**Анализ и мониторинг результатов данных медико-социологического исследования коморбидных пациентов, прошедших комплексное скрининговое обследование в «Центре здоровья» ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола»**

В последние годы врачи все больше сталкивается с пациентами не с одним заболеванием, а с сочетанной патологией. Это называется коморбидностью — от латинских слов «coniunctim» и «morbus» — «совместно» и «болезнь». Коморбидность — сосуществование двух или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени. Сам термин «коморбидность» был предложен в 1970 году американским врачом-эпидемиологом и исследователем Alvan R. Feinstein (А.Р. Фейнштейн). Он подразумевал под коморбидностью наличие сопутсвующей клинической картины, которая проявляется помимо текущего заболевания и отличается от него.

Наличие сочетанной патологии является распространенной проблемой во всем мире. С целью создания единой концепции лечения и прогнозирования жизни пациентов с сочетанными заболеваниями были разработаны методы измерения коморбидности.

 Одним из основных методов подхода к лечению коморбидных пациентов является оценка качества жизни, функционального статуса, прогноза, затрат на лечение. Для этой цели разработаны шкалы и индексы, позволяющие стратифицировать больных по уровню коморбидности

 В настоящее время коморбидность — это отдельное научно-исследовательское направление. Изучение коморбидности крайне актуально в связи с тем, что :

1)коморбидность носит пандемический характер и приобретает все большее прогностическое значение Число полиморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом — с 10 % в возрасте до 19 лет до 80 % у лиц 80 лет и старше, что естественно. По данным отечественных исследователей, основанных на патологоанатомических материалах, частота полиморбидности составляет 94,2 %. Наиболее часто в работе врача встречаются комбинации из двух и трех нозологий, но в единичных случаях (до 2,7 %) у одного пациента сочетаются до 6–8 болезней одновременно.

2)коморбидность обуславливает сложность диагностики, выбора первоочередной стратегии лечения, тактики ведения больных и профилактики осложнений сочетанных заболеваний;

3) коморбидность является независимым ФР летального исхода и существенно влияет на прогноз заболевания и качество жизни.

Существует ряд правил **формулировки клинического диагноза** коморбидному больному, которые следует соблюдать практикующему врачу:

Основным правилом является выделение в структуре диагноза **основного** и **фоновых** заболеваний, а также их **осложнени**й и **сопутствующей** патологии.

1.Выделяется **основное заболевание** — та нозологическая единица, которая обусловливает первоочередную необходимость лечения в связи, с наибольшей угрозой жизни или трудоспособности.

2. **Конкурирующие заболевания** — это имеющиеся одновременно у больного нозологические формы, в равной степени отвечающие критериям основного заболевания. Фоновое заболевание способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, способствует развитию осложнений. Данное заболевание, также, как и основное, требует безотлагательного лечения.

3. **Осложнения** патогенетически связаны с основным заболеванием способствуют неблагоприятному исходу и вызывают резкое ухудшение состояния больного. В ряде случаев осложнения основного заболевания, связанные с ним общностью этиологических и патогенетических факторов, обозначают как сопряженные болезни

4. **Остальные заболевания**, имеющие место у пациента, перечисляются в порядке значимости.

5. **Сопутствующее заболевание** не связано этиологически и патогенетически с основным заболеванием.

**Структура коморбидной отягощенности**



По оси абсцисс – частота встречаемости(%);

По оси ординат – коморбидность органов и систем, наименование.

Цветом отмечена тяжесть течения патологии соответствующих органов и ситем:

0 баллов (патология отсутствует) – зеленый;

1 балл (легкое течение) – желтый;

2 балла (средняя тяжесть течения) – оранжевый;

3 балла (тяжелое течение) – красный;

4 балла (крайне тяжелое течение) – черный.

 Специалистами отдела мониторинга факторов риска ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола» проведено медико-социологическое исследование (анкетирование) среди коморбидных пациентов разновозрастных групп населения Старооскольского городского округа, прошедших комплексное скрининговое обследование в «Центре здоровья» по анкете, разработанной согласно методическим рекомендациям ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России «Выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний»(базовый модуль).

**Цель исследования** - изучить распространённость поведенческих факторов риска развития ХНИЗ среди разновозрастных групп населения Старооскольского городского округа.

 **Объект исследования** - факторы риска - отклонения в состоянии здоровья.

**Предмет исследования** - результаты анонимного анкетирования.

В соответствии с указанной целью специалистами отдела мониторинга факторов риска ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола» были поставлены следующие задачи:

1. Провести анонимное анкетирование;

2. Проанализировать проведенное анкетирование, выявить факторы риска и их потенциальное влияние на состояние здоровья респондентов.

 Результаты статистической обработки анкет изложены в виде таблиц и диаграмм обеспечивающих наглядность и дающих возможность количественной и качественной характеристики анализа полученных данных.

Задействовано 1144 респондентов в возрасте 18-60 лет и старше (из них женщин - 727 человек, мужчин – 417 человек).

**Итоговые таблицы и анализ результатов**

**Таблица 1 Распределение респондентов по возрасту**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Респонденты** | **Возраст (лет)** | **Всего** |
| **18-25** | **26-35** | **36-45** | **46-60 и старше** |
| Число респондентов  | 214 | 153 | 134 | 643 | 1144 |
| Распределение (%) | 19 | 13 | 12 | 56 | 100 |

**Диаграмма1 Распределение респондентов по возрасту в процентном соотношении**

В процессе подсчета и анализа результатов выявлены следующие факторы риска ХНИЗ в процентном соотношении:

**Таблица 2 Распространенность выявленных факторов риска**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Факторы риска ХНИЗ | Распространенность в % | Ранжирование ФР по их распространенности |
|  Риск развития сердечно -сосудистых заболеваний ( Z 03.5) | 52 | 1 |
| Риск развития артериальной гипертензии (R03) | 44 | 2 |
| Нерациональное питание (Z72.4) | 43 | 3 |
|  Гиподинамия (недостаточная физическая активность (Z72.3) |  42 | 4 |
|  Гиперхолестеринемия (Е 78) | 26 | 5 |
|  Избыточная масса тела (R 63.5) | 23 | 6 |
|  Ожирение (Е 66) | 18 | 7 |
|  Курение(Z72.0) | 15 | 8 |
|  Глюкоза (R73 | 6 | 9 |
|  Риск пагубного употребления алкоголя (Z72,1 | 3 | 10 |

**Диаграмма2 Распространенность выявленных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.**

Важно отметить, что в данной кластерной выборке лидирующее место занимает - риск развития сердечно -сосудистых заболеваний.

**Таблица 2 Фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний**

Общее число в референтной группе – 1144 респондентов. Фактор риска развития середечно – сосудистых заболеваний у 595 респондентов (52%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска развития ССЗ** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 62 | 45 | 78 | 410 |
| Распределение (%) | 10 | 8 | 13 | 69 |

*Анализ результатов* в данной репрезентативной выборке у респондентов, прошедших медико – социологическое исследование на первом месте выявлен фактор риска развития сердечно – сосудистых заболеваний, учитывая возрастную градацию. Улиц старшего возраста данный фактор в 6,9 раза выше, чем у лиц молодого возраста.

**Таблица 3 Фактор риска «Нерациональное питание»**

Общее число в референтной группе – 1144 респондентов. Фактор риска нерациональное питание у 481 респондента (42%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска нерациональное питание** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 68 | 33 | 52 | 328 |
| Распределение (%) | 14 | 7 | 10 | 69 |

 *Анализ результатов:* в данной референтной группе нерациональное питание является одним из лидирующих факторов риска, каждый второй референт считает свой рацион несбалансированным и кратность увеличивается согласно возрасту.

**Таблица 4 Фактор риска «Повышенное артериальное давление»**

Общее число в данной референтной группе – 1144 респондентов, риск по артериальному давлению у 493 участников (44%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска повышенное АД >140/90 мм.рт .ст** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов |  | 59 | 145 | 269 |
| Распределение (%) |  | 12 | 33 | 55 |

*Анализ результатов:* в возрастной группе 46- 60 и старше фактор риска артериальная гипертензия определяется практически у каждого второго респондента.

На вопрос «Говорил ли врач, когда – либо, что у Вас повышенное артериальное давление?» -493 (44%) респондентов ответили «Да».

**Таблица 5 Фактор риска «Гиперхолестеринемия»**

Общее число в референтной группе –1144 респондентов, фактор риска гипергликемия отмечен у 297 исследуемых (26%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска гипергликемия** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 6 | 11 | 38 | 242 |
| Распределение в (%) | 2 | 4 | 12 | 82 |

*Анализ результатов: п*овышенный уровень холестерина крови у участников проводимого медико – социологического исследования, увеличивается соответственно возрасту, В возрастной группе 46 – 60 и старше составляет 82% от всех лиц ,выявленных с гиперхолестенемией.

**Таблица 6 Фактор риска «Ожирение»**

Общее число в данной референтной группе – 1144 респондентов, ожирение у 200 участников (18 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска развитие ССЗ** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов |  | 11 | 22 | 167 |
| Распределение (%) |  | 6 | 11 | 84 |

*Анализ результатов:* в возрастной группе 46- 60 и старше фактор риска ожирение определяется у каждого шестого респондента и коррелирует с факторами риска: нерациональное питание, гиподинамия, развития ССЗ, повышенный уровень глюкозы и холестерина крови.

**Таблица 7 Фактор риска «Избыточная масса тела»**

Общее число в данной референтной группе – 1144 респондентов, риск по избыточной массе тела у 260 участников (23 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска избыточная масса тела** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 5 | 18 | 39 | 198 |
| Распределение (%) | 2 | 7 | 15 | 76 |

*Анализ результатов:.* в данной репрезентативной выборке отмечается рост ИМТ согласно возрасту, в возрастной группе 46- 60 и старше избыточная масса тела значительно превышает распространенность в других возрастных группах.

**Таблица 8 Фактор риска «Гиподинамия (недостаточная физическая активность)»**

Общее число в референтной группе – 1144 респондентов, фактор риска гиподинамия определился у 475 анкетируемых (42%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Низкая двигательная нагрузка (менее 30 мин в день)** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
|  Число респондентов | **24** | **44** | **59** | **348** |
| Распределение (%) | **6** | **9** | **12** | **73** |

*Анализ результатов:* снижение физической активности отмечается в возрастной группе 46 - 60 и старше., так как у респондентов в данной возрастной группе присутствуют не только основные заболевания, но фоновые и сопутствующие. Участники исследования являются коморбидными пациентами.

**Таблица 9 Фактор риска «Гипергликемия»**

Общее число в референтной группе –1144 респондентов, фактор риска гипергликемия у 72 исследуемых (6%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фактор риска гипергликемия** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 2 | 4 | 2 | 69 |
| Распределение в (%) | 3 | 6 | 3 | 88 |

*Анализ результатов:* градация риска развития сахарного диабета увеличивается согласно возрасту.

**Таблица 10 Фактор риска «Курение»**

Общее число в референтной группе – 1144 человек, фактор риска курение отмечается у 172 респондентов, что составляет (15 %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Курение** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов | 52 | 13 | 19 | 88 |
| Распределение (%) | 30 | 6 | 13 | 51 |

*Анализ результатов:* фактор риска курение встречает в данной репрезентативной группе всего у 15% участников медико – социологического исследования.

**Таблица 11 Фактор риска «Пагубное потребление алкоголя»**

Общее число в референтной группе –1144 респондентов, риск пагубного употребления алкоголя-21 человек (1,8%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Пагубное потребление алкоголя** | **18-25 лет** | **26-35 лет** | **36-45 лет** | **46-60 лет и старше** |
| Число респондентов |  | 2 | 4 | 15 |
| Распределение (%) |  | 10 | 19 | 71, |

 *Анализ результатов*: в данной репрезентативной выборке алкоголь употребляет 21 респондент в возрастной категории 26- 60 лет и старше, что составляет 1,8%.

**Выводы:**

 Проанализировав результаты полученных статистических данных необходимо отметить, что в связи с увеличением продолжительности жизни резко возросло количество пациентов с коморбидными состояниями. На решение этой проблемы и формирование у населения идеологии ЗОЖ направлены усилия государства, что нашло отражение в виде законодательных актов, организации центров общественного здоровья и медицинской профилактики. От того, насколько подготовлены будут специалисты, работающие в сфере профилактики, и насколько качественно будет организована профилактическая помощь населению в отношении ФР ХНИЗ и информирования населения о принципах ЗОЖ, зависит успех в предотвращении распространения социально-значимых заболеваний и их кластеризации.

Изученные факторы риска обнаруживают разнонаправленные корреляции с качеством жизни и хронической неинфекционной коморбидной патологией у участников медико-социологического исследования. Полученные результаты указывают на ассоциацию таких модифицируемых факторов риска, как нерациональное питание и избыточная масса тела, с высоким уровнем коморбидной отягощенности. Следовательно, достижение целевых значений антропометрических показателей, профилактика курения могут проводить к снижению общей коморбидной отягощенности.

Выделяют несколько периодов формировании. коморбидности:

**1. Преморбидный период**(период наличия факторов риска, их выявления и коррекции)

**2. Период формирования полиморбидности.** В этот период факторы риска суммируются, появляются новые; оказывает свое влияние биологический возраст и развиваются органные поражения. На этом этапе пациенты начинают обращаться к врачам разных специальностей

**3. Период полиорганных нарушений (клинической прогрессии).** В это время органные поражения начинают проявлять себя клинически в виде симптомов и синдромов определённых заболеваний с развитием в дальнейшем полиорганных нарушений, что может привести к летальному исходу.

**4. Период исхода болезней.**Полиморбидность - распространенная патология с различными вариантами течения и исходов.

Комордибным пациентам проводится комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний, общих для всего населения и отдельных (региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных) групп и индивидуумов.

Это комплекс следующих мероприятий:

1)проведение мероприятий по гигиеническому просвещению, информационно-коммуникационных мероприятий по ведению ЗОЖ, профилактике неинфекционных заболеваний и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

 2) выявление нарушений основных условий ведения ЗОЖ, ФР развития НИЗ включая риск пагубного потребления алкоголя, и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья;

 3) оказание медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению уровня) ФР развития НИЗ, профилактике осложнений НИЗ, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций; направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь;

4) проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

5) проведение диспансерного наблюдения за больным.

 Результаты данного медико - социологического исследования достоверны и могут быть использованы для выработки популяционной стратегии и принятия управленческих решений.

*ОГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики города Старого Оскола»*

*Заведующий отделом мониторинга факторов риска*

*Врач-терапевт Л.А. Смольникова*

*Медицинский статистик Н.А.Мартынова.*