

Хронични неинфекциозни заболявания

Въведение

В структурата на болестта, ранна инвалидност и преждевременна смъртност в България, основен обект са хроничните неинфекциозни заболявания (ХНЗ) - 90% срещу 4% отчитане на заразните болести (Владимир Константинов и др., 2002). При появата и прогресирането, за ХНЗ играят важна роля редица рискови фактори. Рисковите фактори на ХНЗ са общи за много заболявания, като в едновременното си действие те подсилват други ефекти и по този начин увеличават драстично риска от заболявания (Волкова, 1999, Коваленко, 2008). Основният компонент на ХНЗ са сърдечно-съдовите заболявания, които водят до болест, ранна инвалидност и смъртност. Политическите и икономическите промени в България водят до влошаване на здравето на населението и увеличаване на смъртността от сърдечно-съдови заболявания.

Сериозната опасност за здравето и повишената смъртност в резултат на ХНЗ в България не може да бъде обяснена само по отношение на традиционните рискови фактори. Депресията допринася значително за увеличаване на заболяемостта, смъртността и инвалидността в социално активната част на населението (Смулевич, 2001). Резултати от проучване (Чазов и др., 2007) показват, че в присъствието на клинично значими депресивни симптоми на тревожност при пациенти с хипертония рискът от развитие на усложнения като инсулт, коронарна болест на сърцето, сърдечна недостатъчност, внезапна смърт се увеличава от 1,5 до 2 пъти .

Високите нива на смъртност от сърдечно-съдови заболявания и други ХНЗ до голяма степен са свързани с липсата на вторична профилактика (EUROASPIRE III, 2004, Relief, 2007). Един от ефективните начини за подобряване на качеството на медицинската помощ на пациенти, страдащи от

ХНЗ, е въвеждането на информационните технологии в практиката на първичната здравна помощ.

Проведени са многобройни проучвания за разпространението на рисковите фактори в различни популации ХНЗ. Въпреки това, данните на профила на рисковите фактори, заболяемост, и техните методи за корекция на населението, живеещо в близост до летище - като във София – липсва.

Целта на изследването е: Оценка на епидемиологичната ситуация на основните фактори на риска за хронични незаразни заболявания и класове заболявания на населението по време на живот в околностите на пистата за излитане и кацане на летището във София. За реализиране на целта на дипломната работа следва да се изпълнят следните основни задачи:

1. Да се проучи разпространението и нивата на основните рискови фактори за хронични незаразни заболявания при мъжете и жените, които живеят в близост до летище, и определена популация използвана за сравнение.

2. Изследване на характеристиките в разпространението и нивата на основните рискови фактори в ХНЗ сред населението, живеещо в близост до пистата и сравнение на населението с популационна извадка.

ГЛАВА ПЪРВА

Литературен обзор

- **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА СТРАТЕГИИТЕ И ПОЛИТИКИТЕ ЗА БОРБА С ХНЗ.**

От няколко десетилетия усилията на света за контрол на хроничните неинфекциозни заболявания са огромни и вече има значими успехи в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните фактори на риска: тютюнопушене, ниска физическа активност, нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол и други може да намалят смъртността и заболяемостта от тези болести. Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката в рамките на програми за интегрирани дейности за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, терапия и рехабилитация на болелите, както и осигуряване на здравословна среда на живот. Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, където водещ подход за интервенция е популационният. Поради сложността на проблема, с цел подпомагането на страните да разработят национална политика за контрол на епидемията от хронични неинфекциозни заболявания, Регионалният офис на СЗО за Европа стартира сътрудничество между тях по единна рамка за политиката и стратегиите за профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания с използване на сравними процедури и подходи към проблемите, оценката на данните, резултатите от дейностите, мониторинга на промените и др. Така през 1984г. в Европа се поставя началото на програмата, наречена СИНДИ.

СИНДИ е абревиатура на програмата на английски език/*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention(CINDI) Programme*/, приета за ползване от всички страни-участници, независимо от превода на названието на езика на всяка от страните.

Важна характеристика на програмата е, че тя се базира на точни епидемиологични данни за честотата на факторите на риска и болестите

свързани с тях, поставя си измерими цели и показатели за мониторинг на изпълнението им, насочена е както към рискови групи, така и към цялата популация, спрямо която се прилага интегриран подход към дейностите и други. Важен елемент е и този, че програмата разделя грижите за здравето между медицинските специалисти, структурите на обществото и населението/семейството и неговите членове.

Програмата има единно методично ръководство за оценка на извършваните дейности и резултатите от тях. В нея понастоящем участват над 30 страни от Европа и Канада, в това число и България. За всяка от страните-участнички програмата е с национално значение, като се реализира в демонстрационни зони, а за развитието и финансирането и отговаря съответното Министерство на здравеопазването. Утвърден е единен Протокол за работа по програмата, задължителен за всички страни-участници, а също и много други документи в тази насока. Програмата има Комитет за управление, работни групи по проблеми, Център за обработка на данните и други структури. Политиката на тази програма е в основата на по-късно приетите Глобална и Европейска стратегии за контрол на хроничните неинфекциозни болести.

България реализира етап от развитието на програмата, който следва да бъде продължен с разширението обхвата на програмата, в рамките на национална политика за контрол на хроничните неинфекциозни болести.

България се включва в програмата през 1985 година в рамките на сътрудничеството на МЗ и СЗО с бившите окръзи Велико Търново, Габрово, Стара Загора и Сливен. След проведеното изследване в тези окръзи дейностите са прекъснати /само в България/, поради настъпилите социално-политически промени. Негативното развитие на проблема хронични неинфекциозни заболявания у нас продължава през следващите години. След консултации с Регионалния офис на СЗО за Европа през 1995г, МЗ решава България да се включи отново в мрежата на СИНДИ. През 1996г програмата стартира във Велико Търново, Ловеч, Стара Загора, Ямбол и Кърджали. В

началото на 1997г. във Видин и Добрич, а през 1998г. в Борово-Русенска област. Общият брой на населението в зоните на програмата е около 700 хиляди души.

Проведено е представително базово изследване на 13 хиляди мъже и жени в активна възраст от всички зони /съгласно Протокола на СИНДИ/ за нивото на факторите на риска за хронични неинфекциозни заболявания, знанията, уменията и поведението на населението за здраве и други, чиито резултати се използват за изграждане на епидемиологичната рамка на разработените локални програми. Всяка от тях съдържа политиката на програмата, приоритетите, целите, задачите, стратегиите и конкретните дейности за постигане на целите, показателите за мониторинг и оценка на резултатите. Изградени са Програмни съвети, работни групи по проблеми, Обществени коалиции за здраве. През 1999г. МЗ утвърждава общата рамка на СИНДИ за периода до 2010г. След 2000г се разгръщат и интервенционните мероприятия за промоция на здраве и ограничаване на факторите на риска за най-честите болести в зоните. Основните стратегии на програмата са насочени към: здравно образование на населението за контрол на основните фактори на риска за здравето и хроничните неинфекциозни заболявания, изграждане на капацитет за работа у медицинските специалисти и партньорите по програмата, участие на общностите и институциите в дейностите по програмата, разработка на ръководни принципи и ръководства за добра практика на професионалистите и партньорите, и информационни материали за населението. През изминалия период от време, в рамките на програмата ,ежегодно се извършва огромна образователна и обучителна дейност на популационно и на високорисково ниво: около 300 ТВ предавания, 550 радиопредавания, 600 излъчвания на аудио и видеоклипове, 250 публикации в пресата, 55-60 пресконференции, 1 40-150 лекции и толкова беседи, около 130-140 семинара, около 20 тематични кампании, множество дискусии, видеопокази, телевизионни училища и др. Издадени и разпространени са над 120 материала за населението,проведени са над 110

обучителни курса за общопрактикуващи лекари в зоните за изграждане на умения за добра медицинска практика по проблемите на контрола на факторите на риска за здравето, диагностиката и лечението на най-честите болести .Подготвени или адаптирани и предоставени за ползване от ОПЛ са седем ръководства за добра практика/ едно от тях се тиражира за всички ОПЛ в страната/, подготвят се нови.

Стартирани са редица локални подпрограми и инициативи. Активирано е междусекторно сътрудничество по редица програмни проблеми: хранене, физическа активност, тютюнопушене, околна среда и др. Нараства постепенно участието на общините и отделните общности в дейностите за промоция на здраве и профилактика на болестите, нарастват дейностите на Обществените коалиции за здраве. Изградена е база данни.

Проведените четири мониторинга за оценка на процеса на промяна на поведението на населението за здраве 2000, 2002, 2004 и 2007г. регистрираха положителни промени на популационно ниво, които продължават. В сравнение със старта на програмата /10-годишен период/, мониторингът през 2007г. показва следното:

-Нараснал е относителният дял на лицата, контролиращи основните фактори на риска на здравето в зоните:за хипертонията-около 80%, за холестерола-30%, за теглото-50% и др.

-Намалял е относителният дял на лицата, които са носители на два, три и четири измерими фактори на риска за здравето: тютюнопушене, повишен холестерол, хипертония, затлъстяване.

-Намаляла е с 6,2 пункта хипертонията при мъжете, с 10 пункта – при жените в зоните.

-Намалена е с 2ммол/л средната стойност на холестерола, популационното ниво на триглицеридите е под 1,7ммол/л.

-Нараснал е делът на лицата с нормално тегло, слабо повишен е на тези със затлъстяване, намален е делът на лицата със свръхтегло.