

ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ К ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Хатамова Д.Т., Исмадова М.Н., Каюмов Н., Ибадова М.У.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

e-mail: malaka@inbox.ru

Введение. Современная профилактика хронических неинфекционных заболеваний неразрывно связана с теорией факторов риска. Роль факторов риска в формировании, прогрессировании и тяжёлых исходах различных заболеваний не вызывает сомнений. К числу основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) относятся артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела (ИМТ), инсулинорезистентность в виде явного сахарного диабета 2 типа (СД) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), а также и дислипидемия [1]. В 2016 году эти факторы были причиной смертности 71% из всех случаев смерти (41 миллион) из 57 миллион смертей, произошедших во всем мире [2]. К основным причинам смерти относят ССЗ, рак, диабет и хронические респираторные заболевания. В [3] рамках Многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ на репрезентативном контингенте в количестве 18305 человек была показана высокая распространённость основных компонентов метаболического синдрома, что в значительной мере ухудшает прогноз. Вместе с тем, на формирование самих компонентов метаболического синдрома могут оказывать различные факторы, в том числе и гормональные, в частности – гиперкортизолемиа [4]. В условиях гиперкортизолемиа формируется инсулинорезистентность и начинают проявляться другие факторы риска.

Вместе с тем, наряду с традиционными факторами риска и коморбидными заболеваниями большую роль в формировании, более тяжёлом клиническом течении и исходах заболеваний играют некоторые психологические аспекты. В частности – отношение к состоянию собственного здоровья, обращаемость к врачам и выполнение врачебных рекомендаций. Эти психологические особенности пациента играют важную роль в приверженности к лечению и профилактике различных болезней. Исследования в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины МЗ РФ показали, что пациенты, находящиеся на лечении в этом центре в большей степени были привержены к соблюдению врачебных рекомендаций, чем врачи других лечебно-профилактических учреждений [5]. При этом нужно иметь ввиду, что при оценке обращаемости пациентов к врачу и выполнению ими врачебных рекомендаций следует учитывать многофакторный подход. В частности, только на основании обращаемости

пациентов к врачам или только по выполнению ими врачебных мероприятий не всегда можно судить о реальном результате активности участия пациента в лечебно-профилактическом процессе [6].

Цель работы: Изучить значимость объективной оценки больными состояния своего здоровья, обращаемости пациентов к врачам и выполнение ими рекомендаций врачей в смертности от различных причин.

Материал и методы. Скринирующим исследованием была обследована репрезентативная выборка в количестве 1745 человек. В последующем пациенты наблюдались в течении от 2 до 12 лет. За это время было зафиксировано 233 случая смерти. В работе использованы современные методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных исследований. Заключение о причине смерти выносилось комитетом экспертов на основании медицинской документации, заключений патологоанатомических вскрытий и врачебных свидетельств о смерти. Регистрировались такие причины смерти как: ишемическая болезнь сердца (ИБС); артериальная гипертония (АГ); онкологические заболевания; другие, отличные, от вышеуказанных заболевания ("Другие"), а также не связанные с болезнями причины ("Не болезнь" - несчастные случаи и другие причины насильственной смерти). Показатели смертности изучались относительно общего числа умерших в рассматриваемых группах.

Результаты и их обсуждение. Как оказалось, наибольшая смертность имела место среди лиц, считающих себя серьёзно больными. Среди этой категории обследованных за указанный период умер каждый второй. Вместе с тем, среди лиц, считающих себя здоровыми, общая смертность (13%) незначительно отличалась от аналогичных показателей в группах лиц, оценивавших состояние своего здоровья как удовлетворительное (15%) и неудовлетворительное (20%).

Далее была изучена смертность среди лиц с различной обращаемостью к врачам. Оказалось, что общая смертность среди лиц, которые всегда обращаются к врачам при ухудшении самочувствия (22,26%) ненамного отличается от такого же показателя среди лиц, которые не обращаются к врачам (22% и 21% соответственно). Изучение смертности в популяции в зависимости от выполнения врачебных рекомендаций показало, что общая смертность среди лиц всегда выполняющих, не всегда выполняющих и обычно не выполняющих врачебные рекомендации не имеет существенных различий.

Из этих сведений можно было бы сделать вывод о том, что врачебные рекомендации не имеют существенного значения в отношении прогноза при различных заболеваниях. Однако такой вывод противоречил бы элементарной логике. В связи с этим

была проанализирована структура смертности. Оказалось, что смертность от ИБС и онкологических заболеваний среди пациентов, которые игнорируют врачебные рекомендации достоверно выше, чем среди тех больных, которые всегда выполняют рекомендации врачей. Смертность от ряда других заболеваний среди лиц, нерегулярно выполняющих врачебные рекомендации, оказалась достоверно выше, чем среди пациентов, выполняющих рекомендации.

Учитывая важную роль основных компонентов метаболического синдрома в формировании и исходах различных заболеваний был проведен анализ смертности при наличии этих факторов риска. Оказалось, что общая смертность среди лиц, страдавших на старте исследования повышенным артериальным давлением была практически в 2 раза выше, чем аналогичный показатель среди лиц с нормальным артериальным давлением. Наличие НТГ также увеличивало риск общей смертности. Среди лиц с НТГ за период наблюдения количество случаев смерти оказалось достоверно выше ($P < 0,05$), чем при нормальной толерантности к глюкозе (24,68% и 12,49% соответственно). Наличие у пациента ИМТ увеличивало показатели общей смертности. Так у лиц с ИМТ показатели смертности оказались несколько выше, чем среди лиц с нормальной массой тела (18,32% и 14,94% соответственно). Уровни холестерина не оказали существенного влияния на показатели смертности. Смертность в группах с гиперхолестеринемией и нормальным уровнем холестерина не имели существенных различий (17,21% и 16,41% соответственно, $P > 0,05$).

Выводы.

1. Представленные данные свидетельствуют о том, что в обследованной популяции имеет место неадекватное отношение в вопросе обращаемости к врачам лиц с различным состоянием здоровья.

2. Не обращаемость к врачам и невыполнение врачебных рекомендаций при ухудшении самочувствия сопряжены с повышенным риском смертности.

3. В обследованной популяции общая смертность населения в той или иной степени связана с основными компонентами МС. Однако, наибольшее влияние на смертность населения оказывают АГ и НТГ.

Список литературы.

1. Каюмов У.К. Изучение некоторых внутренних болезней при метаболическом синдроме и различных категориях гипергликемии // Евразийский научный журнал. –2017. - №2.–С. 405-408.

2. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13(6): 4–11. <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-4-11>

4. Черныш П.П., Акбаров З.С., Каюмов У.К. и др. Взаимосвязь степени инсулинорезистентности и уровня эндогенного кортизола у больных сахарным диабетом 2-го типа // Международный эндокринологический журнал. 2011.- № 4 (36). - С.119-122.

5. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Загребельный А.В. и др. Исследование приверженности лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (5): 56-61

6. Холбаев С.Б., Комилов А.А., Каюмов У.К. Состояние микрофлоры толстого кишечника при сахарном диабете и нарушенной толерантности к глюкозе // Врач-аспирант, 2009, 2 (29): 139-144