

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
АКАДЕМІКА О.О. БОГОМОЛЦЯ

На правах рукопису

Н О В І К О В А

Валентина Василівна

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ
НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
НА ОСНОВІ ОБЛІКУ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ
У ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ
В УМОВАХ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ДІЛЬНИЦЬ

14.02.10 - соціальна гігієна і організація
охорони здоров'я, медичні науки

В.Новикова

А в т о р е ф е р а т
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата біологічних наук

Київ - 1996

АВ 33.744

ЛННБ України ім.В.Стефаника



00779399 (1)

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Інституті здоров'я ім. Л.І.Медведя

Науковий керівник - доктор медичних наук, професор
М.І.Хижняк.

Офіційні опоненти - доктор медичних наук, професор
О.Г.Прошек, доктор медичних наук, професор В.М.Лехан.

Провідна установа - Харківський державний медичний
університет.

Захист відбудеться " 01 " ~~.....~~ 1996 р.
о 13³⁰ год. на засіданні Спеціалізованої вченої
ради Д 01.21.02 - "Гігієна, соціальна гігієна і організація
охорони здоров'я" при Національному медичному університеті
ім. О.О.Богомольця /252057, Київ-57, просп. Перемоги, 34,
гігієнічний корпус, аудиторія № 2/.

З дисертацією можна ознайомитися в науковій бібліотеці
Національного медичного університету /Київ, вул. Зоологічна, 3/.

Автореферат розіслано " 29 " ~~.....~~ 1995 р.

Вчений секретар Спеціалізованої ради,

доктор медичних наук, професор

В.І.Бервінь

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Неінфекційні захворювання /НЗ/, хронічні за своїм перебігом, тяжко протікаючи, з частим виходом на інвалідність, смертністю у працездатному віці, при існуючій тенденції до постаріння населення, внаслідок пов'язаних з усім цим соціальних і економічних витрат, стають основною проблемою здоров'я в багатьох індустриальних країнах і тих, що розвиваються /ВООЗ, 1993/. Відсутність переконливих доказів ефективності медикаментозного лікування НЗ актуальним залишає пошук ефективних шляхів їх профілактики. В тому числі – на основі обмеження несприятливого впливу факторів соціальних, економічних, способу життя, біологічних, організації медичної допомоги, екологічних.

Ведучою позицією такої профілактики є прогнозування, вихідними даними для якого традиційно були результати популяційних досліджень, що базувалися на вивченні матеріалів смертності, захворюваності, випадків тяжкого або ускладненого протікання НЗ, рівнорідних за ознакою давнини НЗ.

Знання, що одержували під час популяційних досліджень, в теоретичному відношенні дозволили сформулювати концепцію факторів ризику. В практичному – сприяли проведенню в багатьох країнах світу масових профілактичних програм, розрахованих на усунення серед населення ведучих факторів ризику, переважно спільних для декількох НЗ.

Свідчення про позитивні зрушення в здоров'ї населення цих країн внаслідок здійснення профілактичних програм супроводжувались нарощуванням інформації протирічної і навіть негативної /В.К.Овчаров, В.А.Бмстрова, 1982; R.Jackson та ін., 1985; М.Жаловцев, 1988; Р.Г.Оганов, И.А.Гундаров, 1989/. Останнє дозволило заключити, що розвиток напрямку профілактики НЗ на основі усунення несприятливої дії факторів ризику зустрівся із труднощами

впровадження, із складнощами переносу накопиченого потенціалу у повсякденну лікарську практику, в повсякденне життя людей /А.А.Павлов та ін., 1984; А.Е.Корольков та ін., 1987; Р.Г.Оганов, И.А.Гундаров, 1989; Руководство по профилактической медицине, 1993/

На нашу думку, розв'язання цієї проблеми є можливим лише на основі урахування тих особливостей, які проявляє вплив факторів на індивідуальному рівні дослідження розвитку НЗ від їх виникнення до хронізації чи оздоровлення у конкретних здорових чи хворих осіб. Але такий шлях передбачає необхідність наукового обґрунтування нетрадиційних методологічних і методичних підходів, використання матеріалів для дослідження, однорідних за ознакою давнини неінфекційних захворювань. Отже - відповідної програми дослідження, яка передбачала б також можливість співставлення результатів вивчення факторів ризику при декількох НЗ, і відповідних показників. Вищесказане обумовило вибір теми дисертаційного дослідження.

Мета дослідження. Науково обґрунтувати профілактику неінфекційних захворювань на основі обліку впливу факторів у здорових і хворих в умовах територіальних лікарських дільниць, виходячи із розроблених нетрадиційних методологічних підходів, програми, методик, показників.

Завдання дослідження.

1. Науково обґрунтувати методологічні підходи, програму, методики, показники, що дозволяють вивчати особливості впливу факторів на виникнення і подальший розвиток неінфекційних захворювань в умовах територіальних лікарських дільниць.

2. На прикладі ревматизма, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та /або/ дванадцятипалої кишки, використовуючи розроблені методологічні підходи, програму, методики, показники кількісно оцінити

вплив факторів на виникнення і подальший розвиток цих НЗ на виборках здорових і хворих пацієнтів міських територіальних поліклінік по обслуговуванню дорослого населення.

3. Виходячи із результатів дослідження науково обґрунтувати профілактику НЗ на основі обліку і відповідної корекції несприятливого впливу факторів у здорових, хворих осіб і серед населення.

Наукова новизна дослідження.

- Вперше встановлені причини, що стримують впровадження знань про фактори ризику НЗ в повсякденну лікарську практику, в повсякденне життя людей, виходячи з чого розроблені і перевірені експериментально методологічні підходи, програма, методики, показники, за допомогою яких встановлені кількісно виражені значення впливу факторів на виникнення і подальший розвиток деяких НЗ.

- Вперше, на прикладі ревматизма, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка і дванадцятипалої кишки дано наукове обґрунтування профілактики НЗ на основі обліку кількісно виражених значень впливу факторів на виникнення і подальший розвиток НЗ і своєчасної корекції несприятливого їх впливу у окремих здорових і хворих осіб, серед населення в умовах територіальних лікарських дільниць за визначеною технологічною схемою.

- Вперше встановлені спільні закономірності прояву впливу факторів /стандартного переліку/ при різних НЗ, на різних етапах морфологічної стадії їх розвитку.

Теоретичне значення роботи полягає в розробці методологічних підходів, програми, методик, показників для встановлення кількісно виражених значень впливу факторів на виникнення і подальший розвиток НЗ, в науковому обґрунтуванні технології профілактики НЗ на основі обліку цих кількісних значень і відповідної корекції несприятливого впливу факторів в умовах територіальних лікарських

діленьця, що є певним внеском у подальшу розробку концепції факторів ризику НЗ.

Практичне значення роботи. Застосування в умовах лікарського прийому прогностичних таблиць ризику виникнення і подальшого розвитку ревматизма, гіпертонічної, виразкової хвороб наділяє конкретним змістом профілактику цих НЗ, управління /і самоуправління/ станом здоров'я здорових або хворих осіб. Використання способу скрінінг-прогнозування хронічних НЗ і устроя для його здійснення в цілях установлення кількісних значень впливу факторів на виникнення і подальший розвиток інших НЗ буде сприяти конкретизації профілактики і цих захворювань, відкриває можливість налагодження системи моніторингу здоров'я здорових осіб і хворих на початкових етапах розвитку у них НЗ.

Впровадження результатів роботи.

На основі проведених досліджень розроблені і впроваджені наступні матеріали:

- "Спосіб скрінінг-прогнозування хронічних неінфекційних захворювань та пристрій для його здійснення". - Група винаходів під спільною назвою. Заява № 94051544 від 5.07.93 р. 22.12.94 р. НДІ Патентної експертизи Держпатенту України прийнято рішення про видачу патента.

- Розроблені методичні рекомендації "Учет и оценка факторов риска в профилактике ревматизма, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки". - Київ, 1991, які впроваджені в поліклініках Києва та Макеївки.

- "Устройство для экспресс-анализа вероятности возникновения хронических неинфекционных заболеваний". Визнано МОЗ України як галузеву рацпропозицію. Заява № 1243 від 29.10.91 р. За рекомендацією Відділу промислової власності Державного Українського об'єднання

"Політехмед" /від 4.01.92 р. № I/ИР/ видан рекламний проспект пристрою, розіслан лікпрофзакладам України, Росії, Беларусі. У зв'язку із одержанням заяв на пристрій, проведена підготовча робота по виготовленню його промислового зразка.

- Розроблен і передан на розгляд МОЗ України ряд матеріалів дисертаційних досліджень.

Апробація роботи. Матеріали дисертаційної роботи викладені і обговорені на засіданнях відділення соціально-гігієнічних проблем здоров'я населення, відділу соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського НДІ загальної та комунальної гігієни ім. О.М.Марзеева /1961-1988 рр./, вчених рад та наукових комісій названого інституту /1963-1989 рр./, а також вчених Рад та наукових комісій Київського НДІ соціальної гігієни та управління охороною здоров'я /1990-1991 рр./, Всесоюзній /Москва, 1983/, інститутських /Київ, 1982, 1988/ наукових конференціях, з'їзді /Київ, 1991/, на засіданнях науково-практичних товариств /Київського міського та обласного/ соціал-гігієністів і організаторів охорони здоров'я, школи організаторів охорони здоров'я /Київ, 1992 - двійчі, 1985, 1987 рр./, на апробаційній раді Д 01.21.02 "Гігієна, соціальна гігієна і організація охорони здоров'я при НМУ /1995/.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 14 робіт /8 статей, 1 методичні рекомендації, 4 тез доповідей, 1 рекламна інформація пристрою/, в них 5 - самостійних.

Основні положення, що виносяться на захист:

I. Методологічні підходи, програма, методики, показники для встановлення в умовах територіальних лікарських дільниць кількісно виражених значень впливу факторів на виникнення і на подальший розвиток НЗ.

2. Значення прогностичних коефіцієнтів /ПК/ факторів ризику виникнення НЗ і вагових індексів /ВІ/ факторів хронізації /оздоровлення/ при ревматизмі, гіпертонічній хворобі, виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки у пацієнтів міських територіальних поліклінік по обслуговуванню дорослого населення.

3. Обґрунтування профілактики НЗ на основі використання прогностичних таблиць факторів ризику їх виникнення або хронізації і доступної технології корекції несприятливого впливу факторів у здорових, хворих осіб і серед населення територіальних лікарських дільниць.

Всі дослідження і обробка їх результатів виконані особисто автором дисертації.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 195 /без додатку/ сторінках машинописного тексту і складається із вступу, огляду літератури, описання об'єкту, методів, програми і організації, 3 розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, впровадження результатів дисертаційних досліджень, списку використаної літератури, який включає 162 вітчизняних та 58 зарубіжних джерел. Робота ілюстрована 27 таблицями на 120 сторінках /додатку/, 6 малюнками.

Характеристика методологічних і методичних підходів, організації, об'єкту, методів досліджень.

Як показав огляд літератури, причини стримання впровадженнь знань про фактори ризику, що одержані на підставі популяційної концепції, у повсякденне життя, у повсякденну лікарську практику полягають у відсутності здатності до сприйняття на популяційному рівні ефектів і закономірностей, що виявляє вплив факторів на виникнення і подальший розвиток НЗ у конкретних осіб; у відсутності відповідних методологічних і методичних підходів для такого ви-

вчення.

Методологічними посилками до розробки власної програми дослідження послужили: "впливу факторів на виникнення НЗ неоднозначний вплив тих самих факторів на їх подальший розвиток не тільки при різних, але і при одноіменних НЗ", "при конкретному НЗ незмінності впливу факторів відповідає певна клінічна картина". Єдність програми дослідження впливу факторів при різних НЗ базувалось на єдиній стандартній основі, в тому числі, на стандартному переліку факторів, на уніфікації первинних матеріалів, методик, показників, ретельному доборі осіб у групи досліджень. Враховуючи, що в умовах територіальних лікарських діляниць вплив факторів навколишнього екологічного середовища є відносно однорідним, стандартний перелік факторів включав: соціальні, біологічні, об'єму і організації медичної допомоги хворим. Критеріями для добору осіб здорових були відсутність хронічних НЗ, частота грипа та гострих респіраторних інфекцій не більше 2, самооцінка здоров'я: "хороше". Хворих - відсутність реєстрації досліджуемого НЗ у минулому, відсутність інших НЗ, зокрема таких, які можна розглядати як передуючі виникненню основного /досліджуемого/.

Первинні матеріали збирались в умовах міських поліклінік по обслуговуванню дорослого населення в містах Київ /виборка хворих/, Донецьк, Кіровоград, Одеса, Рівне /виборка здорових та хворих "обучаючої" виборки/. В поліклініках Києва було переглянуто більше 3000 статистичних талонів /ф. 025-2у/ із знаком "+", більше 1500 Медичних карт амбулаторних хворих /ф. 025-у/, заповнено біля 1000 карт власних досліджень, проведено таку ж кількість інтерв'ю. Всього в дослідження було включено 101 карта хворих на ревматизм, 147 - на гіпертонічну, 140 - на виразкову хворобу. Із 2000 карт обстеження здорових було відібрано 115 з найбільш повною інформацією

про стан здоров"я крiвних родичiв.

Вплив факторiв на виникнення НЗ визначався вiдомим методом співставлення зустрiчаємостi /%/
кожного iз факторiв в групi здорових, по вiдношенню до групи хворих на вiдповiдне НЗ, на день встановлення хворим заключного дiагнозу, з подальшим обчисленням коефiцiєнтiв цього вiдношення у логарифмованому виглядi: прогностичних коефiцiєнтiв /ПК/ факторiв ризику конкретного НЗ. ПК iз знаком "-" вiдповiдали факторам, якi переважно рееструвались серед здорових. Тому ми назвали їх факторами мiнимального ризику. ПК iз знаком "+" - серед хворих. Ми назвали їх факторами максимального ризику виникнення НЗ. Всього було проаналiзовано бiля 50 факторiв на 1 особу. Разом - бiльше 13 тисяч.

Вивчення впливу факторiв на розвиток НЗ проводилося впродовж перших 6 рокiв НЗ: на початку НЗ /на день встановлення заключного дiагнозу/, на кiнець 1, на кiнець 6 року - в статистичеських групах; за 0-1, 2-6, 0-6 роки - в динамичеських групах. Використовувалися методи викопiйовування iз амбулаторної карти хворого /ознак НЗ, починаючи вiд першого згадування про нього до дня встановлення заключного дiагнозу i закiнчуючи кiнцем 6 року хвороби; перелiк захворювань, признаких як передуючих виникненню основного, та факторiв соцiально-бiологiчних, об"єму i органiзацiї медичної допомоги цим особам/, iнтерв'ювання, анкетування хворих. Стан здоров"я хворого характеризувався за допомогою бального оцiнювання всiх ознак основного захворювання. Групи хворих - за допомогою середньої бальної / \bar{x} / оцiнки тяжкостi стану при досліджуемому НЗ та частки /%/
хворих iз покiршенням стану. За допомогою їх, згiдно розробленої нами методики, визначали вплив факторiв на розвиток НЗ. Вiдображенням цього впливу стали ваговi iндекси /ВІ/ факторiв ризику розвитку конкретного НЗ. Всього було проведено близько 660 розрахункiв-

розкладок факторів на І хворого. Разом - більше 250000 обчислень.

Виходячи із результатів вивчення впливу факторів на виникнення НЗ, за допомогою відомої формули Байєса, проведено моделювання рівнів захворюваності населення різними НЗ, обумовлених впливом різних факторів, як поодиноким, так і обумовленим їх поєднаннями.

Отже, методами дисертаційного дослідження були: соціологічний, санітарної статистики, експериментальний, математичного моделювання. Статистична обробка даних проводилась на МЦЕОМ "Искра-122-1". Оцінка вірогідності порівнюваних параметрів - за допомогою критеріїв t "-Стьюдента і "ХІ"-квадрат.

Основні результати досліджень та їх обговорення.

Розроблена програма дослідження на основі методологічних підходів, методик, показників, дозволяючих вивчати вплив факторів на виникнення і подальший розвиток НЗ у конкретних здорових і хворих осіб в умовах територіальних лікарських ділянок, пройшла експериментальне випробування шляхом вивчення впливу конкретних факторів на прикладі конкретних НЗ. В результаті були обчислені конкретні значення впливу факторів при ревматизмі, гіпертонічній та виразковій хворобах. Аналіз їх показав нижчевикладене.

Вплив факторів /із стандартного переліку/ на виникнення конкретного НЗ виявляється неоднозначним впливу тих самих факторів на його подальший розвиток /табл. І-3/. Присліджуємо це на прикладі такого фактора як стать /альтернативні або різноякісні прояви одного і того ж фактора ми називали: "фактор"/.

Із табл. І видно, що стать кіноча є фактором максимального ризику виникнення ревматизма і гіпертонічної хвороби, однаково /ПК-16/ вираженого. Стать чоловіча мінімізує ризик виникнення цих хвороб, причому ревматизма - в найбільшій мірі /ПК-40 проти

Таблиця І. Значення прогностичних коефіцієнтів /ПК/ деяких факторів, обумовлюючих виникнення ревматизма, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та /або/ дванадцятипалої кишки

Назва факторів	Значення ПК ризику виникнення:					
	ревматизма /Р/		гіпертонічної хвороби /Г/		виразки /В/	
Стать: чоловіча	-40		-28			
жіноча		+18		+18		
Вік: 17-39 років			-37		-15	
40-55-60 років				+59		+40
Сімейний стан: сімейні	- 5		-10			
одинокі		+45		+66		
Після робочого дня:						
відпочивають	-20		-19		-13	
не відпочивають		+104		+102		+90
Масо-ростове співвідношення, %: до 120			-30			
120 і більше				+ 72		
Спадковість: не обтяжена	-64		-60		-49	
обтяжена тільки по Р		+32	-112			
тільки по Г	-3			+ 21	- 6	
тільки по В	-48		-64			+15
тільки по РГ		+52		+ 28		+50
тільки по РВ		+34	-42		-19	
тільки по ГВ	-66			+ 2		+10
по РГВ		+44	-12			+11

=-28/. На виникнення виразки стать як фактор не впливає / $p > 0,05$ /.
 На розвиток всіх трьох НЗ стать оказує виражений вплив /табл. 2/.
 На початковому етапі /0-І рік/ при ревматизмі і гіпертонічній хворобі переважаюче зменшення тяжкості стану / \bar{x} / спостерігалось серед жінок /ВІ $\bar{x}_{0-I} = -70$ проти -23 при ревматизмі, ВІ $\bar{x}_{0-I} = -32$ проти -4 при гіпертонічній хворобі/. Середньогрупове значення динаміки \bar{x} впродовж 0-І року при першому НЗ $= -72$, при другому $= -38$. При виразці - вираженим було як серед чоловіків /ВІ $\bar{x}_{0-I} = -81$ /, так і серед жінок /ВІ $\bar{x}_{0-I} = -71$ /, на фоні середньогрупової

Таблиця 2. Значення вагових індексів \overline{VI} деяких факторів, обумовлюючих динаміку тяжкості \overline{X} стану та динаміку частки \overline{K} хворих із поліпшенням стану впродовж перших 6 років розвитку ревматизма, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки

Назва факторів	Ревматизм				Гіпертонічна хвороба				Виразкова хвороба				
	\overline{VI} за:		\overline{K} за:		\overline{VI} за:		\overline{K} за:		\overline{VI} за:		\overline{K} за:		
	0-1 роки	2-6 роки	0-6 роки	за 2-6 роки	0-1 роки	2-6 роки	0-6 роки	за 2-6 роки	0-1 роки	2-6 роки	0-6 роки	за 2-6 роки	
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Стать: чоловіча	-23		-32		-4				-81		-71		-62
жіноча	-70		-60		-36		-4	-II	-71		-74		-34
Вік, роки: 17-29	-63		-45		-II		-8		-76		-64		-28
30-39	-42		-28		-8		-20		-66		-72		-32
40-55 і більше	-23					-23	+15		-28		-63		-59
Сімейний стан: сімейні	-68		-60		-40		-30		-II		-86		-56
одинокі	-26		-34		-4		-4		-49		-48		-8
Відпочинок після робочого дня: активний							-4		-79		-64		-4
пасивний					-23				-73		-61		-18
відсутній					-II				-52		-32		-43
Масо-ростове співвідношення, %: до 100	-38		-20		-4		-20		-64		-73		-41
101-119	-67		-34		-26		-4		-67		-72		-36
120 і більше	-23		-30		-23		-15	+10	-8		-18		-4
Група крові: реуc-позитивний	-68		-50		-23		-34		-II		-60		-45
реуc-негативний	-32		-30						-56		-38		-8

Продовження табл. 2

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Спадковість:												
не обтяжена	-56		-34	-25	-11			-11	-72		-63	-34
обтяжена за одно- ім'яним захворю- ванням	-56	-4	-62	-15	-18				-58		-56	-52
обтяжена за спо- різненими хворо- бами	-54		-25		-8				-56		-56	-28
Частота звертань з приводу загострень основного захворю- вання, в середньому за рік:		<u>не звертались:</u>				<u>не звертались:</u>			<u>не звертались:</u>			
	-52	-46	-20						-77		-69	-25
		<u>звертались 1 раз</u>				<u>звертались 1 раз:</u>			<u>звертались 1 раз:</u>			
		<u>або частіше:</u>			-41		-4	-11	-78		-68	-57
	-61	-15	-26		<u>більше 1 разу</u>				<u>більше 1 разу</u>			
					+28	+18	-8		-40		-50	
Частота відвідувань з приводу загострень основного захворю- вання, в середньому за рік:		<u>0-1 раз</u>				<u>не відвідували</u>			<u>не відвідували</u>			
	-4	-15							-68	-8	-66	-4
		<u>2 рази або більше</u>				<u>1-3 рази</u>				<u>1 раз</u>		
	-72	+11		-23	-32	+20		-11	-56	+20	-25	-4
Частота шпиталізації з приводу основного захворювання, в се- редньому за рік: 0	-18		-68	-4	-28			-4	-66	-69	-69	-41
1 або більше	-70			-23	-11				-84		-62	-50
По всім факторам:	-72		-65	-33	-36		-8	-11	-92		-87	-64

динамики $\bar{V}I_{0-1} = -92$. Продовж 2-6 років статистично вираженої динамики зменшення тяжкості стану при цьому факторі /як і при переважній більшості інших/ не спостерігалось, але відбувалось зменшення кількості осіб "із поліпшенням" стану, що було досягнуто впродовж 0-1 року, за рахунок "переходу до групи хворих "з погіршенням стану або без змін". При гіпертонічній хворобі - зменшення частки /% / саме кінок: $\bar{V}I_{2-6} = -36$ та $= -11$, на фоні середньогрупових відповідно $= -38$ та $= -11$. При виразці - зменшення частки чоловіків / $\bar{V}I_{0-6} = -62$ / в більшій мірі, ніж кінок / $\bar{V}I_{2-6} = -3$ /, на фоні середньогрупового $\bar{V}I_{2-6} = -64$.

Одержані в результаті дослідження дані дають змогу проаналізувати вплив факторів стандартного переліку також у зафіксовані моменти часу: в статистиці. Як показало дослідження, стать як фактор ризику на нозологічній стадії досліджуваних НЗ проявляє себе лише при виразці і лише наприкінці I року хвороби, обумовлюючи найбільшу тяжкість / \bar{x} / стану саме чоловіків.

Відмітимо, що проводити співставлення даних про вплив факторів на виникнення і на подальший розвиток НЗ дозволяє те, що вони були одержані на єдиній стандартній і уніфікованій основі, за єдиною програмою. Дані про вплив факторів на етапах нозологічних стадій НЗ можна порівнювати також за їх інформативністю. Як видно на прикладі навіть одного фактора /статі/, кількість інформації, що можна одержати за допомогою показників \bar{x} та % в динаміці є значно більшою, ніж та, що характеризує вплив факторів в статистиці. Отже, при вивченні впливу факторів на розвиток НЗ більш доцільним слід визнати використання даних, що в залежності від тих чи тих факторів характеризують динаміку тяжкості стану та частку хворих із поліпшенням. Тим більше, що явище розвитку НЗ по свої суті є динамічним, а не статичним.

Оскільки вплив факторів на виникнення НЗ вивчався шляхом співставлення розподілів осіб здорових із захворівшими вперше в житті, цікавим уявлялось порівняння розподілу осіб здорових із хворими наприкінці 6 року захворювання за тим самим стандартним переліком факторів. Проведене порівняння дозволило встановити в якості факторів ризику переважно ті ж самі фактори, що в скороченому вигляді наведені у табл. 1. Поряд з цим, серед хворих наприкінці 6 року більш часто стали реєструватись погані стосунки в сім'ї та побути, відсутність відпочинку після робочого дня та у вихідні. Значно зменшились скарги на наявність профшкідливостей в умовах праці; зменшилась частка вживачих алкоголь. Можливо, що саме наявність схожого розподілу хворих за факторами /в нашому дослідженні - наприкінці 6 року хвороби, порівняно із початком/ давала підстави популяційні дослідження /соціально-гігієнічні, гігієнічні, вибіркові клінічні і навіть епідеміологічні/ з вивчення факторів ризику проводити без урахування даними розвитку НЗ. На відміну від показників середньої бальної оцінки тактності стану хворих і відсотку їх з поліпшенням, розподіл частот реєстрації факторів серед хворих наприкінці 6 року хвороби дає дуже укрупнене уявлення про те, як відбивається вплив факторів на індивідуальному рівні. Показники \bar{x} та \bar{z} , навпаки, більш чутливо "реагують" на зміни в стані здоров'я хворих, що, як показало наше дослідження, обумовлено перш за все медичним втручанням, медичною увагою.

Порівняння із літературними власних результатів дослідження впливу факторів свідчить про їх схожість, але не із результатами якогось одного дослідження, а із результатами, одержаними багатьма авторами. Це підкреслює об'єктивність відображення явища впливу факторів за допомогою введених нами показників. На відміну від літературних, власні дані характеризують його не тільки різнобіч-

но, а і у систематизованому вигляді, до того ж у динаміці розвитку НЗ, а не в статистиці.

Аналіз впливу факторів на динаміку тяжкості стану хворих і на динаміку частки їх із поліпшенням впродовж 0-1 та 2-6 років дозволив встановити спільні для трьох НЗ закономірності, скриті при вивченні 6-річного періоду хвороби. Згідно даним табл. 2, впродовж 1 року вплив більшості факторів обумовив зменшення тяжкості стану хворих, наростання відсотку їх із поліпшенням. Впродовж 2-6 років подальшого зменшення тяжкості не спостерігалось /при більшості факторів/, але відбувався "перехід" хворих із поліпшенням до умовної групи з погіршенням /або без змін/, причому, під впливом майже саме тих факторів, що обумовили зменшення тяжкості впродовж 1 року.

Аналіз динаміки оздоровлення хворих, судячи за абсолютними величинами VI факторів /табл. 2/, виявляє й різну інтенсивність оздоровлення при трьох НЗ: найбільш виражені динамічні зрушення при виразці, досить виражені - при ревматизмі і нерівко виражені при гіпертонічній хворобі. Зменшення середньої бальної оцінки тяжкості стану хворих складало при виразці 59,2% на 0-1 рік /64,3% за 0-6 років/, при ревматизмі - 31,2% /30,4%/, при гіпертонічній хворобі - 18,2% /10,8%/ відповідно. Інтенсивність медичного впливу досить високою відмічалась як у хворих на виразку, так і у хворих на ревматизм. При ревматизмі, зокрема, досить вираженим виявився прояв соціально-біологічної активності хворих, саме впродовж 2-6 років. При гіпертонічній хворобі і інтенсивність медичного спостереження, лікування, оздоровлення виявилась незадовільною, і соціально-біологічна активність хворих, причому, не тільки впродовж 0-1, а і 2-6 років хвороби. Це характеризує також і досить повільний перехід частки хворих із по-

ліпшенням до групи з погіршення стану, який при гіпертонічній хворобі виражався всього лише 15,0% /при ревматизмі - 29,7%, при виразці - 40,0%/.

Виходячи із співвідносності впливу факторів, було проведено математичне моделювання їх впливу на рівні захворюваності, відповідно ревматизмом, гіпертонічною, виразковою хворобами міського дорослого населення. Моделювання дозволило виявити НЗ, що обумовлюється найбільшою кількістю керованих факторів мінімального і максимального ризику. Визначення серед них здатних у поєднаннях мінімізувати ризик виникнення НЗ у найбільшій мірі, дозволяє науково обгрунтовано підходити до вибору НЗ в цілях включення їх у програму масової профілактики НЗ. Моделювання показало, що попередження виникнення серед населення саме гіпертонічної хвороби виявляється найбільш реальним.

Як видно із табл. 1, значення прогностичних коефіцієнтів /ПК/ факторів ризику виникнення НЗ несуть диференційовану інформацію про співвідносний вплив факторів. Така інформація може бути використана для прогнозування виникнення, по меншій мірі, одного НЗ із ряду декількох. Значення вагових індексів /ВІ/ факторів /табл. 2/ дають диференційоване уявлення про можливий співвідносний вплив конкретних факторів на розвиток конкретних НЗ у хворих. Тому значення ВІ можуть бути використані для прогнозування імовірності хронізації чи оздоровлення хворих на конкретне НЗ. Результати вивчення впливу факторів на виникнення, розвиток НЗ у окремих осіб, на рівні захворюваності населення природним чином укладаються в технологічну схему профілактики НЗ /табл. 3/. Заходи і очікувана ефективність пропонованої технології відрізняються від основаної на показниках розподілу зустрічальності факторів, одержуємих при популяційних дослідженнях факторів ризику. Перш за

Таблиця 3. Схема технології профілактики неінфекційних захворювань /НЗ/ в умовах територіальних лікарських дільниць на основі обліку впливу факторів соціальних, біологічних, об'єму та організації медичної допомоги

Запобігання виникненню НЗ		Запобігання хронізації НЗ	
Заходи	Ефективність	Заходи	Ефективність
<p>При високому ризику захворювати - обмеження несприятливого впливу факторів максимального ризику, посилення окремого або поєднаного впливу факторів мінімального ризику.</p> <p>Серед населення - зміна частоти зустрічності факторів, що сприяють виникненню конкретних НЗ. Надання медико-соціальної допомоги особам з високим ризиком захворювати на відповідне НЗ</p>	<p>У окремих осіб - максимальне віддалення початку НЗ, виявлення хвороби на початкових етапах її розвитку.</p> <p>Серед населення - аналіз можливостей та пріоритетності здійснення профілактичних заходів відносно конкретних НЗ, зниження фактичних рівнів захворюваності населення. Підвищення ефективності профілактичних медичних оглядів, амбулаторно-поліклінічних закладів у цілому</p>	<p>У хворих - обмеження впливу факторів, що обумовлюють збільшення тяжкості стану хворих або невисокий відсоток хворих із поліпшенням стану, посилення впливу факторів, що сприяють зменшенню тяжкості стану хворих та зростанню їх частки із поліпшенням. Надання необхідної медико-соціальної допомоги хворим, які потребують корекції несприятливого впливу факторів: працевлаштування, корекція стосунків у сім'ї, трудовому колективі, поліпшення житлових умов та ін.</p>	<p>У хворих - зменшення тяжкості стану, підтримання стійкої ремісії з мінімальною тяжкістю стану у максимального числа хворих; у подальшому - збільшення кількості хворих із поліпшенням стану. Зниження частоти звертань, відвідувань хворих з приводу загострення НЗ; обмеження поширеності НЗ.</p>

все - орієнтацією на якісні показники здоров'я, через які виражається гарантований мінімум первинної профілактичної допомоги здоровим /попередження виникнення НЗ/ і хворим /покращення стану, оздоровлення/. Поряд з цим, - неаязливий, недерективний характер профілактики; можливість реального управління станом здоров'я здорових і хворих, навіть самоуправління /кожною людиною/ станом власного здоров'я на підставі знань, що дають значення ЛК та ВІ.

В И С Н О В К И

1. Наукове обґрунтування профілактики НЗ на основі обліку впливу факторів в умовах територіальних лікарських дільниць потребує нетрадиційних методологічних підходів /"вплив факторів на виникнення НЗ неоднозначний впливу тих самих факторів на їх подальший розвиток не тільки при різних, але і при одноіменних НЗ", "незмінність клінічної картини НЗ супроводжується незмінністю впливу факторів", "відносна однорідність впливу екологічних факторів на території лікарських дільниць дозволяє у перелік факторів, що підлягають визченню, включати соціальні, біологічні, об'єму і організації медичної допомоги"/, дозволяючи обліковувати особливості впливу факторів на донозологічній і нозологічній стадії НЗ, єдиної програми дослідження при декількох НЗ впливу факторів на донозологічній і різних етапах нозологічної їх стадії, стандартних методів /в тому числі, стандартного переліку факторів/, відповідних показників, дозволяючи кількісно оцінювати вплив факторів не тільки на виникнення НЗ, але і на різних етапах їх подальшого розвитку.

2. Профілактика НЗ на основі обліку впливу факторів передбачає використання в умовах територіальних лікарських дільниць прогностичних таблиць /із кількісними значеннями впливу факторів/,

ЛІБ. І. В. С. 1987
НА

установлення ризику виникнення або ризику хронізації конкретних НЗ у конкретних здорових або хворих осіб під впливом відповідних факторів або їх поєднань, наступної корекції несприятливого впливу факторів, з метою попередження випадків виникнення НЗ у осіб з вираженою ступінню ризику його виникнення, виявлення нозологічних стадій НЗ на якомога більш ранніх строках розвитку хвороби, попередження випадків хронізації НЗ.

3. Планування профілактики НЗ серед населення передбачає встановлення НЗ із ряду декількох /за допомогою методу математичного моделювання за Байєсом/, виникнення яких обумовлюється найбільшим числом керуємих факторів, з наступною корекцією їх несприятливого впливу у осіб з вираженим ризиком захворіти їми, поряд із здійсненням заходів по усуненню серед населення факторів ризику, спільних для кількох НЗ.

4. Вперше розроблена методика оцінки динаміки стану хворих в залежності від впливу конкретних факторів, виходячи із бального оцінювання вираженості симптоматики НЗ, застосування якої дозволило не тільки установити кількісні значення факторів хронізації НЗ, поряд із факторами оздоровлення, але і встановити спільні закономірності розвитку НЗ /зменшення тяжкості стану у хворих впродовж I року хвороби, її стабілізацію впродовж 2-6, з наростанням за цей час відсотку хворих із погіршенням стану або без змін/, встановити формуючу роль інтенсивності медичного впливу чи соціально-біологічної активності хворих в оздоровленні їх на етапі 0-I або 2-6 років медичного спостереження, лікування, оздоровлення.

5. Вперше встановлені кількісні значення зміни тяжкості стану у хворих на протязі 0-I і 2-6 років хвороби, що свідчать про найбільш схожі закономірності динаміки оздоровлення /хронізації/

при ревматизмі і при виразці: на протязі I року ефективність оздоровлення хворих виражалась зменшенням тяжкості стану на 31,2% - при ревматизмі, на 59,2% - при виразці, на 18,2% - при гіпертонічній хворобі. За всі 6 років - на 30,4%, 64,3%, 10,8% відповідно. Невисока ефективність оздоровлення при гіпертонічній хворобі пояснюється менш вираженою інтенсивністю медичного впливу не тільки на протязі 0-I року, але і 2-6 років, поряд із ^{це}достатньо вираженою соціально-біологічною активністю хворих після першого року хвороби.

6. Впровадження технології попередження виникнення і подальшої хронізації НЗ на основі обліку впливу факторів в умовах територіальних лікарських дільниць дозволяє ефективно керувати станом здоров'я здорових і хворих осіб недержативним і неформальним способом. При відносно невеликих витратах - уникати витратам на лікування і утримання значної частини хворих.

7. Методологічні і методичні підходи, програма, показники, розроблені для встановлення кількісно виражених значень впливу факторів на виникнення і подальший розвиток ревматизма, гіпертонічної, виразкової хвороб, можуть бути використані для встановлення кількісних значень впливу факторів на дозовологічній і етапах новологічної стадії інших НЗ в цілях їх профілактики, на інших контингентах населення. При цьому за вихідний момент дослідження слід вважати дату встановлення заключного діагнозу НЗ, а в якості I року - рік хвороби, а не календарний /звітний/ рік.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

I. Учет и оценка факторов риска в профилактике ревматизма, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Методические рекомендации. - К., 1991. - 14 с. /в соавтор-

стве/.

2. Методологічні та методичні особливості вивчення впливу факторів на виникнення та подальший розвиток деяких хронічних неінфекційних захворювань і розробка технології їх профілактики в умовах терапевтичних дільниць поліклінік // Соц. гігієна, організація охорони здоров'я і історія медицини. - К.: Здоров'я, 1993. - С. 80-83.
3. Изучение влияния социально-гигиенических и биологических факторов на заболеваемость населения с использованием метода моделирования // Соц. гигиена, организация здравоохран. и история медицины. - К.: Здоров'я, 1992. - С. 22-26 /в соавторстве/.
4. Влияние ряда факторов социальной и генетической природы на возникновение некоторых неинфекционных заболеваний с хроническим течением и необходимость их учета в цепи первичных профилактических мер // Соц. гигиена, организация здравоохран. и история медицины. - К.: Здоров'я, 1983. - С. 126-130.
5. К вопросу об оценке эффективности диспансеризации на примере больных гипертонической болезнью, ревматизмом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Соц. гигиена, организация здравоохран. и история медицины. - К.: Здоров'я, 1987. - С. 103-107.
6. О роли образа жизни в повышении эффективности медицинской помощи при гипертонической и язвенной болезни // Вклад молодых социаль-гигиенистов в медицинскую науку и здравоохранение на современном этапе. - М., 1983. - С. 11-14 /в соавторстве/.
7. Некоторые особенности гигиенического воспитания населения на современном этапе // Медико-социальные аспекты влияния образа жизни на формирование здорового поколения. - М., 1984. - С. 156-157.
8. Характеристика условий образа жизни у практически здоровых лиц трудоспособного возраста // Соц. гигиена, организация здравоохран.

и история медицины. - К.: Здоров'я, 1989. - С. 26-28 /в соавторстве/.

9. Об организации изучения здоровья населения, приуроченного ко Всесоюзной переписи 1989 года // Соц. гигиена, организация здравоохранения и история медицины. - К.: Здоров'я, 1988. - С. 13-17 /в соавторстве/.

10. Устройство для экспресс-анализа вероятности возникновения хронических неинфекционных заболеваний: - Рекламная информация. - Врачебное дело. - 1993. - № 4 /в соавторстве/.

11. О показателях оценки эффективности медицинской помощи хронически больным на современном этапе // X украинский съезд гигиенистов. - К., 1981. - Т. II. - С. 48-50 /в соавторстве/.

12. Генетически обусловленные факторы риска возникновения ревматизма, гипертонической и язвенной болезней и их применение в практическом здравоохранении // X Украинский съезд гигиенистов. К., 1981. - Т. II. - С. 40-41 /в соавторстве/.

13. Роль социально-гигиенических факторов в оздоровлении больных важнейшими хроническими заболеваниями // Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни населения СССР в свете решений иенского /1983 г./ Пленума ЦК КПСС ... - Запорожье, 1983. - С. 104-107 /в соавторстве/.

14. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний на основе учета воздействия факторов у здоровых и больных. - Актуальные вопросы внутренней медицины, медицинской этики и образования. - К., 1994. - С. 262.

Novikova V.V. Scientific substantiation of prophylaxis of non-infectious diseases on the basis of registrations of factors' influence over healthy and sick persons, under conditions of Territorial Medical Stations. Dissertation (as manuscript) for

degree of Candidate of biological sciences in speciality 14.02.10 - social hygiene and organizations of public health. National

Medical University, Kiev city, 1995. On grounds of materials of long-term research on factors' influence under rheumatism, hypertension, gastric ulcer and duodenal ulcer in conditions of the Municipal Territorial Adult Polyclinics, there are scientifically substantiated the methodological and methodological approaches, programme, indices for defining the quantitative characteristics of these factors' influence on beginning and subsequent development of non-infectious diseases and methods of their prophylaxis and chronometry on the basis of registration and timely correction of unfavourable influence of factors over healthy and sick persons.

Новикова В.В. Научное обоснование профилактики неинфекционных заболеваний на основе учета воздействия факторов у здоровых и больных в условиях территориальных врачебных участков. Диссертация /на правах рукописи/ на соискание научной степени кандидата биологических наук по специальности 14.02.10 - социальная гигиена и организация здравоохранения. Национальный медицинский университет, Киев, 1995. На материалах многолетнего изучения воздействия факторов при ревматизме, гипертонической болезни, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях городских территориальных поликлиник по обслуживанию взрослого населения научно обосновываются методологические и методические подходы, программа, показатели для определения в этих условиях количественно выраженных значений влияния факторов на возникновение и последующее развитие неинфекционных заболеваний и технология предупреждения их возникновения и хронизации на основе учета и своевременной коррекции неблагоприятного воздействия факторов у здоровых и больных.

Ключові слова: неінфекційні захворювання /ІЗ/, фактори ризику виникнення і подальшого розвитку, профілактика.

Підл. до друку 15.12.95 Формат 60x84/16 Папір 70г Друк. офс.
Друк. офс. Умовн. друк. арк. 13 Обл.-вид. арк. 1 Тир. 100
Зам. 5-3126

Київська книжкова друкарня наукової книги. Київ, Б. Хмельницького, 19.

45312M

AB 33.744

AB 33.744