

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛАПАЕВСКОГО РАЙОНА И ГОРОДА АЛАПАЕВСКА СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЁННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ)

Русанова М.Ю., Шардин С.А., Подгаева В.А., Шардина Л.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения
Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью, г. Екатеринбург*

Выявление в процессе диспансеризации пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями факторов риска их возникновения и развития играет важную роль в сохранении здоровья сельского населения. Меры по совершенствованию и повышению качества клинического обследования населения вместе с последующей эффективной организацией ему медицинской помощи вносят реальный вклад в профилактический компонент деятельности участкового терапевта.

Ключевые слова: факторы риска, группы здоровья, хронические неинфекционные заболевания.

The prevalence of risk factors for chronic noncommunicable diseases in rural areas (for example, Alapaevsk district, according to the results of clinical examination of certain of the adult population)

Rusanova M.Y., Shardin S.A., Podgaeva V.A., Shardina L.A.

Ural State Medical University, Ykaterinburg

The study found that the efficiency of clinical examination plays an important role in maintaining the health of the rural population. Measures of quality improvement organization of clinical examination together with efficient organization of follow-up, will bring real prevention component in the practice of the local therapist.

Keywords: risk factors, health groups, chronic non-communicable diseases.

Актуальность настоящего исследования связана с демографической ситуацией в Российской Федерации (РФ) среди сельского населения, которая в настоящее время характеризуется высокими показателями смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, и понижением уровня рождаемости на фоне роста продолжительности жизни и увеличения численности лиц пожилого возраста [1].

Основными причинами утраты трудоспособности и увеличения смертности в РФ являются такие неинфекционные заболевания, как патология системы органов кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и сахарный диабет [2]. Чрезвычайно важно отметить, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, в частности, повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, табакокурение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение.

Особое значение для российского общества в последнее время стали приобретать охрана и укрепление здоровья населения, проживающего в условиях сельской местности. Почти треть населения России (на 1 января 2015 года. - 37,9 млн. человек) проживает в сельской местности, где уровень и качество жизни населения в целом существенно отстают от таковых в городах. Причины данного негативного обстоятельства связаны со снижением доступности медицинской помощи жителям села, ограничением возможности оказания им квалифицированной и специализированной помощи, удалённостью и труднодоступностью многих районов, неудовлетворительным дорожно-транспортным сообщением, высокой стоимостью проезда до центральных районных больниц и т.д.

Изучая состояние здоровья сельского населения, мы можем оценить его как критическое, требующее принятия неотложных мер по его охране и укреплению. Успешное решение данной актуальной проблемы неразрывно связано с развитием диспансеризации населения как важнейшего и доступного для здравоохранения метода профилактики заболеваний. Наиболее активные перемены в плане совершенствования мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в Российской Федерации начались в 2013 году с внедрения в практику диспансеризации взрослого населения на новых методологических и организационных основах [3].

Цель работы

В контексте изложенного цель настоящего исследования заключается в сравнительной оценке у сельских жителей Алапаевского района и лиц, проживающих в городе Алапаевске Свердловской области, особенностей структуры определённых групп взрослого населения и распространённости выявляемых в них факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, осуществлённой в 2015-м году в ходе диспансеризации.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено методом сбора и экспертного анализа материалов анкетирования пациентов согласно Приложению № 1 к Приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 16 января 2014 года № 34-п, а также изучения ежемесячного мониторинга результатов диспансеризации в Алапаевской ЦРБ и городе Алапаевске. Изучалась структура выявленных заболеваний в соответствии с учётной формой 131/0 (таблица 5000) и факторами риска развития ХНИЗ (таблица 4000). В зависимости от характера полученных данных осуществлено распределение прошедших диспансеризацию граждан по группам здоровья с учётом выявления ХНИЗ и факторов риска (таблица 7000), оценён охват обследованных лиц мерами первичной и вторичной профилактики (углублённое профилактическое консультирование).

В настоящее время одной из основных задач диспансеризации, как известно, является определение группы здоровья у каждого гражданина, необходимое для выбора профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий. Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья у гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии [4]:

I группа состояния здоровья – это граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний, или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно–сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу каких-либо других заболеваний (состояний).

II группа состояния здоровья – это граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, однако имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно–сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу каких-либо других заболеваний (состояний).

III группа состояния здоровья – это граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), в связи с чем нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Одним из основных критериев эффективности диспансеризации взрослого населения считается увеличение числа граждан, относящихся к I-й группе здоровья, и уменьшение числа граждан из II-й и III-й групп здоровья [5].

Обработка полученных нами данных базировалась на методах описательной статистики с расчётом средних и относительных величин и оценкой статистической достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В Алапаевской ЦРБ в 2015 году диспансеризацией было охвачено 4775 жителей сельского населения, тогда как в самом Алапаевске - 7749 лиц из числа горожан. Уровень обнаружения ХНИЗ в 2015 году оказался достоверно выше в Алапаевском районе, чем в городе Алапаевске ($p < 0,05$). Сопоставляя сведения о впервые выявленной патологии, можно отметить лидирующие позиции артериальной гипертензии у городского населения, в то время как сахарного диабета, ишемической болезни сердца, онкологии и глаукомы - у жителей сёльской местности ($p < 0,05$).

Диагностика ранних форм болезней и предотвращение осложнений, связанных с запущенностью имеющейся патологии, как известно - один из критериев эффективности диспансеризации. Анализируя количество граждан, имеющих факторы риска развития ХНИЗ, нами установлен целый ряд негативных факторов, среди которых по частоте встречаемости у сельского населения первое место занимает нерациональное питание (29,5%; $p < 0,05$), второе - курение (22,8%), третье - низкая физическая активность (20,6%) и четвёртое - артериальная гипертензия (18%). Частота встречаемости факторов риска ХНИЗ у городского населения выглядят иначе: на лидирующих позициях находится курение (30,9%; $p < 0,05$), на втором - повышенное артериальное давление (25,2%), на третьем - нерациональное питание (23,5%) и на четвёртом месте - избыточная масса тела (21%).

Считается доказанным, что распространённость факторов риска развития основных ХНИЗ среди населения связана непосредственно с уровнем смертности от них. При этом опыт большого числа стран мира свидетельствует о том, что мероприятия, направленные на снижение распространённости факторов риска, обуславливают снижение смертности в среднем на 55% [2].

Следовательно, анализируя выявленные факторы риска, мы видим необходимость воздействия на указанные факторы риска и проведения профилактического (краткого

или углублённого) консультирования пациентов. Активные профилактические вмешательства позволяют достаточно быстро и в значительной мере снизить вероятность развития практически у каждого конкретного человека опасных ХНИЗ, а у лиц, уже страдающих указанной патологией, - существенно уменьшить как тяжесть течения заболевания, так и риск возникновения осложнений.

Как уже указывалось выше, сегодня в целях определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья у гражданина и планирования тактики медицинского наблюдения за ним используются специально разработанные критерии. Одним из основным критериев эффективности диспансеризации взрослого населения является увеличение числа граждан, относящихся к I-й группе здоровья, и уменьшение числа граждан во II-й и III-й группах [4].

Оценивая результаты диспансеризации, можно прийти к заключению о том, что число граждан первой группы здоровья в районе оказалось статистически значимо выше на 7,4% ($p < 0,05$), чем в городе, а число граждан второй группы в районе – достоверно ниже на 19% ($p < 0,05$).

Таким образом, есть основания констатировать заметное повышение эффективности проведения диспансеризации взрослого сельского населения в Алапаевской ЦРБ в 2015 году, в сравнении с таковой в городе Алапаевске. Очевидно, именно такая тактика может приводить, во-первых, к снижению уровня посещаемости врача гражданами в связи с обострением у них тех или иных заболеваний и, во-вторых, к уменьшению числа вызовов скорой помощи, а также госпитализаций и случаев инвалидизации пациентов. Однако самое главное возможное достижение диспансеризации взрослого населения села – это снижение количества предотвратимых смертей на участке.

Анализируя полученные нами данные, касающиеся впервые выявленной патологии среди населения города Алапаевска и жителей сельской местности Алапаевского района, в структуре установленных заболеваний можно отметить лидирующие позиции артериальной гипертензии у городского населения, а сахарного диабета, ИБС, онкологической патологии и глаукомы - у сельских жителей ($p < 0,05$).

Сравнивая выявленные факторы риска развития ХНИЗ, нами установлено, что у сельского населения по частоте встречаемости первое место занимает нерациональное питание (29,5%; $p < 0,05$), второе - курение (22,8%), третье – низкая физическая активность (20,6%) и четвёртое – артериальная гипертензия (18%). Среди выявленных факторов риска у городского населения по частоте встречаемости на первом месте

находится курение (30,9%; $p < 0,05$), на втором - нерациональное питание (23,5%) и на третьем – избыточная масса тела (21%).

Выводы

1. На основании полученных нами данных, касающихся распространённости факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и анализа их структуры, в качестве приоритетного направления медицинской профилактики среди сельского населения необходимо рассматривать такие обстоятельства, как здоровое питание, отказ от курения, занятия физической культурой и спортом, а также увеличение числа школ здоровья и совершенствование их деятельности. Повышение эффективности диспансеризации определённых групп взрослого населения с позиций превентивной медицины будет иметь следствием улучшение состояния здоровья жителей не только города Алапаевска, но и сёлчан.

2. Важную роль, как с научной, так и практической точек зрения в ходе изучения рассматриваемой проблемы сыграет и учёт гендерного фактора.

Список литературы

1. Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года (распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2015 г. № 151-р).
2. Медико-демографические показатели населения Российской Федерации в 2011 г. / Минздрав России // М., 2013.
3. Бойцов С.А. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / С.А. Бойцов, С.В. Вылегжанин, Ф.А. Гилёва и др. // Профилактическая медицина, 2013. - № 2 (16). – С.3-12.
4. Шардин С.А. Пол, возраст и болезни: Введение в инфлогенитологию / С.А. Шардин // Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1994. – 174 с.

Русанова Марина Юрьевна - аспирант кафедры управления сестринской деятельностью, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра Управления сестринской деятельностью, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, тел. 89068079155, e-mail: z34394@mail.ru .