к снижению заболеваемости и смертности, а наиболее эффективный подход к контролю над хроническими неинфекционными заболеваниями – участие населения в профилактических мероприятиях. Необходимо разработать национальную стратегию профилактики ХНИЗ.

Во второй половине 20-го – начале 21-го века продолжительность жизни во многих странах значительно возросла, что обусловлено ростом доходов населения, совершенствованием медицинских технологий и структуры здравоохранения, повышением уровня образования. Результатом этих процессов стало изменение возрастного состава населения в сторону увеличения доли старших возрастных групп, а также изменение структуры основных причин смертности за счет сокращения доли инфекционных заболеваний и резкого увеличения доли хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Основные классы хронических неинфекционных заболеваний составляют большую часть в структуре общей заболеваемости и смертности и развиваются под воздействием многих причин. Научные исследования, проводимые во многих странах в течение нескольких десятилетий, показали, что существует группа факторов, которые могут быть причинно связаны с развитием хронического заболевания. Устранение таких неблагоприятных факторов приводит к снижению заболеваемости и смертности.

На долю ХНИЗ в глобальном масштабе приходится 59% смертельных случаев. В Европе данный показатель составляет около 75%. Согласно результатам исследования Всемирной организации

здравоохранения (ВОЗ), проведенного в 2001 г., 98% всех смертей и 95% всех случаев заболеваний в мире были вызваны всего лишь 15 причинами, при этом лидирующее положение занимают неинфекционные заболевания. В развитых странах причиной большинства случаев преждевременной смерти и заболеваемости являются семь основных факторов риска, таких как табакокурение, избыточное потребление алкоголя, неправильное питание (соленая, жирная и сладкая пища), снижение или отсутствие физической активности, способствующее развитию отклонений в показателях липидов крови, ожирению и артериальной гипертензии.

В Республике Беларусь, как и во многих странах мира, ХНИЗ являются причиной подавляющего большинства смертельных исходов. Так, в 2008 г. в структуре смертности на долю болезней системы кровообращения приходилось 52,6%, новообразований – 13,8%, болезней органов пищеварения – 3,4%, болезней органов дыхания – 3%. Таким образом, на долю основных ХНИЗ приходилось 72,8% всех смертельных исходов. При этом в 2008 г. в Республике Беларусь наметилась положительная тенденция по снижению в структуре смертности доли основных ХНИЗ (показатель снизился на 0,6% по сравнению с 73,4% в 2007 г.). Вместе с тем, по сравнению с 2007 г.,

наблюдались рост общей (128123,1 на 100 тыс. населения; в 2007 г. – 122900,2 на 100 тыс.) и первичной заболеваемости (58871,7 на 100 тыс. населения; в 2007 г. – 57521,6 на 100 тыс.).

Анализ общей заболеваемости за 2006–2008 гг. показал, что в 2008 г. в республике отмечался постепенный рост заболеваемости по всем основным нозологическим формам. Так, заболеваемость новообразованиями в 2008 г. составила 5207,1 на 100 тыс. населения (2006 г. – 4955,9; 2007 г. – 5096,3), в том числе и злокачественными – 3386,4 (2006 г. – 3131,6; 2007 г. – 3232,6); болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ – 5853,9 (2006 г. – 5241,7; 2007 г. – 5323,5). Заболеваемость болезнями системы кровообращения составила 27653,7 (2006 г. – 23716,3; 2007 г. – 24547,2), из них: болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением – 8579,4 (2006 г. – 7028,3; 2007 г. – 7340,5); ишемической болезнью сердца – 11250,1 на 100 тыс. населения (2006 г. – 9459,3; 2007 г. – 9901,5), цереброваскулярными болезнями – 5330,9 (2006 г. – 4689,5; 2007 г. – 4797,8), при этом на фоне артериальной гипертензии – 3266,7 (2006 г. – 2627,9; 2007 г. – 2796,6). Заболеваемость болезнями органов дыхания составила 25125,7 (2006 г. – 24328,1; 2007 г. – 25115,2), из них пневмониями – 667,7 (2006 г. – 462,0; 2007 г. – 576,2); болезнями органов пищеварения – 8694,6 (2006 г. – 8529,7; 2007 г. – 8314,3), из них болезнями печени – 359,3 (2006 г. – 320,5; 2007 г. – 332,5); инфекционными болезнями – 3974,5 на 100 тыс. населения (2006 г. – 4053,4; 2007 г. – 3967,4).

Наметилась положительная тенденция по снижению общей заболеваемости болезнями нервной системы – 1324,8 на 100 тыс. населения (2006 г. – 1546,2; 2007 г. – 1432,3), реже регистрировались травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 8035,8 на 100 тыс. населения (2006 г. – 7634,9; 2007 г. – 7829,3).

Вместе с тем, наблюдался постепенный рост первичной заболеваемости среди основных нозологических форм, за исключением болезней нервной системы (2008 г. – 500 на 100 тыс. населения, 2007 г. – 510,4, 2006 г. – 552,1).

Указом Президента Республики Беларусь 2008 год был объявлен Годом здоровья. В связи с этим проведены медицинские осмотры 98,8% всего населения, что позволило осуществить скрининг здоровья населения и улучшить выявляемость ХНИЗ, но это и явилось одной из причин роста показателей общей и первичной заболеваемости.

В результате проведенных осмотров 19,9% населения признаны здоровыми, 34,6% – практически здоровыми, но имеющими в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических заболеваний или факторы риска хронических заболеваний. 45,5% имели хронические заболевания с умеренными или выраженными нарушениями функций органов и систем. На каждого пациента была заведена учетная форма, в которой отмечались такие факторы риска возникновения хронических заболеваний, как табакокурение, избыточное потребление алкоголя, гиперхолестеринемия, избыточная (ИМТ \geq 29,0 кг/м²) и недостаточная (ИМТ $<$ 18,5 кг/м²) масса тела, артериальная гипертензия. Проведена стандартизованная оценка риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, отмечена отягощенная наследственность в отношении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

По результатам всеобщего охвата населения медицинскими осмотрами в 2008 году, в начале 2009 г. осуществлен анализ распространенности факторов риска в белорусской популяции.

Цель анализа – определение распространенности факторов риска среди взрослого населения Республики Беларусь для дальнейшей разработки национальной стратегии профилактики ХНИЗ.

Методом случайной выборки проанализированы 1346 учетных форм из разных регионов республики. Изучены следующие факторы риска неинфекционных заболеваний: табакокурение, избыточное потребление алкоголя, дислипидемия, избыточная и недостаточная масса тела, артериальная гипертензия, а также отягощенная наследственность в отношении сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Анализ показал, что среди осмотренных курят 44,5% пациентов, 80,6% из них находятся в трудоспособном возрасте. Избыточный вес и ожирение имеют 41,8% (из них в трудоспособном возрасте – 62,9%), при этом высокий уровень холестерина зарегистрирован у 31,1% (из них лица трудоспособного возраста составили 52%). Пониженное питание (ИМТ $<$ 18,5 кг/м²) наблюдалось у 9,6% (из них 74,4% составили лица трудоспособного возраста). Алкоголем злоупотребляют 7,0% пациентов (из них более половины (55,8%) находятся в трудоспособном возрасте). Артериальная гипертензия была диагностирована у 28,5% осмотренных (68% из них составляют лица трудоспособного возраста). Большинство осмотренных имеют средний риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (47,9%), высокий

риск был зафиксирован у 13,7% пациентов. Лица трудоспособного возраста также чаще имеют средний риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний – 51,9%, высокий риск имеется у 8,7%. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям наблюдается у 36,5% пациентов (70% из них – лица трудоспособного возраста), по онкологическим заболеваниям – у 15,2% пациентов (69% из них – лица трудоспособного возраста).

Заслуживает внимания тот факт, что более половины (55,3%) осмотренного населения (72,9% – лица трудоспособного возраста) имеют два фактора риска возникновения ХНИЗ, а 22,2% (из них 71,6% – лица трудоспособного возраста) имеют три фактора риска.

Проведен анализ распространенности факторов риска ХНИЗ в двух селективных группах: среди лиц, которые признаны здоровыми, но имеют в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических или факторы риска ХНИЗ (группа 1 из 467 человек), и среди пациентов, имеющих ХНИЗ (группа 2 из 879 пациентов).

Анализ показал, что в группе 1 курят 72,8% осмотренных, из них лица трудоспособного возраста составляют 64%. Достоверно больше курят жители села ($\chi^2= 19,097$, $P=0,000$), особенно трудоспособного возраста – 85,8%. Мужчины среди курящих составляют 77,6%, из них 87% в трудоспособном возрасте.

Избыточная масса тела и ожирение диагностированы у 54,4% осмотренных, 69,7% из них находятся в трудоспособном возрасте. Достоверно чаще индекс массы тела (ИМТ) $\geq 29,0$ кг/м² встречается у женщин ($\chi^2= 21,916$, $P=0,000$), 68,3% из них находятся в трудоспособном возрасте. Жители города с избыточной массой тела составляют 58,1% ($P=0,015$) (из них 82,4% находятся в трудоспособном возрасте).

Гиперхолестеринемия наблюдалась у 37,3% осмотренных. Достоверных различий в уровне холестерина между жителями города и села, мужчинами и женщинами не отмечено ($P=0,068$ и $P=0,876$ соответственно).

Пониженное питание встречалось у 16,5% лиц этой группы, 68,8% лиц с ИМТ $< 18,5$ кг/м² находились в трудоспособном возрасте. Достоверно чаще пониженное питание встречалось у мужчин ($\chi^2= 16,076$, $P=0,000$).

Артериальная гипертензия как фактор риска у лиц, не имеющих хронических заболеваний, зафиксирована у 18,2%, одинаково часто встречаясь у мужчин и женщин ($P=0,526$), но достоверно чаще – у жителей села ($\chi^2= 6,925$, $P=0,009$).

Алкоголем в этой группе пациентов злоупотребляли 12,2%, достоверно больше ($\chi^2= 16,320$, $P=0,000$) – жители села (61,4%), мужчины составляли 84,2% (из них 64,6% находились в трудоспособном возрасте).

Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям наблюдалась у 48,4% лиц этой группы, по онкологическим заболеваниям – у меньшего количества осмотренных – 16,9%, достоверные различия между жителями города и села, мужчинами и женщинами не зарегистрированы.

Следует отметить, что два фактора риска имели 66,8% осмотренных в этой группе, одинаково часто мужчины и женщины, однако достоверно чаще два фактора риска ХНИЗ встречались у жителей села ($\chi^2= 4,978$, $P=0,026$). Три фактора риска имели 24,4%, они встречались с одинаковой частотой у жителей города и села, достоверно чаще у женщин ($\chi^2=4,685$, $P=0,030$).

Среди пациентов, имеющих ХНИЗ (группа 2), курили 29,9%, из них лица трудоспособного возраста составляли 70,8%. Достоверно чаще курили в этой группе мужчины ($\chi^2= 145,322$, $P=0,000$), из них 70,4% находились в трудоспособном возрасте. Достоверные различия между жителями города и села не отмечались.

Избыточной массой тела и ожирением страдали 34,8% пациентов, из них 37,3% находились в трудоспособном возрасте, достоверно чаще – это женщины ($\chi^2= 11,140$, $P=0,000$). Высокий уровень холестерина наблюдался у 27,9% пациентов (из них 44,5% находились в трудоспособном возрасте), у жителей города – достоверно чаще ($\chi^2= 6,423$, $P=0,011$), различия между мужчинами и женщинами не установлены. Недостаточную массу тела имели 6% пациентов, одинаково часто она встречалась у жителей города и села, мужчин и женщин.

Алкоголем злоупотребляли 4,3% пациентов, имеющих хронические заболевания, из них 39,5% находились в трудоспособном возрасте. Достоверно чаще злоупотребляли алкоголем мужчины ($\chi^2= 13,636$, $P=0,000$) и жители села ($\chi^2= 4,071$, $P=0,044$).

Артериальная гипертензия диагностирована у 34% пациентов этой группы. Женщины имеют артериальную гипертензию достоверно чаще ($\chi^2=5,240$, $P=0,022$), вместе с тем, достоверных различий между жителями города и села не наблюдалось. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям имела у 30,1% пациентов, по онкологическим заболеваниям – у 14,3%, одинаково часто встречаясь у мужчин и женщин, жителей города и села.

Два фактора риска неинфекционных заболеваний имели 49,2% пациентов, из них находились в трудоспособном возрасте 68,3%. В этой группе два фактора риска ХНИЗ достоверно чаще встречались у жителей города ($\chi^2=15,765$, $P=0,000$) и мужчин ($\chi^2=4,750$, $P=0,000$).

Три фактора риска неинфекционных заболеваний наблюдались у 21% пациентов, достоверных различий между мужчинами и женщинами, жителями города и села не установлено.

Проведен сравнительный анализ распространенности факторов риска между двумя группами, который показал, что среди лиц, которые признаны здоровыми, но имеют в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических заболеваний или факторы риска ХНИЗ, достоверно чаще отмечаются табакокурение ($\chi^2=220,065$, $P=0,000$), ИМТ $\geq 29,0$ кг/м² ($\chi^2=4,750$, $P=0,000$), гиперхолестеринемия ($\chi^2=12,099$, $P=0,000$), недостаточная масса тела ($\chi^2=30,120$, $P=0,000$), злоупотребление алкоголем ($\chi^2=36,646$, $P=0,000$), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям ($\chi^2=43,033$, $P=0,000$), два фактора риска ($\chi^2=37,296$, $P=0,000$). Артериальная гипертензия достоверно чаще встречалась у лиц, имеющих хронические заболевания ($\chi^2=36,636$, $P=0,000$).

С целью изучения информированности населения о факторах риска ХНИЗ в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения республики осуществлен социологический опрос 972 граждан старше 18 лет.

Пациентам было предложено выбрать один наиболее, с их точки зрения, значимый для развития заболеваний фактор риска. Ответы пациентов распределились следующим образом: 17,3% опрошенных наиболее важным фактором риска считают избыточную массу тела и ожирение; по 16,4% опрошенных – курение и артериальную гипертензию; 15,8% – гиперхолестеринемия, связанную с неправильным питанием; 10,8% – злоупотребление алкоголем; 8,6% – отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям; 8,3% – отягощенную наследственность по онкологическим заболеваниям; 7% опрошенных – гиподинамию.

Эти данные свидетельствуют об осведомленности пациентов о факторах риска и их значимости в развитии ХНИЗ.

Пациенты также были опрошены на предмет того, какой из факторов риска ХНИЗ, по их мнению, легче всего изменить самостоятельно. 30,1% опрошенных считали, что проще всего отказаться от курения; 21% – от злоупотребления алкого-

лем; 20,3% – от гиподинамии; 11,4% опрошенных считали, что им проще всего изменить питание и уменьшить уровень холестерина; 8,9% – избавиться от ожирения.

При этом, только 2,1% опрошенных считали, что они в состоянии контролировать артериальную гипертензию.

Выводы

Таким образом, почти половина населения республики имеют такой фактор риска, как табакокурение. Чаще курят лица, не имеющие ХНИЗ, в трудоспособном возрасте, мужчины, сельские жители. Избыточная масса тела и ожирение достоверно чаще наблюдаются у женщин.

Треть граждан имеют уровень холестерина выше нормы, при этом гиперхолестеринемия чаще диагностируется у женщин.

Недостаточная масса тела встречается преимущественно у лиц трудоспособного возраста, достоверно чаще у мужчин.

Удельный вес злоупотребления алкоголем невелик, однако чаще злоупотребляют алкоголем жители села, и в 3 раза чаще злоупотребляют мужчины.

Артериальная гипертензия встречается у трети пациентов, чаще у пациентов, имеющих в анамнезе хронические заболевания.

Чаще встречается отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, чем по онкологическим, при этом более осведомлены о своей наследственности лица, которые признаны здоровыми, но имеют в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических заболеваний или факторы риска ХНИЗ.

Заслуживает внимания высокая частота распространенности одновременно двух и более факторов риска неинфекционных заболеваний, особенно в группе пациентов трудоспособного возраста.

Достоверно чаще факторы риска ХНИЗ встречаются в группе лиц, которые признаны здоровыми, но имеют в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических или факторы риска ХНИЗ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что основное внимание в профилактике ХНИЗ должно быть направлено на группу лиц, которые имеют в анамнезе острые заболевания с высоким риском развития хронических или факторы риска ХНИЗ, и на группу лиц трудоспособного возраста.

Наиболее эффективный и устойчивый подход к осуществлению контроля над ХНИЗ в системе общественного здравоохранения – участие населения в профилактических мероприятиях.

В последние годы в республике отмечена положительная тенденция в формировании здорового образа жизни. Заметно вырос интерес населения к профилактике развития хронических заболеваний. Активно ведется пропаганда здорового образа жизни через средства массовой информации, отделения профилактики в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения, массовые акции с участием населения, беседы с пациентом на приеме у врача.

Общность факторов риска ХНИЗ и определенная управляемость ими могут служить основой для разработки объединенных межсекторальных подходов к профилактике заболеваний, где должны быть задействованы многие составляющие: здравоохранение, образование, средства массовой информации, спорт, управленческие структуры, городское и сельское хозяйство.

Конечной целью политики в области здравоохранения является предупреждение возникновения, неблагоприятного течения целого ряда заболеваний. Для достижения этой цели должны быть разработаны новые научно обоснованные методологические подходы к профилактике заболеваний, укреплению здоровья и, в конечном счете, к управлению здоровьем, что позволит развить доказательную теоретическую и практическую базу для усиления профилактического направления в политике охраны здоровья населения.

Стратегия сокращения бремени ХНИЗ должна быть нацелена на главные хронические заболевания (сердечно-сосудистые, болезни органов пищеварения, хронические неспецифические болезни легких, болезни органов мочевыделительной системы и диабет), фокусируясь на основных факторах, связанных с образом жизни (курение,

нерациональное питание, физическая активность, алкоголь, избыточная масса тела), должны применяться основные объединенные стратегические подходы (сокращение риска для всего населения – популяционная стратегия, сокращение индивидуального риска, использование возможностей первичной медико-санитарной помощи и других служб здравоохранения, в том числе и смежных служб). Указанные мероприятия должны координироваться в ходе реализации главных стратегических направлений (политика по контролю ХНИЗ, развитие программ профилактики, мониторинг, наблюдение и оценка).

ANALYSIS OF PREVALENCE OF MAJOR RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Ye.I.Adamenko, L.A.Zhilevich

In the Republic of Belarus main classes of chronic non-infectious diseases constitute a greater part in the structure of morbidity and mortality. There exist groups of factors, which have common causes in the development of these diseases. Screening of the population health, carried out in 2008, demonstrated that a half of citizens of the republic had two risk factors and 22.2% of the population had three risk factors. The elimination of these factors will result in the decrease of morbidity and mortality. The most efficient approach to the control of chronic non-infectious diseases is a participation of the population in the prevention activities. A national strategy on the control of chronic non-infectious diseases should be developed.

Поступила 20.01.2010 г.