

Концепция факторов риска и ее практическое значение для здравоохранения

С понятиями здоровья и болезни тесно связаны представления о факторах риска. ВОЗ дает следующее определение **факторов риска** – это **какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы.**

От факторов риска следует отличать непосредственные факторы (причины) возникновения и развития заболеваний – бактериальные, химические, физические, механические, психические и многие другие неблагоприятные воздействия, которые действуя прямо или опосредованно, вызывают патологические изменения в организме, его органах и системах. Соответственно *для развития того или иного патологического процесса при наличии факторов риска требуется еще и действие конкретного причинного фактора или их комбинаций.*

Современные подходы к профилактике и лечению заболеваний основываются на *концепции факторов риска – совокупности представлений об управляемых и неуправляемых факторах, которые могут быть учтены или использованы (скорректированы) медицинским работником для эффективной первичной и вторичной профилактики заболеваний (состояний), их лечения и реабилитации.*

Факторы риска изучаются в эпидемиологических и клинических исследованиях с помощью специальных методов, а затем становятся инструментом практической медицины. Безусловно, грамотный врач должен не просто иметь представление о перечне факторов риска для своего диапазона заболеваний, но и понимать уровень (степень) риска каждого фактора, их иерархию и взаимодействие. Это необходимо для адресной, конкретной работы с каждым пациентом, их имеющим. Также следует различать *управляемые (модифицируемые) факторы*, которые можно корректировать и *неуправляемые*, которые необходимо просто учитывать.

По данным ВОЗ *основными глобальными факторами риска смертности* в мире являются повышенный уровень артериального давления (причина 13% всех случаев смерти в мире), употребление табака (9%), повышенный уровень сахара крови (6%), недостаточная физическая активность (6%) и избыточный вес (5%). Эти факторы повышают риск развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Перечисленные факторы риска оказывают влияние на население, проживающее в странах, относящихся ко всем группам по уровню дохода: высокому, среднему и низкому.

Основными *глобальными факторами риска для бремени болезней, измеряемого в годах жизни, скорректированных на нетрудоспособность (DALY)*, являются пониженная масса тела (6% DALY во всем мире), небезопасный секс (5%), употребление алкоголя (5%), непригодная для питья вода, низкий уровень санитарии и гигиены (4%).

Эксперты ВОЗ в 80-х гг. XX в. определили ориентировочное соотношение различных **факторов обеспечения здоровья** современного человека и скомпоновали их в четыре основные группы. На основе этого исследования в 1994 году Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях "Охрана здоровья населения" и "К здоровой России" определила это соотношение применительно к нашей стране. Следует отметить, что подобное соотношение характерно, если проводится общепопуляционное исследование здоровья населения. Если предметом изучения являются смертность от конкретных заболеваний или профильная заболеваемость, а также оценивается комплекс факторов риска на уровне индивидуального здоровья, оно может существенно меняться. Однако сами **группы факторов влияния** остаются неизменными и должны учитываться каждым врачом при проведении работы по их коррекции у конкретного пациента или группы людей.

Социально-гигиенические и поведенческие факторы) - 50-55% влияния.

К ним, прежде всего, относятся **факторы образа жизни**, в основе которых соблюдение профилактических и гигиенических норм и правил, которые человек воплощает в своем стиле и образе жизни. *Следует понимать, что сюда относят только те факторы, которые реально зависят от самого человека, его поведения, привычек, настроения* и т.д. Поэтому достаточно часто эту группу называют **поведенческими факторами**. Каждый человек формирует свой режим дня, сна и отдыха, кратность и рацион питания, водного режима, уровень физической и сексуальной активности, «взаимоотношения» с алкоголем, табаком, наркотиками, формат реагирования на стрессы и т.д. Врач должен понять, каким образом он может помочь человеку «усилить» факторы со знаком «плюс» и нивелировать факторы со знаком «минус», но для этого он должен четко определить набор (ассортимент) факторов у этого человека.

В этой группе зачастую отдельно рассматриваются **факторы медицинской (прежде всего, профилактической) активности** – большой комплекс показателей, включающий мотивацию на здоровьесберегающий стиль жизни, приверженность к ценностям здорового образа жизни и активные действия по его ведению, достаточный уровень **информированности** о технологиях здорового образа жизни и факторах риска (в том числе, собственных). В настоящее время серьезное внимание уделяется приверженности граждан к прохождению профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, результатом которых является выявление факторов риска и возможность их коррекции. Традиционно при проведении изучения медицинской активности оцениваются полнота и своевременность обращения за медицинской помощью и выполнения медицинских рекомендаций, склонность к самолечению и получению помощи вне сферы официальной медицины.

Здоровый образ жизни - способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья, полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

В основе **формирования здорового образа** жизни лежит ряд ключевых положений:

- активным носителем здорового образа жизни является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса;
- в реализации здорового образа жизни человек выступает в единстве своих биологического и социального начал;
- в основе формирования здорового образа жизни лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей;
- здоровый образ жизни является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье.

Структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическую регуляцию, психосексуальную и половую культуру, тренировку иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек, оптимальный уровень грамотности в вопросах здоровья и здоровьесберегающих технологий, оптимальный уровень медицинской активности.

Современная парадигма здоровья конструктивно определена академиком Н.М. Амосовым: "Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их ничем нельзя". **Здоровый образ жизни как система** складывается из трех основных взаимосвязанных элементов: культуры питания, культуры движения и культуры эмоций.

Формирование здорового образа жизни представляет собой исключительно длительный процесс и может продолжаться всю жизнь. Обратная связь от наступающих в организме в результате следования здоровому образу жизни изменений срабатывает не сразу, положительный эффект иногда отсрочен на годы, а иногда не замечается человеком, кажется ему очевидным, не зависящим от его личных усилий. Поэтому весьма распространенной является ситуация, когда человек "пробует" переход к здоровому образу жизни, но, не получив быстрого и явного результата, возвращается к прежнему образу жизни. Медицинские работники, если они стимулируют, сопровождают и контролируют этот процесс, должны четко улавливать, когда это происходит. Понятно, что здоровый образ жизни предполагает отказ от многих ставших привычными приятных условий жизнедеятельности (переедание, пассивный отдых, табакокурение, употребление алкоголя для снижения психологического напряжения и

усталости и др.). И, наоборот, - регулярные тяжелые для неадаптированного к ним человека нагрузки и строгую регламентацию образа жизни. В первый период перехода к здоровому образу жизни особенно важно поддержать человека в его стремлении, обеспечить необходимыми консультациями, искать и указывать на индикаторы положительных изменений в состоянии здоровья, в функциональных показателях и т. п.

В настоящее время в российском обществе очень явно наблюдается парадокс: при весьма позитивном отношении к факторам здорового образа жизни, особенно в отношении питания и двигательного режима, в реальности их реализуют лишь 10%-15% опрошенных. И это зачастую связано не с отсутствием необходимых знаний и грамотности, а из-за низкой активности личности, поведенческой пассивности.

Эффективность здорового образа жизни для данного человека можно определить по ряду биосоциальных критериев, включающих:

- оценку морфофункциональных показателей здоровья: уровень физического развития, уровень физической подготовленности, уровень адаптивных возможностей человека;
- оценку состояния иммунитета: количество простудных и инфекционных заболеваний в течение определенного периода;
- оценку адаптации к социально-экономическим условиям жизни (с учетом эффективности профессиональной деятельности, успешной деятельности и ее "физиологической стоимости" и психофизиологических особенностей); активности исполнения семейно-бытовых обязанностей; широты и проявления социальных и личностных интересов;
- оценку уровня грамотности в вопросах здоровья и здорового образа жизни, степени сформированности установки на здоровый образ жизни (психологический аспект); умения самостоятельно построить индивидуальную программу здоровья и здорового образа жизни.

Модификация образа жизни – его изменение (улучшение, оздоровление) на основе коррекции управляемых факторов. В настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний (притом как первичной, так и вторичной). Это подтверждается, к примеру, тем, что в США снижение показателей детской смертности на 80% и смертности всего населения на 94%, увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни на 85% связывают не с успехами медицины, а с улучшением условий жизни и труда и рационализацией образа жизни населения. Вместе с тем, данные исследований в России демонстрируют чрезвычайно высокую распространенность нездорового образа жизни и отягощенности вредными привычками (около 80% мужчин и 50% женщин).

Практическим врачам чаще всего приходится иметь дело с пациентом, заболевание которого во многом обусловлено социально-гигиеническими и поведенческими факторами риска (в наибольшей степени это касается, безусловно, ХНИЗ). Для вторичной профилактики (предотвращения дальнейшего развития состояния (заболевания), его осложнений) требуется

серьезная адресная работа с учетом выявленных у конкретного пациента факторов риска. При этом бесполезно давать рекомендации по образу жизни, если человек в целом характеризуется крайне низкой медицинской активностью, пренебрежительно или с сомнением относится к рекомендациям, уже замечен в их неполном выполнении или игнорировании. Начинать работу надо с анализа и изменения позиции человека, его представлений о здоровьесберегающем стиле жизни, информированности по этим вопросам.

Медико-биологические факторы - 15-20%.

Сюда традиционно относят, прежде всего, **наследственные (генетические)** факторы - тип морфофункциональной конституции, особенности метаболизма, нервных и психических процессов, степень предрасположенности к тем или иным заболеваниям. Когда мы говорим о населении и его группах, нередко используются понятия «генетический груз», «генетическая отягощенность», «качество популяционного генофонда». В этой же группе **гендерный и возрастной факторы**, которые, несомненно, оказывают существенное влияние как на общественное (популяционное и групповое), так и на индивидуальное здоровье. Понятно, что их практически невозможно скорректировать, однако следует учитывать как при организации работы по выявлению факторов риска (профилактических осмотров и диспансеризации), так и при проведении вторичной профилактики.

И сюда же можно отнести факторы, которые в ряде публикаций называют **вторичными факторами риска** – это патологические состояния и заболевания, которые, обуславливая проблемы со здоровьем, в свою очередь, способствуют развитию иных заболеваний (состояний) или отягощению имеющихся. К ним относят гиперхолестеринемию, повышенный индекс массы тела и ожирение, артериальную гипертонию, остеопороз, алкоголизм, наркоманию и т.д. Коррекция этих факторов необходима для вторичной профилактики заболеваний (состояний), предотвращения катастроф (инсультов, инфарктов) и снижения уровня преждевременной смертности. Она может осуществляться как через клиническое воздействие (медикаментозными, хирургическими мерами и т.д.), так и через модификацию образа жизни – работу с факторами, которые служат по отношению к этим заболеваниям (состояниям) **первичными**.

Факторы окружающей среды - 20-25% (условия жизни населения, его отдельных групп и конкретного человека)

Под окружающей средой принято понимать целостную систему взаимосвязанных природных и антропогенных объектов и явлений, в которой протекает труд, быт и отдых людей. Это понятие включает в себя социальные, природные и искусственно создаваемые физические, химические и биологические факторы, то есть все то, что прямо или косвенно воздействует на жизнь, здоровье и деятельность человека. В этой группе собран комплекс факторов, которые, по сути «неподвластны» медицине и здравоохранению, являются управляемыми на ином уровне – государства в целом и представителей его политической, экономической, социальной, культурной,

промышленной, коммунальной и иных сфер. Однако при изучении общественного здоровья их вклад анализируется и учитывается, а *медицинские работники (как практические врачи, так и специалисты по организации здравоохранения и общественному здоровью) должны не только сами осознавать проблемы здоровья, связанные с окружающей средой, но и доводить это понимание и осознание до государства и общества.*

Нередко в публикациях можно встретить «узкое» толкование этой группы, ограничивающее ее лишь экологическими и климатическими факторами. Они, безусловно, занимают одно из ведущих мест в структуре факторов влияния на здоровье человека и населения, что подтверждено данными многочисленных исследований. Причинами неблагоприятной экологической обстановки в России, усугубившимися после начала 1990-х и практически не устраненными в настоящее время, являются общекризисные явления в экономике, падение технологической дисциплины, доминирование ресурсоемких и энергоемких технологий, сырьевая ориентация экспорта. Немаловажное значение имеет чрезмерная концентрация производств в относительно немногих промышленных центрах. Под воздействием повышенных (по сравнению с гигиеническими нормативами) концентраций вредных веществ проживает около 30 млн. человек в крупных и средних городах России с развитой промышленностью. Несмотря на значительный спад производства (на 50% с 1990 по 2018 гг) загрязнение почв, воздуха, воды, прежде всего, отходами промышленных производств, снизилось за эти годы лишь на 12%. Обеспечение населения доброкачественной питьевой водой является одним из важнейших факторов национальной безопасности в области охраны здоровья. Однако в этой области остается много нерешенных проблем. Несмотря на то, что существуют значительные запасы подземных вод с достаточно высокой степенью защищенности от загрязнения, основными источниками водообеспечения населения являются поверхностные водоемы — 68% в общем объеме подаваемой воды.

и продолжает оставаться государственной проблемой, все более формируя новую для нашей страны **экологическую функцию государства.**

По данным ВОЗ неблагоприятные экологические факторы обуславливают до 13 млн. дополнительных смертей в мире ежегодно. Последствиями загрязнения окружающей среды являются 19% онкозаболеваний, 1/3 болезней детей до 5 лет, рост заболеваний органов дыхания (прежде всего, бронхиальной астмы).

Однако для человека **окружающей внешней средой является не только природа, но и общество**, поэтому факторы, характеризующие различные аспекты жизни государства, общества, условия и качество жизни людей в стране являются весьма значимыми в системе влияния на общественное и индивидуальное здоровье. Уровень материального благосостояния населения и отдельных его групп, политическая и экономическая стабильность, уровень занятости и безработицы населения,

социальные потрясения и иные процессы и явления в этой сфере вносят существенный вклад в формирование общественного здоровья.

В этой группе также изучаются **факторы производственной и трудовой среды**. В СССР огромное внимание уделялось промышленной медицине, в частности, в Ивановской области широкомасштабные исследования проводились в отношении здоровья работников текстильных предприятий. Результатом исследований являлись организационные меры по охране труда и совершенствованию оказания медицинской помощи, профилактике профессиональных заболеваний и травматизма. К сожалению, эта проблематика в последние годы перестала быть предметом пристального внимания государства, общества и медицинской науки. В то же время многие исследователи указывают, что потенциал вредного воздействия производственных факторов (физических, химических, психологических) очень высок и должен контролироваться. Не случайно, на протяжении последнего десятилетия внедрены механизмы профилактических осмотров работников и их отдельных категорий, направленные на выявление и коррекцию вредных производственных факторов.

Еще одной проблемой современного российского общества в этой сфере является **качество питания**. Когда мы говорим об образе жизни, то подразумеваем, что человек самостоятельно определяет режим и рацион питания, продуктовый набор. – и это то, что зависит от него. Однако достижение высокого качества самих продуктов питания (как и питьевой воды и иных напитков) – задача государственной компетенции.

Факторы коммунальной среды и условия быта также входят в эту группу. Можно отметить, что для современного развитого, цивилизованного государства и общества не слишком характерна высокая распространенность неблагоприятных факторов в этой сфере.

Медико-организационные факторы - 10-15%.

Это большой комплекс факторов, характеризующий как уровень развития медицинских технологий, возможности и ограничения современной медицины, так и деятельность медицинских организаций по профилактике, выявлению и минимизации факторов риска заболеваемости и смертности; обеспечению надлежащего уровня доступности и качества медицинской помощи. С этими факторами государство и общество во многом связывает состояние здоровья населения, большинство современных программ модернизации и совершенствования медицинской деятельности основываются на них.

Практическое значение концепции факторов риска.

Концепция факторов риска имеет большое практическое значение и лежит в основе деятельности государственной системы охраны здоровья в целом и системы здравоохранения, в частности, по борьбе с управляемой (предотвратимой) смертностью.

Предотвратимая смертность определяется ВОЗ как смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые

усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения.

Управляемость смертностью населения означает возможность воздействия на факторы риска развития болезней и/или увеличения летальности от ХНИЗ. Эксперты ВОЗ определили десять самых распространенных факторов риска, обуславливающих преждевременную смертность населения России. Эксперты оценили, что три фактора (высокое артериальное давление, высокое содержание холестерина в крови и курение) являются причинами более 75% смертей в стране.

Причины, обуславливающие предотвратимую смертность:

1 группа – причины смерти, которые могут быть предупреждены первичной профилактикой, формированием здорового образа жизни, а также государственными мерами по охране здоровья населения;

2 группа – причины смерти, которые могут быть предупреждены вторичной профилактикой и ранним выявлением заболеваний;

3 группа – причины, за которые ответственны медицинские технологии и качество оказания медицинской помощи.

В настоящее время в России формируется система использования одновременного использования трех **мировых стратегий борьбы с преждевременной смертностью**:

Популяционная стратегия (формирование и модификация здорового образа жизни) - 30-40% вклада в снижение смертности, практически не требует дополнительных прямых затрат в здравоохранение, эффект через 5-10 лет.

Стратегия высокого риска (скрининг факторов риска, состояний, заболеваний) - 20-30% вклада в снижение смертности, 1,3% от всех прямых затрат на здравоохранение или 3% от ФФОМС, эффект через 3-4 года.

Лечение, вторичная профилактика - 40% вклада в снижение смертности, 98,7% от всех прямых затрат на здравоохранение, эффект через 3-4 года.

Концепция факторов риска лежит также в основе **современной концепции ответственного самолечения**, которую в 2018 году презентовал Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Это первый в России документ, определяющий принципы ответственного самолечения, а также перечень заболеваний и симптомов, при которых ответственное самолечение может применяться эффективно и безопасно.

Концепция ответственного самолечения включает в себя профилактику (физическая активность, правильное питание), мониторинг состояния здоровья и раннюю диагностику, приверженность лечению, ответственность за правильный прием препаратов и их осознанный выбор в случаях, когда это возможно. В рамках концепции рассматриваются лечение хронических заболеваний, назначенное врачом, проявлений ОРВИ (насморка, болей в горле, умеренной лихорадки), отдельных дерматологических заболеваний (экземы, дерматитов), небольших ран, легких расстройств ЖКТ,

профилактика витаминно- и минерало-дефицитных состояний,. Как подчеркивают авторы концепции, визиты к врачу не отменяются, напротив, пациенты с хроническими заболеваниями могут лечиться сами, после того как получают рекомендации врача.

Опросы показывают, что россияне готовы брать на себя ответственность за свое здоровье. Так, по данным исследования, которое ВЦИОМ провел в 2016 г., такой позиции придерживается 81% участников опроса. Однако нехватка информации об ответственном самолечении нередко приводит к крайностям – бесконтрольному приему препаратов или полному отказу от лечения. Поэтому одним из ключевых вопросов реализации концепции становится повышение медицинской грамотности населения.