

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

М.М. Сачек¹, И.И. Новик¹, В.М. Писарик¹, Л.С. Богуш², М.В. Щавелева², Н.Н. Протьюко², А.В. Пацеев³, Е.Н. Остапенко²

¹Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Минск

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

³Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Статья посвящена проблеме распространенности неинфекционных заболеваний и факторов риска, их вызывающих. Представлена информация о проведенном мониторинге факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь в 2016 году (STEPS-исследование). Приведены данные по распространенности таких поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний, как курение, потребление алкоголя, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, нарушение углеводного обмена, гиперхолестеринемия. Дана характеристика методу профилактического консультирования как эффективному способу коррекции высокой распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний. Обсуждается возможность реализации метода профилактического консультирования в качестве рутинной технологии в общей врачебной практике.

Ключевые слова: факторы риска неинфекционных заболеваний, STEPS-исследование в Республике Беларусь, профилактическое консультирование, общая врачебная практика.

На 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принят «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы», конечной целью которого определено снижение заболеваемости, смертности и инвалидности, вызванных поддающимися профилактике и предотвратимыми неинфекционными заболеваниями (НИЗ), за счет многосекторального сотрудничества и совместной работы на национальном, региональном и глобальном уровнях с тем, чтобы позволить населению достичь наивысших стандартов здоровья и производительности в каждой возрастной группе, чтобы НИЗ перестали быть препятствием для благополучия и социально-экономического развития.

По признанию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в XXI веке человечество столкнулось с глобальной эпидемией НИЗ. Неинфекционные заболевания – это незаразные, хронические, обычно медленно прогрессирующие заболевания, которые по своим общим характеристикам объединяют в четыре группы:

- болезни системы кровообращения (БСК);
- онкологические заболевания;
- заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, астма);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет).

Общей характеристикой всех этих заболеваний является то, что они имеют единую структуру факторов риска, которые прямо или опосредованно связаны с нездоровым образом жизни: употреблением табака, низкой физической активностью, вредным употреблением алкоголя, нерациональным питанием, причем один фактор риска может быть ответственным за развитие нескольких НИЗ [1–3, 5, 18, 22, 23, 28].

Организация Объединенных Наций, наряду с ВОЗ, признает распространение НИЗ общемировой эпидемией, поскольку потери от них являются колоссальными. Ежегодно в мире от НИЗ умирают более 41 млн человек, из них более 15 млн входят в возрастную группу до 70 лет, что расценивается ВОЗ как преждевременная смертность [1, 2, 22, 23]. Эти заболевания оказывают значительное отягощающее воздействие на системы здравоохранения и социальной защиты. Так, от 70 до 80 % расходов на медицинскую помощь приходится на лечение пациентов с хроническими НИЗ. По расчетам ВОЗ, НИЗ приводят к потерям валового внутреннего продукта и замедлению экономического роста: увеличение на 10 % доли НИЗ в общей структуре заболеваний снижает ежегодный экономический рост на 0,5 % и сокращает ВВП примерно на 1/6 [8]. Ситуация в Республике Беларусь отражает общемировые тенденции – НИЗ остаются основной причиной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения; на их долю выпадает 86 % смертности и 77 % бремени в общей заболеваемости [7]. В связи с глобальной распространенностью НИЗ особую актуальность приобретают исследования причин их развития и способы борьбы с ними. Установлено, что в развитых странах 60 % случаев НИЗ связаны с наличием у человека таких факторов риска, как:

- высокое артериальное давление (АД) – 13 %;
- табакокурение – 12 %;
- алкоголь – 10 %;
- повышенный уровень общего холестерина (ХС) в крови – 9 %;
- избыточная масса тела – 8 %;
- недостаточное потребление овощей и фруктов – 4 %;
- малоподвижный образ жизни – 4 % [3].

В этой связи самые эффективные меры снижения бремени НИЗ заключаются в предупреждении их развития, что возможно путем выявления факторов риска, а также воздействием на них [8, 9].

В мировой практике существует определенная закономерность в планировании и организации профилактических мероприятий. Чтобы получить положительный результат от предпринятых мер, каждой стране в первую очередь необходимо иметь четкие сведения о распространенности наиболее значимых факторов риска развития НИЗ для своего населения. Далее планируется проведение профилактических мероприятий на популяционном, групповом и индивидуальном уровне органами государственной власти, учреждениями здравоохранения, образовательными и физкультурно-спортивными организациями с помощью разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер [22, 23].

Отправной точкой для этих целей на самом высоком уровне служит «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы», который является дорожной картой для государств и представляет собой набор вариантов политики и мер, а также систему мониторинга. Государства могут выбирать варианты в соответствии с их особым контекстом и наличием ресурсов. Комплекс мер, представленных в Глобальном плане, включает высокоэффективные по затратам меры, которые можно осуществлять устойчивым образом во всех странах с умеренным увеличением ресурсов [28]. Основным механизмом реализации этих мер на страновом уровне являются государственные программы, а система здравоохранения – активный исполнитель поставленных в них задач. Значимая часть работы по профилактике НИЗ в системе здравоохранения возлагается на первичную медицинскую помощь, а именно на общую врачебную практику (ОВП) [22–25].

В Республике Беларусь в настоящее время действует Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы, мероприятия которой направлены на защиту здоровья населения в целом и борьбу с факторами риска развития НИЗ в частности. Так, в рамках подпрограммы 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» заложено обеспечение профилактики НИЗ на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего и доступного охвата населения услугами первичной медицинской помощи. В рамках мероприятий этой подпрограммы и в процессе реализации проекта международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемого Европейским союзом, ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в 2016 году было проведено общенациональное исследование распространенности факторов риска НИЗ – STEPS-исследование [10, 26].

STEPS («ШАГИ») – это общий принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска НИЗ, разработанный ВОЗ как специальный инструмент для получения надежных и качественных данных на популяционном уровне и разработки эффективных мер по профилактике и борьбе с НИЗ [7].

В общем виде STEPS состоит из трех этапов (шагов):

1-й этап – интервьюирование участников для оценки особенностей поведения, связанных с факторами риска НИЗ (употребление табака, алкоголя, рацион питания, физическая активность и др.);

2-й этап – измерения роста, массы тела, окружности талии, АД и частоты сердечных сокращений;

3-й этап – биохимические анализы: уровень глюкозы, общего ХС и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в крови; креатинина и натрия в моче.

Основными преимуществами инструмента STEPS являются:

- возможность сравнения результатов как между регионами внутри страны, так и между странами;
- относительно низкая себестоимость;
- возможность адаптации к культурным и национальным особенностям отдельных стран;
- возможность получения полноценной информации по главным факторам риска хронических заболеваний [9].

Таким образом, STEPS позволяет разработать систему анализа и контроля показателей заболеваемости и смертности в стране как в целом, так и по отдельно взятому заболеванию. К настоящему времени STEPS реализован в 118 странах мира, а 43 страны провели у себя исследование STEPS более одного раза.

Цель STEPS-исследования в Республике Беларусь – изучение распространенности основных факторов риска НИЗ для оценки исходной ситуации и более эффективного планирования мероприятий по профилактике и борьбе с НИЗ [11]. В рамках исследования решались следующие задачи:

1) определить распространенность поведенческих факторов риска НИЗ среди населения в возрасте 18–69 лет (потребление табака, алкоголя, недостаточная физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела);

2) оценить распространенность биологических факторов риска НИЗ (повышенное АД, повышенный уровень ОХ, повышенный уровень глюкозы в крови) у населения в возрасте 18–69 лет;

3) проанализировать различия в распространенности факторов риска с учетом пола, возраста и места проживания (городские/сельские поселения).

Методом многоступенчатой кластерной выборки было отобрано 5760 респондентов 18–69 лет, эквивалентно распределенных по возрасту, полу и регионам Республики Беларусь, из них 5010 (87,0 %) приняли участие в исследовании [11]. Используемый метод формирования выборки позволяет распространить итоги выборочного наблюдения на всю генеральную совокупность, т. е. результаты STEPS-исследования примерно экстраполиро-

Распространенность основных факторов риска НИЗ
(по данным STEPS-исследования в Республике Беларусь)

Факторы	Группы населения		
	общая группа	мужчины	женщины
Курение, %	29,6	48,4	12,6
Употребление алкоголя в течение последних 30 дней, %	52,8	64,9	41,8
Употребление алкоголя в течение последних 12 месяцев, исключая употребление в течение последних 30 дней, %	29,2	21,5	36,3
Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах за раз, %	20,2	27,4	13,7
Потребление недостаточного количества фруктов и овощей (менее пяти порций в день), %	72,9	77,9	68,4
Потребление соли, г/день	10,6	12,4	9,0
Низкий уровень физической активности, %	13,2	12,8	13,5
Избыточная масса тела, %	60,6	61,5	60,0
Ожирение, %	25,4	20,2	30,2
Повышенное АД (САД > 140 и ДАД > 90 мм рт. ст.), %	44,9	45,6	44,2
Пограничный уровень глюкозы в крови (диапазон значений > 5,6 и < 6,1 ммоль/л), %	4,0	4,1	4,0
Уровень ОХ > 5 ммоль/л, %	38,2	33,4	42,6
Три и более фактора риска, %	40,5	47,9	33,7
Отсутствие всех факторов риска НИЗ, %	5,6	2,5	8,4

вать на все население Республики Беларусь в возрасте от 18 до 69 лет [12, 13].

Результаты STEPS-исследования в Республике Беларусь. В таблице представлены основные данные по распространенности факторов риска НИЗ среди населения Республики Беларусь.

Курение является ведущей предотвратимой причиной высокой заболеваемости и смертности от НИЗ в мире. Согласно полученным результатам STEPS-исследования, в нашей стране курит практически треть населения (29,6 % респондентов), в том числе 27,1 % из них курят ежедневно, в подавляющем большинстве (99,4 %) сигареты фабричного производства. При этом ежедневные потребители табака каждый день выкуривают в среднем 14,9 сигареты при средней стоимости одной пачки сигарет 2,2 белорусских рубля за пачку, что соответствует расходам примерно 600 белорусских рублей в год [11].

Потребление табака среди мужчин составляет 48,4 %, среди женщин – 12,6 %. При анализе распространенности табакокурения выявлено, что среди сельских жителей употребляют табак 32,7 % опрошенных, среди городского – 27 %. При этом в сельской местности табак употребляют 54,1 % мужчин и 11,7 % женщин, городской – 43,3 % мужчин и 13,2 % женщин. Средний возраст начала курения в общей выборке респондентов составил 17,5 года (16,9 года у мужчин и 19,9 года у женщин), при этом наблюдается омоложение среднего возраста начала курения: так, в возрастной группе 18–29 лет средний возраст начала курения составил 16,4 года (16,1 у мужчин и 17,3 у женщин), в группе

60–69 лет – 19,3 года (17,9 года у мужчин и 27,1 года у женщин) [11].

Распространенное потребление табака является социальной проблемой общества как для курящих, так и для некурящей его части: для первой проблема бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» привычкой, тем самым сохранив свое здоровье. Согласно полученным результатам STEPS-исследования, каждый третий курильщик (32,7 %) пытался бросить курить в течение последних 12 месяцев. Обращает на себя внимание, что рекомендации врача или другого медицинского работника прекращению курения или отказу от начала курения за последние три года получили только 31,6 респондентов [11].

Доказано, что люди в окружении курильщики имеют больше шансов (в среднем на 25 %) заболеть раком легких или болезнями системы кровообращения (БСК). По полученным результатам STEPS-исследования, каждый пятый некурящий респондент регулярно подвергается воздействию табачного дыма дома (18,8 %) или на рабочем месте (14,9 %) причем мужчины в большей степени подвержены воздействию пассивного курения на рабочем месте (18,9 % дома и 22,5 % на работе), чем женщины (18,8 % дома и 8,5 % на работе) [11].

Вредное потребление алкоголя является глобальной проблемой, которая представляет серьезную угрозу как для отдельного человека, так и для членов его семьи и всего общества в целом. Злоупотребление алкоголем – причинный фактор более чем 200 нарушений здоровья, связанных с б

лезнями и травмами. Употребление алкоголя связано с риском развития психических и поведенческих нарушений (включая алкогольную зависимость), тяжелых НИЗ (включая цирроз печени, некоторых видов рака и БСК). Самая большая доля общего здоровья и преждевременной смертности, обусловленная алкоголем, – в Европейском регионе ВОЗ. Алкогольная смертность вносит существенный вклад в общую смертность в стране, причем среди всех умерших от ассоциированных с алкоголем проблем преобладают лица среднего возраста.

Согласно результатам STEPS-исследования, 52,8 % респондентов (64,9 % мужчин и 41,8 % женщин) употребляли алкоголь последние 30 дней и еще 29,2 % (21,5 % мужчин и 36,3 % женщин) последние 12 месяцев. Результаты опроса не выявили достоверной разницы между употреблением алкоголя среди респондентов в городской и сельской местности. Обращает на себя внимание, что 20,2 % респондентов (27,4 % мужчин и 13,7 % женщин) употребляют алкоголь по наиболее неблагоприятной модели – эпизодически в больших количествах (≥ 60 г чистого спирта в среднем за раз для мужчин и ≥ 40 г для женщин). При анкетировании 6,6 % респондентов (11,9 % мужчин и 1,4 % женщин) указали на потребность в употреблении алкоголя утром для уменьшения похмельного синдрома [11].

Питание. Согласно рекомендациям ВОЗ ежедневный рацион человека должен включать не менее 400 г (или пяти порций) фруктов и/или овощей. Такое количество помогает обеспечить организм клетчаткой и снизить риск развития БСК, заболеваний желудочно-кишечного тракта, нарушений углеводного и жирового обмена. Результаты STEPS-исследования показали, что приверженность к потреблению достаточного количества фруктов и овощей у населения Республики Беларусь низкая: 72,9 % респондентов сообщили, что употребляют менее пяти порций фруктов и/или овощей в день, причем такой ответ дали 77,9 % мужчин и 68,4 % женщин. Рекомендации о необходимости ежедневного употребления минимум пяти порций фруктов и/или овощей врачом или медицинским работником ранее (за последние три года) были даны 40,9 % всех опрошенных респондентов (мужчины – 38,9 %, женщины – 42,7 %).

Повышенное потребление соли ассоциируется с рядом НИЗ, включая артериальную гипертензию (АГ), БСК и инсульт, а сокращение потребления натрия может снизить АД и риск связанных с ним НИЗ. По текущим данным потребление натрия в мире значительно превышает физиологическую потребность человеческого организма. Рекомендованный ВОЗ уровень потребления натрия для взрослых составляет 2 г/день (эквивалентно 5 г соли). Как показали результаты STEPS-исследования, опрошенные респонденты употребляли в среднем 10,6 г/день поваренной соли, мужчины – 12,4, женщины – 9. Рекомендацию уменьшить употребление соли от врача или медицинского работника в течение последних трех лет получили 42,0 % респондентов (42,3 % мужчин и 41,7 % женщин) [11].

Недостаточная физическая активность считается четвертым из важнейших факторов риска, которые являются причинами смерти в глобальном масштабе. Во многих странах растет физическая инертность (недостаточная физическая активность), что приводит к развитию НИЗ и ухудшению здоровья населения в мире в целом. Сегодня имеются неоспоримые доказательства, что регулярная физическая активность снижает риск БСК, диабета 2 типа, АГ, рака толстой кишки, рака молочной железы и депрессии. Кроме того, физическая активность является определяющим фактором затрат энергии и, следовательно, имеет решающее значение для энергообмена и контроля массы тела [14].

Согласно Глобальным рекомендациям ВОЗ по физической активности для возрастной группы 18–64 года, в целях укрепления сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, снижения риска НИЗ и депрессии рекомендуется не менее 150 мин в неделю занятий аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 мин в неделю занятий аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности [14].

Как показали результаты STEPS-исследования, 13,2 % респондентов имеют низкий уровень физической активности (меньше 150 мин в неделю); среди мужчин низкий уровень физической активности – у 12,8 %, среди женщин – у 13,5 %. Общее среднее время (медиана), проведенное респондентами в физической активности, составило 137,1 мин в день (у мужчин – 214,3 мин, женщин – 107,1 мин). О значении и необходимости физической активности рекомендации от врача или медицинского работника за последние три года были даны 41,0 % респондентов (мужчины – 38,6 %, женщины – 43,2 %) [11].

Избыточная масса тела является одним из основных факторов риска таких НИЗ, как болезни сердца и инсульт, диабет, нарушения опорно-двигательной системы (в особенности, остеоартрит), некоторые онкологические заболевания (в том числе рак эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки). Согласно рекомендациям ВОЗ, диагноз «избыточная масса тела» ставится в случаях, когда индекс массы тела (ИМТ) у взрослых равен или больше 25 кг/м^2 , диагноз «ожирение» – тогда ИМТ у взрослых равен или больше 30 кг/м^2 .

По мере увеличения ИМТ риск развития НИЗ возрастает. Основная причина ожирения и избыточной массы тела – энергетический дисбаланс, при котором калорийность рациона превышает энергетические потребности организма. В мире отмечаются следующие тенденции: рост потребления продуктов с высокой энергетической плотностью и высоким содержанием жира; снижение физической активности в связи со все более сидячим характером многих видов деятельности, изменениями в способах передвижения и возрастающей урбанизацией [14, 15, 17].

Данные антропометрических измерений, проведенных в рамках STEPS-исследования, показали, что 60,6 % населения имеют избыточную массу тела (ИМТ > 25 кг/м²), причем различий по полу выявлено не было. Как оказалось, четверть респондентов (25,4 %) страдали ожирением (ИМТ > 30 кг/м²), при этом доля женщин с ожирением (30,2 %) в полтора раза выше, чем мужчин (20,2 %). В целом среди всех респондентов средний ИМТ составил 27 кг/м², средняя окружность талии у женщин – 86,9 см, мужчин – 92,1 см. Наряду с этим обнаружено, что для приготовления пищи в Беларуси чаще всего используются растительные масла (88,9 %).

Согласно результатам STEPS-исследования, 42,7 % опрошенных респондентов в течение последних трех лет слышали от врача или медицинского работника рекомендации по нормализации массы тела, из них мужчины – 38,2 %, женщины – 46,8 %. Информацию от врача или медицинского работника о вреде употребления в пищу значительного количества животных жиров за последние три года получили 43,8 % респондентов (40,5 % от опрошенных мужчин и 46,9 % от опрошенных женщин) [11].

Артериальная гипертензия является самым распространенным управляемым фактором БСК и смертности в большинстве стран мира. На глобальном уровне АГ – причина примерно 17 млн случаев смерти в год (это почти треть от общего числа смертей), из них осложнения АГ вызывают 9,4 млн случаев смерти в мире ежегодно. На долю АГ приходится по меньшей мере 45 % смертных случаев, вызванных болезнями сердца, и 51 % случаев смерти, вызванных инсультом. АГ редко вызывает симптомы на ранних стадиях, поэтому часто возникают ситуации, когда заболевание своевременно не выявляется либо приверженность к терапии у пациентов оказывается низкой. С другой стороны, лечение осложнений АГ сопряжено с осуществлением дорогостоящего лечения и реабилитацией, что приводит к значительным экономическим и социальным последствиям [5, 16].

Результаты измерения АД, проведенного в рамках STEPS-исследования, выявили, что средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (включая респондентов, принимающих антигипертензивные ЛС) составили 134,6 и 84,9 мм рт. ст.; у женщин – 132,7 и 84,1 мм рт. ст.; у мужчин – 136,6 и 85,8 мм рт. ст. соответственно. Почти у половины респондентов (44,9 %) выявлено повышенное АД (САД > 140 и ДАД > 90 мм рт. ст.), причем существенных различий между мужчинами и женщинами не обнаружено. В результате опроса более половины респондентов с повышенным АД (53,4 %) ответили, что не принимали антигипертензивные ЛС, причем среди них доля мужчин (65,0 %) выше, чем женщин (42,6 %) [11].

Нарушение углеводного обмена является независимым фактором риска развития НИЗ. Неконтролируемая гипергликемия со временем приводит к серьезному поражению внутренних органов и систем. Следовательно, чем дольше человек живет

с нераспознанным сахарным диабетом, тем хуже исходы для здоровья. Так, по оценкам ВОЗ, сахарный диабет занимал седьмое место среди причин смертности в 2016 году. Установлено, что 1,6 млн случаев смерти были напрямую вызваны диабетом, а 2,2 млн обусловлены высоким содержанием глюкозы в крови. Почти половина всех случаев смерти, обусловленных высоким содержанием глюкозы в крови, происходит в возрасте до 70 лет. Кроме того, на сегодняшний день сахарный диабет является одной из основных причин слепоты, почечной недостаточности, инфарктов, инсультов и ампутаций нижних конечностей [15, 17].

В рамках STEPS-исследования установлено, что среднее значение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови натощак в среднем по выборке составило 4,7 ммоль/л. Доля респондентов с пограничным диапазоном глюкозы в крови (> 5,6 ммоль/л и < 6,1 ммоль/л) – 4,0 %. У 3,6 % респондентов отмечено повышенное содержание глюкозы в крови (> 6,1 ммоль/л), в эту группу включены и респонденты, которые принимают сахароснижающие лекарственные средства (ЛС). Существенных различий по уровню глюкозы в крови натощак между мужчинами и женщинами не выявлено [11].

Гиперхолестеринемия (ГХС) наряду с АГ и курением, входит в число первых трех самых мощных факторов риска БСК. Считается доказанной прогрессивная и непрерывная связь между смертностью от ишемической болезни сердца (ИБС) и концентрацией ХС в сыворотке крови. По данным ВОЗ, повышенный уровень ХС в сыворотке крови (более 5,0 ммоль/л) является фактором риска преждевременной смертности в 23 % случаев и обуславливает 12,4 % потерянных лет здоровой жизни. Согласно результатам STEPS-исследования, 38,2 % респондентов имели повышенный уровень общего ХС в крови (> 5 ммоль/л), включая респондентов, принимающих лекарственные средства от ГХС. Доля женщин (42,6 %), имеющих повышенный уровень общего ХС, несколько выше, чем мужчин (33,4 %) [11].

Комбинация факторов риска. Как показывает практика, в развитии НИЗ часто принимает участие не один изолированный фактор риска, а целая комбинация, которая однозначно увеличивает перспективу формирования заболевания и ухудшает прогноз для пациента. В результате STEPS-исследования выявлено: 40,5 % (47,9 % мужчин, 33,7 % женщин) имеют три и более фактора риска НИЗ (ежедневное табакокурение, потребление менее пяти порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное АД). Как оказалось, количество респондентов, имеющих три и более фактора риска НИЗ, пропорционально увеличивается с возрастом. Согласно полученным результатам, только у 5,6 % респондентов не было ни одного из исследуемых факторов риска НИЗ (2,5 % мужчин и 8,4 % женщин живут без факторов риска) [11].

Таким образом, результаты STEPS-исследования показывали высокую степень распространенности факторов риска НИЗ среди населения Беларуси. Подробные результаты представлены в финальном

отчете Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [11].

Знания объективной ситуации по распространенности факторов риска развития НИЗ являются отправной точкой для оценки эффективности активных действий по борьбе с ними. Основная практическая роль в этом процессе возлагается на врача общей практики (ВОП). Согласно Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы, ВОП будет являться ключевым специалистом первичной медицинской помощи (ПМП) в системе здравоохранения Республики Беларусь к 2020 году. Для выполнения поставленной задачи в Государственную программу заложены мероприятия по увеличению доли врачей, работающих по принципу ВОП в системе оказания первичной медицинской помощи, оборудование рабочих мест ВОП, поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на ПМП [26].

Выбор в сторону развития института ВОП сделан не случайно. По сравнению с врачом-терапевтом, ВОП имеет более широкие компетенции и является более универсальным специалистом, предоставляющим населению первичную медицинскую помощь во всем мире. В Республике Беларусь общая врачебная практика развивается с 1992 года и неоднократно демонстрировала эффективность такой организации ПМП населению [27]. Значимая часть работы ВОП посвящена различным аспектам популяционной, групповой и индивидуальной профилактики (не менее 30 % всего рабочего времени). Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики», обязанности ВОП включают:

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья прикрепленного населения;
- проведение профилактической работы по выявлению факторов риска развития заболеваний и предупреждение их;
- проведение мотивационного консультирования по факторам риска развития НИЗ;
- планирование и участие в мероприятиях, направленных на профилактику и борьбу с социально значимыми заболеваниями;
- консультирование отдельных лиц, семей, групп лиц по вопросам состояния здоровья, питания;
- пропаганда здорового образа жизни [20].

Таким образом, профилактика заболеваний у прикрепленного населения составляет основу работы ВОП. Ежедневно и неоднократно ВОП в своей работе сталкивается с необходимостью предоставления советов по приверженности к здоровому образу жизни (ЗОЖ), изменению образа жизни пациентов, например: отказу от курения, злоупотребления алкоголем, соблюдению правил рационального питания и т. д. Но знание не приводит к действиям, к воплощению этих знаний в жизнь, если у человека не сформирована достаточно сильная мотивация к изменению своего поведения. По результатам STEPS-исследования, меньше половины респон-

дентов (около 40 %) получали от врача или среднего медицинского работника рекомендации по ЗОЖ в течение последних трех лет. Учитывая масштаб распространенности факторов риска НИЗ, возникает необходимость внедрения специального инструмента индивидуальной профилактики в повседневную работу ВОП – профилактического консультирования [3, 18, 19].

Профилактическое консультирование (ПК) – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). От методов санитарного просвещения ПК принципиально отличается необходимостью создания у пациента мотивации к выполнению советов. По сути ПК – это попытка повлиять на пациента, мотивировать его к изменению, оздоровлению поведения. Следует заметить, что целенаправленно влиять на других людей – трудная задача. Поэтому от того, как врач владеет основными правилами эффективного общения, зависит эффективность самого консультирования. В проведении ПК может хорошо реализоваться командный принцип работы, когда все участники команды ВОП (врач – помощник врача – медицинская сестра) участвуют в процессе проведения ПК.

Согласно рекомендации ВОЗ, метод ПК – важное направление профилактики и лечения пациентов с НИЗ – может быть отнесен к методам поведенческой терапии. Определены условия, принципы и алгоритм проведения ПК для управляемых факторов риска НИЗ. В настоящее время проблеме эффективного ПК придается особое значение, технологии консультирования включены в качестве обязательных компонентов медицинских осмотров в странах Евросоюза, Российской Федерации.

Общая врачебная практика является идеальным местом для использования метода ПК. Знание своих пациентов и постоянная работа с ними позволяют создавать прочные контакты и формировать доверие между ВОП и пациентом. Кроме того, в условиях работы ВОП возможно обеспечить индивидуальный подход к каждому пациенту, что является неотъемлемым условием эффективного ПК. В Республике Беларусь с 2016 года в рамках реализации 6-й задачи проекта БЕЛМЕД (поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на первичную медицинскую помощь в Республике Беларусь) при участии экспертов ВОЗ осуществляются мероприятия по разработке и внедрению методов профилактики факторов развития НИЗ для специалистов ПМП. В число этих методов включены элементы ПК для работы врачей, помощников врачей и медицинских сестер с населением по факторам риска НИЗ.

Модель процесса осознанного изменения поведения. Для того чтобы общение с пациентом было эффективным, врач должен владеть специфическими навыками коммуникации и методикой мотивационного консультирования. Важно понимать, что изменение поведения человека – сложный, рас-

ванных пациентов, и его следует проводить специально обученным медицинским персоналом (помощник врача, медицинская сестра) по направлению ВОП. По времени углубленное ПК более продолжительно (до 45 мин), что позволяет более детально проработать решение существующей проблемы. Для углубленного ПК возможно повторное консультирование в целях контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Углубленное ПК также имеет свой алгоритм проведения для реализации конечной цели консультирования – изменения поведения. В рамках углубленного ПК следует:

- дать пациенту объяснение рисков существующего стиля поведения;
- объяснить пациенту важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней;
- оценить желание и готовность пациента к изменению (оздоровлению) образа жизни, оценить индивидуальные особенности (наследственность, привычки питания, физическую активность, степень никотиновой зависимости у курящих и пр.);
- обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля факторов риска;
- уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи», желательно с предоставлением письменных рекомендаций – памяток, листовок и т. п.);
- научить пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации;
- регистрировать в амбулаторной карте и учетной форме диспансеризации факторы риска, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также по возможности соблюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат;
- вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов; одобрять позитивные изменения;
- контролировать соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат [19].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики «Здоровье-2020» [Электронный ресурс]: материалы Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики «Здоровье-2020». URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А. и др. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002; 2: 3–7.
3. Войцков С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний [Электронный ресурс]. URL: http://cardio69.ru/sites/default/files/profilaktika_hronicheskikh_neinfekcionnyh_zabolevaniy_rekomendacii_gnicpm_chuchalin_a.g_boycov_s.a.pdf

Групповое ПК – это специальная организационная форма консультирования группы мотивированных пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта повышается, что доказано при проспективных долгосрочных контролируемых наблюдениях. Групповое ПК может включать несколько визитов продолжительностью около 60 мин каждое, проводится обученным медицинским работником (врач, помощник врача, медсестра). Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития). При групповом методе консультирования процесс ПК облегчается, повышается его эффективность, пациенты не только получают важные знания, но и необходимую им социальную поддержку [19].

Таким образом, на уровне ПМП в системе здравоохранения Республики Беларусь профилактическое консультирование является одним из эффективных методов борьбы с факторами риска НИЗ, высокая распространенность которых выявлена в результате STEPS-исследования. Кроме того, STEPS-исследованием обнаружены проблемы в осуществлении индивидуальных профилактических мероприятий по предупреждению распространенности факторов развития НИЗ, что требует усиления работы с населением.

Сегодня от современного врача ждут не просто владения определенными знаниями и практическими навыками, но и умения донести свои знания до пациента. Для успешной профилактики и лечения НИЗ недостаточно лишь проинформировать пациента, необходимо сделать так, чтобы пациент услышал, понял и изменил свое поведение. Включение в повседневную работу врача общей практики метода профилактического консультирования позволит повысить эффективность превентивных мероприятий и достигнуть целевых показателей подпрограммы 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы.

4. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сб. Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2016. 443 с.
5. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии: нац. рекомендации / РНПЦ «Кардиология». Минск, 2010. 52 с.
6. Стародубов В.И. Сохранение здоровья работающего населения – одна из важнейших задач здравоохранения // Медицина труда и промышленная экология. 2005; 1: 1–8.
7. Новик И.И., Сачек М.М., Ивкова Н.С. и др. Организация STEPS в Беларуси (принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанный Всемирной организацией здравоохранения) // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2017; 2 (91): 16–27.
8. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015:

- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2016; 388 (10053): 1659–1724.
9. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне: метод. рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. проф. С.А. Бойцова. URL: https://www.gnicrpt.ru/UserFiles/Met_rek_epid_monit_%20DOI.pdf
10. Масштабное исследование факторов риска неинфекционных заболеваний проведут в Беларуси [Электронный ресурс]. URL: <http://www.belta.by/society/view/masshtabnoe-issledovanie-faktorov-riska-neinfektsionnyh-zabolevanij-provedut-v-belarusi-187667-2016>
11. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>
12. Natalia Bandarenka. The design of the national survey on non-communicable diseases risk factors (STEPS) in the Republic of Belarus. Baltic-Nordic-Ukrainian Workshop on Survey Statistics: Theory and Methodology. Aug. 21–24, 2017. Vilnius, Lithuania. Statistics Lithuania, Vilnius, 2017. 140 p.
13. Бондаренко Н.Н. и др. Формирование репрезентативной выборки для STEPS-исследования в Республике Беларусь // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2018; 2 (95): 30–38.
14. Глобальные рекомендации ВОЗ по физической активности для здоровья [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2010. URL: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/ru/>
15. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] / ВОЗ, 16 февр. 2018 г. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
16. Глобальное резюме по гипертонии [Электронный ресурс] / ВОЗ, апрель 2013 г. URL: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/ru/
17. Глобальный доклад по диабету [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2016 г. URL: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/>
18. Калинина А.М., Еганян Р.А, Гамбарян М.Г и др. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 1 // *Профилактик. медицина*. 2013; 4: 8–12.
19. Калинина А.М., Еганян Р.А, Гамбарян М.Г и др. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 2 // *Профилактик. медицина*. 2013; 4: 13–18.
20. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс]: приказ МЗ РБ от 27.02.2018 № 177. URL: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza>
21. Протько Н.Н., Русович В.З., Бозуш Л.С. Метод мотивационного консультирования пациентов: учеб.-метод. пособие Минск: БелМАПО, 2017. 36 с.
22. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними; принята резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сент. 2011 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.Un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml
23. Kontsevaia A. et al. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси: аргументы в пользу инвестирования. ЕРБ ВОЗ, 2018. 37 с.
24. Щавелева М.В. и др. Результаты изучения ориентированности населения различных территориальных образований Республики Беларусь на здоровый образ жизни // *Мед. новости* 2015; 2: 21–24.
25. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь от 18.06.19 № 2435-ХІІ (ред. от 21.10.2016).
26. Об утверждении Государственной программы «Здоровье нации и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совмина Респ. Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200 (в ред. постановлений Совмина от 12.01.2017 № 22, от 09.02.2017 № 111). URL: <http://www.nasb.gov.by/rus/activities/research/2016/zdorovje-2016-2020.pdf>
27. Бозуш Л.С. Общая врачебная практика в Республике Беларусь: история, развитие и перспективы // *Здравоохранение* 2016; 5: 20–24.
28. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2012 – Режим доступа : <http://trto.gcontent/2016/06/Глобальный-план-действий-по-профилактике-неинфекционных-заболеваний-и-борьбе-с-ними-на-2013-2020-гг-ВОЗ.pdf>.

Поступила 12.01.201