

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСХОДЯ ИЗ ДАННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ В МИРЕ

Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н.,

Бухарский государственный медицинский институт,
Андижанский государственный медицинский институт,

✓ Резюме

В статье приведен обзор новых исследований в области геронтологии и гериатрии. Указано, что в популяции взрослой возрастной категории именно у пожилых и престарелых эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) остаётся недостаточно изученной. У пожилых и престарелых проживающих в аридных регионах Узбекистана таких исследований практически нет. Подтверждено что, в популяции пожилого и престарелого возраста ведущими причинами "убийцами" служат ХНИЗ и их факторы риска, а не внешние причины и их место при этом неуклонно растёт. Эти потери можно сократить с помощью резерва профилактической медицины.

Ключевые слова: геронтология и гериатрия, профилактика, факторы риска, неинфекционные заболевания, эпидемиологические ситуации, здоровый образ жизни, донозологическая диагностика, контроль возраст ассоциированных заболеваний.

ЮҚУМЛИ БЎЛМАГАН СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРОНТОЛОГИК ВА ГЕРИАТРИК ЖИҲАТЛАРИ: ЖАҲОНДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВАЗИЯТ МАЪЛУМОТЛАРИГА КЎРА ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАР

Мавлонов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Мамасалиев З.Н.,

Бухоро давлат тиббиёт институти, Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Мақолада профилактик геронтология ва гериатрияга бағишланган замонавий тадқиқотлар шарҳи келтирилган. Кўрсатилган-ки катта ёш гуруҳига мансуб аҳоли орасида юқумли бўлмаган сурункали касалликларнинг (ЮБСК) эпидемиологияси ва профилактикаси етарлича ўрганилмаган, Ўзбекистоннинг арид ҳудудларида яшовчи кекса ва қарияларда бўлса бундай ишлар деярли йўқ даражада. Тасдиқлаб берилдики, кекса ва қари ёшдаги аҳоли популяциясида етакчи "ўлим" сабаби ташқи сабаблар эмас, балки ЮБСК ва уларнинг хавф омилларининг ҳиссалари ўсишда ҳамон давом этмоқда. Бу таъсирларни қисқартириш заҳиралари айнан профилактик тиббиётда ҳисобланади.

Калит сўзлар: геронтология ва гериатрия, профилактика, хавф омиллари, юқумли бўлмаган касалликлар, эпидемиологик вазиятлар, соғлом турмуш тарзи, нозологик олди ташхислаш, ёш давларига асосланган касалликларни назорат қилиш.

GERONTOLOGICAL AND GERIATRIC ASPECTS OF PREVENTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES: CURRENT PROBLEMS FROM THE DATA OF EPIDEMIOLOGICAL SITUATIONS IN THE WORLD

Mavlonov N.X., Mamasoliyev N.S., Mamasoliev Z.N.,

Bukhara State Medical Institute, Andijan State Medical Institute.

✓ Resume

The article provides an overview of new research in the field of gerontology and geriatrics. It is indicated that the epidemiology and prevention of chronic non-infectious diseases (NCDs) remains insufficiently studied in the population of the adult age group, namely in the elderly and the elderly. The elderly and the elderly living in the arid regions of Uzbekistan have practically no such studies. It has been confirmed that, in the elderly and old age population, the leading causes of "killers" are CHNIDs and their risk factors, and not external causes, and their place is steadily growing. These losses can be reduced with a reserve of preventive medicine.

Key words: Gerontology and geriatrics, prevention, risk factors, non-communicable diseases, epidemiological situations, healthy lifestyles, prenosological diagnostics, control of age associated diseases.

Актуальность

Затрагиваемая тема в нашей стране актуальна, более того день за днем миссия под контролем Президента страны данная проблема актуализируется. Все научные разработки в нашей Республике и/или в регионах страны, безусловно, должны служить для решения задач отмеченных указом Президента республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года

"О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан", Постановлением Президента республики Узбекистан №ПП-3071 от 20 июня 2017 года "О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы" и в других нормативно-правовых документах.

Дефиниции. Изучению популяционных механизмов и оптимизации профилактики при хронических неин-

фекционных заболеваниях (ХНИЗ) посвящены исследования многих отечественных и зарубежных учёных. Принимая во внимание негативную эпидемиологическую тенденцию и отсутствия до сих пор эффективных систем "прицелизации" популяционных исследований и координации профилактических мероприятий в борьбе с ХНИЗ во всем мире, в том числе в нашем государстве уделяется большое внимание, и предпринимаются решительные меры, направленные на скрининговую, донозологическую профилактику и контроль неинфекционных заболеваний.

Цель: Изучение результатов современных новейших исследований в области эпидемиологии и профилактической медицины проведенных среди популяции пожилого и старческого возраста для оптимизации работы с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Материалами исследования служили крупномасштабные эпидемиологические исследования, проведенные в разных климатических, метеорологических, социально-экономических условиях. Данные были изучены и резюмированы.

Результат и обсуждение

Определена концепция по профилактике ХНИЗ и приоритетная задача развития здравоохранения Узбекистана в ближайшие годы - это внедрение Европейской политики ВОЗ "Здоровье 2020". В 2014 году была разработана национальная стратегия по профилактике факторов риска (ФР) ХНИЗ на 2014-2020 годы по методике ВОЗ STEPS. В 2014 году было проведено исследование факторов риска ХНИЗ по всей республике среди населения в возрасте от 18 до 64 лет. Уже показано, что почти 70% смертей от этих заболеваний предотвратимы (цитата из Цой Е. 2015).

Президентом страны лично дано указание Министрству Здравоохранения по разработке программы действий в области профилактики, формирования здорового образа жизни и контроля ФР основных сердечно-сосудистых и/или неинфекционных заболеваний. Каждой группе населения свойствен специфический набор ФР ХНИЗ или смерти от них. Внешние причины смерти и болезни системы кровообращения в совокупности составляют 72% среди всех случаев смерти молодых лиц, тогда как в странах западной Европы эта доля колеблется в интервале 45-60%. При этом, как и при первичной профилактике, так и при вторичной профилактике, основные усилия направлены на борьбу с ФР, которые изучаются и идентифицируются при эпидемиологических исследованиях.

Один из основоположников профилактического направления в медицине М.Я.Мудров утверждал: "Задача врача не столько лечить болезни, сколько предупреждать их, а важнее всего учить пациентов беречь своё здоровье". [1]

Это мудрое высказывание особенно актуально до сегодняшнего дня в решении геронтологических и гериатрических аспектов профилактики ХНИЗ в плане раннего прогнозирования и выявления причин трагических смертей среди пожилых. [2]

Как бы то ни было, смертность пожилых людей от внешних причин в мире остаётся высокой. Однако в роли "главных убийцев" все более растет не эти причины, а ХНИЗ и их ФР, и существуют немалые резервы её сокращения именно в арсенале профилактической медицины. Так среди пожилых людей стало меньше смертей от транспортных происшествий, убийств и суицидов, а неинфекционные патологии значительно ухудшают качество жизни людей геронтологического (60-74) и гериатрического (75-80 лет и более) возраста и представляют собой серьёзную проблему для системы здравоохранения. [13,4,5,6,7] Они являются причиной 86% случаев смертей (ВОЗ, 2008).

Давыдовой С.Н. и соавторами (2009) были проанализированы сведения по этим заболеваниям для города Якутска Российской Федерации, и сравнение полученных результатов с данными ВОЗ для Европейского региона показало в целом следующую сопоставимую картину: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по данным ВОЗ и по сведениям исследователей соответственно в процентах от всех болезней и в процентах от общей смертности - по 23,1% и 18,8%, 52,1%, и 48,5; онкологические заболевания - по 11,2% и 10,4%, 19,2% и 18,5%, по заболеваниям дыхательных путей - по 5,8% и 10,6%, 41% и 25%. Было отмечено в качестве основных факторов риска их возникновения следующие 7 аспектов: артериальная гипертензия (АГ) -10,8%, табакокурение (12,3%), алкоголь (10,2%), гиперхолестеринемия (ГХС)-8,7%, избыточная масса тела (ИМТ) -7,8%, низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ) -4,4%, и гиподинамия (3,5%). Смертоносным квартетом в исследованном регионе являлись сочетание АГ, ГХС, сахарного диабета и ожирения: у больных страдающих АГ и ИБС, продолжающих курить, в 7 раз чаще развивался мозговой инсульт и в 3 раза чаще случался инфаркт миокарда [8].

Авдеевой М.В., Лобзиным Ю.В. и Лучкевичем В.С.(2013) анализировались сводные годовые отчетные формы №68 22 центров здоровья для взрослого населения Санкт Петербурга за последние четыре года. У 65.6% и 80.8% обратившихся граждан имелись ФР ХНИЗ и резюмировано: отчетная форма №68 (сведения о деятельности центра здоровья) не отражает реального состояния здоровья граждан, так как не учитывает структуру ФР и их взаимосвязь с ХНИЗ; Перспектива снижения заболеваемости и смертности населения от ХНИЗ во многом определяется эффективностью функционирования систем их первичной профилактики [9].

Безусловно, как уже было подчеркнуто выше, проблема профилактики ХНИЗ актуальна во многих странах мира, в том числе в Узбекистане. Для решения используют инновационные технологии, позволяющие организовать профилактическое консультирование населения в местах его массового нахождения с последующим дистанционным взаимодействием между врачом и пациентом с целью повышения эффективности как лечения больных ХНИЗ, так и коррекции их факторов риска. Меняется во всем мире парадигма здравоохранения от терапии патологий к их профилактике и поддержанию популяционного здоровья, от идеи до реализации и продвижения эффективных профилактических программ ХНИЗ во всех группах населения, в том числе у людей геронтологического и гериатрического возраста [10]. Сформиро-

вались понятия mHealth ("мобильное здравоохранение") и показано перспективность его использования [11,12,13,14,15].

Важно отметить, что диагностика ХНИЗ возникающих в пожилом и старческом возрасте, часто затруднена, более чем у половины пациентов эти патологии диагностируются поздно или не диагностируются вовсе, следовательно, несомненно, аспекты раннего выявления и профилирования ХНИЗ очень важны [16,17,18].

В популяционных исследованиях показано, что в большинстве случаев некоторые ХНИЗ начинаются в детском и молодом возрасте, их проявления могут сохраняться у пожилых. Данное утверждение, например, полностью подтверждено в эпидемиологических исследованиях следующих авторов: BramanS.(2006), BattagliaS., etall (2016), OrakaE. Etall. (2012), WilsonD. etall (2005), YanezA. etall (2014), и Емельянова А.В., (2016): только бронхиальной астмой (БА) в различных странах мира страдают около 300 млн людей [19]; Распространенность БА в пожилом (65-74 лет) и старческом (75 лет и старше) возрасте составляет от 1,8% до 14,5% в популяции [19,20,21,22,23,24]; Этим заболеванием в Санкт-Петербурге страдают 4,2% мужчин и 7,8% женщин старше 60 лет [20]. Самое интересное, что в большинстве случаев диагноза "ХНИЗ" можно избежать: основным ФР является именно нездоровый образ жизни; Регулярная скрининговая (эпидемиологическая) диагностика позволяет обнаружить ХНИЗ на ранних стадиях, которое профилировать и лечить гораздо проще и дешевле, чем запущенные случаи (по оценкам ВОЗ общий объем издержек, связанные только лишь с деменцией к 2030 году увеличиться более чем вдвое - до 2трлн.); именно благодаря своевременной скрининговой диагностике (чекану) можно выявить и предупредить практически всех ХНИЗ ещё на этапе развития, когда пожилой пациент не ощущает никаких симптомов и поможет ими справиться соблюдения довольно простых правил (здоровый образ жизни, регламентированные профилактические осмотры, не идти к медицинской помощи когда человека уже что-то "допекло" и.т.п.). При этом очевидно, что перед системами здравоохранения всех стран встают новые вызовы-болезни стареющего мира, прежде всего ХНИЗ, которые грозят долгую жизнь [26]. В то же время важны и эффективные профессиональные медицинские вмешательства по профилактике, снижению и контролю ФР ХНИЗ и самих патологий. Прежде всего, по определению Национальных институтов здоровья США, профилактическая грамотность медицинских работников и медицинская грамотность населения сегодня крайне нужна, чтобы "сохранить жизни, сохранить время, сохранить деньги", особенно для предотвращения и контроля ХНИЗ у пожилых людей [27].

Проведенный анализ публикаций указывает, что среди лиц пожилого и старческого возраста признаки возраст-ассоциированных нарушений имеет каждый второй пациент; в возрасте от 60 до 74 лет - 44,7%, 75 лет и старше -60%, также 39,2% опрошенных нуждаются в проведении профилактических мероприятий [28].

Выводы

Таким образом, подытоживая анализ нынешних эпидемиологических ситуаций в отношении ХНИЗ у

людей пожилого и старческого возраста, необходимо констатировать следующее:

1) литературные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности проводимой профилактической работы с населением пожилого и старческого возраста в отношении ХНИЗ.

2) В ситуации высокого уровня скрытости геронтологической и гериатрической патологии активное внедрение в первичном звене здравоохранения системы скрининга и "прицельного" консультирования/контроля пожилых лиц с проблемным распространением ХНИЗ и их факторов риска расширяет доступность и охват профилактической помощью постоянно нуждающихся в ней пациентов с ХНИЗ и/или геронт популяции высокого риска.

3) В разных регионах мира скрининг пожилых лиц с ХНИЗ проводился с различной эффективностью их выявления как в научных исследованиях, так и в первичном звене.

Это связано с комплектом факторов, к которым относится различная методология и мотивация привлеченных скринингу, степень их владения навыками и технологиями (унифицированными и стандартизированными эпидемиологическими методами исследования) скрининга/профилактики. 4) Разные страны апробируют разные модели взаимодействия первичного звена здравоохранения с научной профилактической службой в отношении ХНИЗ у пожилых людей. Выбор регионов страны способа реализации "профилактической дорожной карты" связан с уровнем развития региональной системы профилактической медицины, её готовностью к научным переменам, региональными возможностями, а также пониманием/представлением задач, обозначенных в индивидуальной/региональной "скрининговой путевой, дорожной карте" в отношении хронических неинфекционных возраст ассоциированных заболеваний.

Кроме того, исследователями неоднократно отмечаются, что получаемые итоговые данные медицинской статистики реальной картины заболеваемости, не позволяют определить те проблемы, особенно региональные, на которые необходимо направить усилия системы здравоохранения и вполне вероятно, других структур и служб для снижения эпидемиологических показателей заболеваемости и смертности от ХНИЗ у населения пожилого и старческого возраста. В настоящее время при анализе "эпидемиологических конечных точек" в основном учитывается только официальная статистика и/или первоначальная причина, а все другие заболевания (в том числе коморбидность) и факторы риска-нет, что безусловно препятствует планированию оптимальной организации профилактической медицинской помощи на всех этапах её оказания и оценке ресурсного обеспечения пожилому населению с ФР и/или пациенту ХНИЗ, медико-профилактические основания в этом направлении крайне недостаточно, а в условиях Узбекистана-нет. С нашей точки зрения, в регионах Узбекистана необходимы сравнительные клинко-эпидемиологические исследования с профилактической ориентацией, направленные на уточнение факторов риска заболеваемости/смертности для последующей коррекции системы истинного статистического учёта распространенности ХНИЗ и оценки вклада/роли отдельных эпидемических причин/условий в уровень и структуру заболеваемости/смертности от ХНИЗ среди населения

пожилого и старческого возраста. Они нужны для разработки региональных подходов к их профилактике. Определиться в отношении первичной, вторичной и третичной региональной профилактики ХНИЗ у пожилых - приоритетная и неотложная задача профилактической науки и здравоохранения Узбекистана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Благова О.В. В поисках Мудрова (профессор медицины 196.М.Я. - Мудров)//история медицины в России-М., 2007г.
2. Данилова И. Число практических смертей среди пожилых снижается./"/Демографическое обозрение" -2014№2 С-11-18
3. Гиляревский С.Р. Новости доказательной кардиологии -2017// ВКН-VIIМеждународный интернет конгресс специалистов по внутренним болезням.-Москва-VIDOX-2018 С-60-62
4. Оганов Р.Г. Современные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний./"/ВКН: VII Международный интернет конгресс специалистов по внутренним болезням.-Москва-VIDOX-2018 С-60-62
5. Seppanen K.K. Aqaelto M. et all Institutionalization of brief Alcohol Intervention in Primary Health Care-The Finnish Case// Alcoholism: Clinical and experimental Research -2012; 36(8):1457-1460
6. Nilsen P. et all Alcohol issues in Daily Health Care. The risk Drink Project: Background, Strategy and Results. Stockholm Shveden: Stotens Yock Halsainstitut,2010
7. Makela P. et all. Alcoholrelated discussion in health care-a population vich //Addiction -2011;106(7): 1241-1247. <https://DOI.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03356>
8. Давыдова С.Н., Серикова Г.Г. и соавт. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения./"/Наука и техника в Якутии. 8-2009-№1(16)-С31-33
9. Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. Состояние, проблемы и перспективы развития организационно-функциональной системы первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний Санкт-Петербурга. //Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения". - 2013: С-1-8 <http://vestnik.mednet.ru//content/view/507/30>
10. State program of the Russian Federation "Health care Development" Board of the Russian Ministry of health, September 28, 2012. Accepted 24.03.18 (in Russia)
11. Кириленко Н.П. и соавт. Мобильное здравоохранение в Тверской области: от идеи до реализации и продвижения// Профилактическая медицина -2019-№3-С-44-49
12. Mobile healthcare New horizons for health through mobile technologies. The WHO, 2013. Accepted 02.12.2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4467/3/9789244564257-rus.pdf>
13. Prevention of chronic non-communicable diseasesRecommendation: M-2013-Accepted02.12.18(in Russ)
14. Trend in medical Technologies in 2016: "aloud" data, gamification and application for doctors. Accepted 24.03.18 (in Russ) <https://vc.ru/p/medical-tech-2016>.
15. Chestnov O.P. et all Mobile Health: global experience and prospects./"/Preventive medicine-2014-17(4):3-9 (in Russ)
16. Enright P.L. et all The diagnosis of asthma in older patients./"/Exp hung Res.-2005-Vol 31 (Suppl 1) - P-16-20
17. Sano H et all Characteristics of phenotypes of elderly patients with asthma //Allergy Asthma proc.-2004-Vol 25 (6)-P-372
18. Tamada T. et all Biomarker -based defection of asthma-COPD overiap syndrome in COPD population. //Int.J. Chron. Obstruct Pulmon Dis.-2015.-Vol.10- P-2171-2174
19. Braman S. The global burden of asthma //Chest.-2006- Vol 130 (Supple 1) -5-11
20. Емельянов А.В. Особенности бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте. //ПМЖ-2016 №16- С1102-1107
21. Battaglia S. et all. Asthma in the Elderly: a different disease? // Breathe-2016-Vol.12-P-19-27
22. Orake T. et all. Asthma prevalence among us elderly by age groups: age slick matters. // J. Asthma -2017-Vol-49-P-594-597
23. Yanez A. et all Asthma in the elderly: Who we know and what we have toknow //WAOJ-2014-Vol-7-P-4
24. Wilson D. et all Underdiagnosed asthma in elder people: an under asthmated problem //MJA-2009
25. Slavin R.C. The Elderly asthmatic patient //Allergy Asthma gou-2004-Vol 29(6)-P-372
26. www.who.int/news-room/detail/noncommunicable-disease/
27. <https://www.nick.gov/institutes-high-office-director/office-communications-public-health-communications>
28. Попов В.В. и соавт. Ранняя диагностика и профилактика возраст ассоциированных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста проживающих в Европейском Севере-России./"/Профилактическая медицина 2019 №3 С-74-77

Поступила 09.09.2020