



¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

² Российский государственный социальный университет

³ АО «Медицина» (Клиника академика Ройтберга)

⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Оценка эффективности организации и мониторинга оказания первичной медико-санитарной помощи при хронических неинфекционных заболеваниях

О.Ш. Ойноткинова, д.м.н., проф.^{1,2}, Г.Е. Ройтберг, д.м.н., проф., академик РАН^{3,4}, О.О. Шархун, д.м.н., проф.⁴

Адрес для переписки: Ольга Шонкоровна Ойноткинова, olga-oynotkinova@yandex.ru

Для цитирования: Ойноткинова О.Ш., Ройтберг Г.Е., Шархун О.О. Оценка эффективности организации и мониторинга оказания первичной медико-санитарной помощи при хронических неинфекционных заболеваниях. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (43): 18–22.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-43-18-22

Психические расстройства влияют на неинфекционные социально значимые заболевания и в свою очередь находятся под их влиянием. Они могут выступать в качестве как предшественников, так и последствий таких хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), как сердечно-сосудистые, онкологические, диабет. Вместе с тем в повседневной клинической практике подобные взаимодействия и факторы коморбидности, как правило, не учитываются. Настоящий анализ призван расширить понимание проблемы коморбидности. Предоставленные фактические данные могут быть использованы клиницистами в целях реализации более комплексного подхода к оказанию помощи пациентам с коморбидными состояниями. Основное внимание уделено взаимосвязи между распространенными и тяжелыми психическими расстройствами, с одной стороны, и четырьмя главными группами ХНИЗ – с другой. Подчеркивается необходимость повышения профессиональных компетенций клиницистов при хронических состояниях и мультиморбидности, разработки новых методов диагностики, использования эффективных, безопасных и научно обоснованных клинических вмешательств.

Ключевые слова: хронические заболевания, психические расстройства, неинфекционные заболевания, факторы риска, сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, онкология, депрессия, хроническая обструктивная болезнь легких

Введение

Возрастающая распространенность коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ) становится доминирующей и одной из самых значимых проблем современной системы общественного здравоохранения во многих индустриально развитых странах. Депрессия и тревожные расстройства сопряжены с социально значимыми НИЗ и являются главной причиной нетрудоспособности и досрочного завершения трудовой деятельности. Подобное коморбидное сочетание носит социально значимый характер и одновременно отражается на экономических затратах, что требует принятия мер стратегического характера. НИЗ, главным образом сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет (СД), считаются наиболее распространенными причинами

ранней инвалидизации и смертности. ССЗ и онкологические заболевания являются причиной почти трех четвертей всех летальных исходов. Злокачественные новообразования и психические расстройства определяют более половины тяжелых случаев по общей заболеваемости, измеренных по показателю утраченных лет здоровой жизни – DALY [1, 2]. Однако эти настораживающие статистические показатели не учитывают важность взаимодействия между индивидуальными заболеваниями или болезненными состояниями и их глубинными факторами риска. Психические расстройства влияют на НИЗ и в свою очередь находятся под их влиянием. Они могут выступать в качестве предшественников, так и последствий ССЗ, СД или рака. Такие факторы риска, как несбалансированное и некачественное питание, курение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем, нередко носят общий характер с психическими



расстройствами и тесно связывают обе группы нарушений. Тем не менее такие взаимодействия и факторы коморбидности клиницистами зачастую не учитываются, систематическим образом не распознаются и детально не диагностируются. Между тем вопросам коморбидности психических расстройств и основных НИЗ, а также связи между соматическим и психическим здоровьем необходимо уделять особое внимание в целях снижения частоты преждевременной инвалидности и смертности.

Своевременное реагирование на хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) представляет собой сложную задачу для всех систем общественного здравоохранения. На фоне современных инновационных биомедицинских технологий, с одной стороны, достигнуты положительные тенденции в снижении заболеваемости, с другой – распространенность ХНИЗ растет во многих странах. Это обусловлено общим старением населения и достижениями в области медицины [3]. Речь, в частности, идет о профилактической диспансеризации и скрининге. Вместе с тем следует признать, что на фоне общего старения населения некоторые формы ХНИЗ отмечаются у детей и лиц молодого и среднего возраста. При этом более 80% случаев преждевременной смерти в Европе, по данным Института показателей и оценки здоровья, обусловлены ХНИЗ [4]. Точный статистический анализ по распределению и характеру заболеваемости провести сложно, но очевидно, что определенную роль играют хронические заболевания, которые существенно влияют на показатель числа лет жизни, прожитых в хорошем физическом состоянии здоровья [5]. Приходится констатировать, что в странах с высоким уровнем доходов основными причинами инвалидности являются расстройства психики (депрессия и тревожные расстройства, синдром хронической усталости), заболевания опорно-двигательного аппарата, болевой синдром, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, артериальная гипертония с вегетососудистой дистонией или СД [6]. В Европейском регионе более 64 млн человек (5,2–13,3% мужчин и 3,3–14,2% женщин) имеют СД, при том что 20% случаев развития диабета можно предотвратить [7, 8]. Свыше 80% случаев смерти от СД регистрируются в странах с низким и средним уровнями доходов [9]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. диабет займет седьмое место среди наиболее распространенных причин инвалидности и стойких нарушений здоровья – 2,3% всех DALY. При этом наиболее распространенной причиной стойких расстройств здоровья, на которую приходится 6,3% всех DALY, в 2030 г. будет монополярная депрессия [10, 11]. Наличие диабета само по себе способно привести к развитию депрессии. Депрессия также может выступать фактором риска развития СД. Депрессия коррелирует с 60%-ным повышением риска развития СД, а СД 2-го типа – с 15%-ным повышением риска возникновения депрессии [12]. Здоровое питание, регулярная физическая активность

и поддержание нормального веса тела, отказ от курения могут предотвратить или задержать развитие СД 2-го типа.

Диабет – хроническое заболевание, которое возникает, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточное количество инсулина или когда организм не может эффективно использовать выработанный им инсулин. Развивающаяся гипергликемия – обычное проявление неконтролируемого диабета, которое со временем приводит к серьезным нарушениям и поражениям многих систем организма, особенно нервной системы и кровеносных сосудов.

Согласно результатам исследования с участием ряда стран, диабет повышает риск развития хронической коронарной болезни сердца или инсульта у 50% пациентов [8].

Нейропатия стоп в сочетании с нарушением периферического кровотока повышает риск развития диабетической стопы, язвенных поражений стопы с инфекционными осложнениями, в итоге приводя к ампутации. Диабетическая ретинопатия – важная причина слепоты вследствие длительного поражения мелких кровеносных сосудов, капилляров сетчатки. С диабетической ретинопатией связывают 1% всех случаев слепоты в мире [8].

Диабет является одной из причин почечной недостаточности. Общий риск смерти пациентов с диабетом вдвое выше, чем у лиц без диабета [8].

Депрессия у пациентов с диабетом встречается в два-три раза чаще, чем у лиц без него. Кроме того, депрессия у женщин регистрируется чаще, чем у мужчин, – 28 и 11% соответственно. Ее распространенность была значительно выше по результатам самостоятельных ответов на анкеты (31%), чем по результатам диагностического опроса (11%). Наличие депрессии коррелирует с неудовлетворительным гликемическим контролем среди лиц с СД 1-го и 2-го типов. В течение более четырех лет развитие депрессии коррелирует с устойчиво повышенными уровнями гликированного гемоглобина.

Метаанализ 24 исследований показал, что депрессия ассоциируется с неудовлетворительным гликемическим контролем. Через четыре года наблюдения пациенты с диабетом и депрессией устойчиво демонстрировали более высокие уровни гликемического гемоглобина, чем пациенты без депрессии. У пациентов с обоими состояниями отмечался на 36–38% более высокий риск смерти от любой причины через два года наблюдения. При этом только психотерапевтические вмешательства наряду с самостоятельным контролем диабета улучшают как депрессивные симптомы, так и гликемический контроль. Изолированное антидепрессивное лечение не улучшает контроль диабета. Несоблюдение пациентами режима противодиабетического лечения имеет сильную статистическую связь с депрессией. При этом, по прогнозам, в течение следующих двух десятилетий роль диабета и психических расстройств увеличится, особенно на фоне повышения уровней избыточного веса и ожирения [7].



Согласно данным американских исследователей, стоимость оказания помощи лицам только с диабетом превышает 1297 долл., а лицам с коморбидной депрессией – 3264 долл. Общие расходы для пациентов с диабетом превышают 4819 долл., а с двумя патологиями – 19 298 долл.

На ССЗ приходится свыше половины всех случаев смерти, в 46 раз их больше в Европе. Распространенность ССЗ в 11 раз больше, чем распространенность синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза и малярии вместе взятых. Вполь до 80% случаев преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта можно предотвратить. При этом до 20% лиц с ССЗ страдают депрессией, и риск удваивается после острых эпизодов ССЗ. Депрессия, повышающая сердечно-сосудистый риск в 1,6–1,9 раза и ухудшающая прогноз ИБС в 2,4 раза, считается прогностическим признаком ИБС. Тревожные расстройства служат независимым фактором риска ИБС, неблагоприятных осложнений инфаркта миокарда. Депрессия повышает риск ИБС в 1,3 раза, риск неблагоприятного исхода – в 1,7 раза. Лица с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 15–20 лет раньше от ССЗ по сравнению с общей популяцией, риск длительного пребывания в стационаре у них в три раза выше. В отличие от других людей лица с тяжелыми психическими расстройствами реже обращаются в медицинские организации, придерживаются рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых расстройств или участвуют в программах скрининга.

Причина и природа связей между депрессией, тревогой и ССЗ в какой-то мере связаны с толщиной внутренней и средней оболочкой стенки сонной артерии и коррелируют с депрессией и развитием ССЗ. Толщина этого слоя используется как маркер атеросклероза, который служит патологическим механизмом ССЗ. Одни исследователи считают, что депрессия – воспалительное состояние, которое может отвечать за развитие атеросклероза среди лиц с депрессией, другие предполагают ее иммунологическую природу. Взаимосвязь между депрессией и ССЗ может объяснять общие воспалительные процессы при этих двух состояниях.

Вмешательства по сокращению риска ССЗ могут носить популяционный или индивидуальный характер. Изменения на популяционном уровне, направленные на сокращение сердечно-сосудистого риска, включая внедрение комплексной стратегии по борьбе против табака, меры налогообложения для сокращения масштаба употребления продуктов с высоким содержанием соли, сахара, жира, обустройство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности, стратегии, нацеленные на борьбу со злоупотреблением алкоголем, предоставление здорового, функционального, сбалансированного питания начиная со школьников, – это те целевые факторы риска, которые необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий.

Первичную профилактику ССЗ на индивидуальном уровне лучше всего применять, фокусируя внимание

на группах высокого риска, которые можно определить с использованием калькуляторов сердечно-сосудистого риска. Вторичная профилактика ССЗ среди пациентов с уже выявленным заболеванием, включая ИБС, артериальную гипертензию, диабет, предполагает назначение аспирина, статинов, бета-блокаторов, ангиотензинконвертирующих ферментов. Вызывает беспокойство тот факт, что в настоящее время в масштабах большого региона невозможно провести надежную оценку индикаторов, касающихся физической активности, потребления соли, медикаментозного лечения и консультаций, позволяющих предотвратить случай инфаркта миокарда или инсульта, а также наличия приемлемых в ценовом отношении базовых технологий и основных лекарственных средств. Употребление табака и потребление алкоголя сокращаются слишком медленными темпами, а распространенность избыточной массы тела и ожирения увеличивается слишком быстро. Именно поэтому достижение глобальных целевых ориентиров в этих областях крайне затруднено.

Эксперты ВОЗ идентифицировали так называемые наиболее выгодные вмешательства, направленные на решение этих проблем, то есть высокоэффективные и рентабельные меры, способные повлиять на все ХНИЗ и их факторы риска и тем самым способствовать значительному улучшению показателей здоровья мужчин и женщин [11, 13]. К наиболее «выгодным» вмешательствам относятся как медицинские мероприятия, так и сопровождающие их политические меры, в том числе повышение налогов на табачные изделия и алкоголь, исключение трансжиров и излишнего количества соли из пищевой промышленности и поддержка физической активности. Польза от первичной профилактики не зависит от пользы вторичной профилактики, но если их сопровождать программами помощи, такими как отказ от курения, то почти 75% рецидивирующих сосудистых нарушений можно предотвратить. С курением ассоциируется около 71% всех случаев смерти от рака легких и 42% случаев хронических респираторных заболеваний в мире. Загрязнение озоном вызывает нарушения дыхания, провоцирует проявления астмы, является причиной заболевания легких и сердечно-сосудистой системы, коррелируя с преждевременной смертью, – примерно 21 тыс. случаев в год. Несмотря на то что в течение последних двух десятилетий распространенность курения среди общего населения сократилась на 25–30%, среди лиц с психическими расстройствами аналогичного сокращения не наблюдалось. К сожалению, в настоящее время эти вмешательства не очень широко распространены, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Бронхиальная астма – одно из основных ХНИЗ, обусловленных поражением внутрилегочных дыхательных путей, вдыханием веществ и частиц, которые могут провоцировать аллергическую реакцию или раздражать дыхательные пути. ХОБЛ – более тяжелое состояние, чем «кашель курильщика». Свыше 3 млн человек умирают от ХОБЛ, что эквивалентно



6% всех случаев смерти в мире. Первичная причина ХОБЛ – табачный дым. Хотя астма и ХОБЛ – разные расстройства, у пациентов с ХОБЛ чаще отмечаются тревога и депрессия. Частота случаев ХОБЛ среди лиц с тяжелым психическим расстройством превышает 22,6%, в то время как среди общего населения этот показатель составляет 5%. Пациенты с тяжелым психическим расстройством курят на 10% больше, чем здоровые лица, а те, кто проживает в стационарных учреждениях, курят еще на 70–80% больше. Пациенты с ХОБЛ с большей долей вероятности страдают от проявлений тревоги: 10–19% лиц со стабильным течением ХОБЛ и до 50% находящихся в процессе восстановления после обострения ХОБЛ. Каждая третья из всех выкуренных сигарет выкуривается лицом с психическим расстройством. При этом двунаправленные взаимоотношения носят сложный и плохо объяснимый характер.

Онкологические заболевания также сопряжены с психическими нарушениями. Частота летальных исходов от онкологических заболеваний ежегодно увеличивается более чем на 3,7 млн, а число новых случаев – примерно на 25%. Около 25% пациентов с онкологическими заболеваниями страдают тревогой и/или депрессией. У мужчин отмечается пять наиболее частых локализаций рака: предстательная железа, легкое, колоректальный рак, мочевого пузыря и желудок, у женщин – молочная железа, колоректальная область, легкое, тело и шейка матки. Около трети случаев связаны с ведущими поведенческими факторами риска – питанием, курением, употреблением алкоголя, высоким индексом массы тела, недостаточным содержанием в рационе фруктов и овощей, дефицитом физической активности. Тревога и депрессия сопряжены с низким качеством жизни, низкой приверженностью назначенному лечению, более длительными сроками госпитализации и повышенным риском суицида. Тяжелые психические расстройства не коррелируют с повышенной распространенностью рака, однако образ жизни часто ассоциируется с тяжелыми психическими расстройствами, повышает онкологический риск. Уровень курения повышает риск развития рака легкого. В отличие от лиц без тяжелого психического расстройства, пациенты с таким расстройством, в частности женщины, реже используют возможность программ скрининга/диспансеризации и реже обращаются к специалистам. Распространенность депрессии среди пациентов, получающих паллиативную помощь, составляет 25%, а среди пациентов онкологических, гематологических лечебных учреждений – более 20%. Наличие депрессии варьируется в зависимости от периодов заболевания. В рамках пятилетнего обсервационного исследования женщин с диагностированным раком молочной железы у 50% больных наблюдались тревога или депрессия в течение первого года после постановки диагноза, которые снизились до 25% на второй, третий, четвертый и до 15% на пятый год после постановки диагноза. Недостаточное лечение лиц с депрессией и раком

нередко обусловлено путаницей в диагнозе, а также в клинических выводах о том, что депрессия – «нормальное» состояние для онкологических пациентов. Из этого следует, что пациенты с онкологическим заболеванием и симптомами тревожности или депрессии, особенно получающие паллиативную помощь, должны получать консультацию и/или проходить обследование у психолога. Научно обоснованные психологические вмешательства должны входить в набор лечебных мероприятий, что также требует дополнительных экономических затрат.



Таким образом, на примере ХНИЗ, коморбидного развития хронического нарушения углеводного обмена, СД, ССЗ, заболеваний органов дыхания и онкологии с психическими расстройствами показана коморбидная клиническая взаимосвязь в совокупности с экономическими затратами. Все это существенно влияет на системы здравоохранения и общество в целом. ХНИЗ отражаются на национальной экономике любой страны. Согласно оценкам экспертов [8], соответствующие расходы составляют до 7% валового внутреннего продукта страны. Социальные затраты частично являются результатом прямых затрат на здравоохранение, включая медицинские услуги, медикаменты и дорогостоящие высокотехнологичные методы лечения, а также дополнительные расходы из-за нетрудоспособности и невыхода на работу, снижения производительности труда [10]. Необходимы эффективные методы профилактики заболеваний путем своевременного выявления и коррекции факторов риска основных ХНИЗ и психических расстройств, противодвижения предпосылкам вредных привычек [11]. Наряду с этим нужно учитывать и удовлетворять потребности, обусловленные хроническим нарушением здоровья, чтобы лица с подобными заболеваниями могли оставаться в социуме, активно участвовать в жизни общества и сохранять активное долголетие. В совокупности это требует адаптации услуг здравоохранения к новым потребностям человека. Вопросы ХНИЗ, хронических состояний и мультиморбидности должны быть первостепенными в политике здоровьесбережения в здравоохранении.

Для достижения целей 25 × 25 и движения вперед значение имеют адаптация и укрепление компетенций медицинских работников, развитие новых подходов к работе, обучению, планированию, дислокации и управлению работой медицинских служб. Важно использовать эффективные, безопасные, научно обоснованные клинические руководства, технологии, наилучшие практические подходы, представляющие ценность для клиницистов, оказывающих помощь как при психических, так и при соматических нарушениях. Иными словами, назрела потребность в новых моделях предоставления социальных и медицинских услуг, оказываемых при сотрудничестве и взаимодействии разных специалистов и учреждений. Пациентам с длительными нарушениями



здоровья должна оказываться необходимая долгосрочная помощь.

Совершенно очевидно, что здоровье населения мира подвергается воздействию масштабных, широко распространенных и специфических факторов риска. Пять основных факторов риска ассоциируются с четвертью всех случаев смерти, 24 фактора риска определяют почти половину летальных исходов. Факторы риска находятся в процессе трансформации, а вопросы здоровья начинают рассматриваться в контексте глобального мира по мере того, как меняется модель потребления и растет доля пожилого населения. Это является результатом успешной борьбы с НИЗ,

инфекционными заболеваниями, с одной стороны, и снижением уровня рождаемости — с другой. Большая часть фактов и доказательств правомочности проводимых профилактических мероприятий на национальном, региональном и местном уровнях себя оправдали [9]. При этом в ряде случаев требуется принятие политических решений, которые помогут существенным образом улучшить здоровье населения в каждом конкретном регионе. ☞

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Cohen A. Background technical report in support of the implementation of the European Mental Health Action Plan, 2013–2020. and the WHO Action Plan for the Prevention and control of Noncommunicable diseases in the WHO European Region, 2016–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.
2. Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013–2020, Geneva: WHO, 2013.
3. Health 2020 – the foundations of European politics and strategy of the 21st century. Copenhagen: WHO European Office, 2013.
4. Review of the European Framework for Action on the Organization of Integrated Health Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
5. Priorities for strengthening health systems in the WHO European Region for 2015–2020. Orientation to the needs of people. Copenhagen: WHO Regional Office, 2015.
6. The road map. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a framework for action on the integrated delivery of health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
7. The European Action Plan to Reduce the harmful use of Alcohol, 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.
8. World Health Day 2016: let's defeat diabetes. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.
9. Nolte E., Knai C., Saltman R.B. Assessing chronic disease management in European health systems: concepts and approaches. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
10. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006; 3 (11): e442.
11. Report on the situation of non-communicable diseases in the world, 2010. Zhegneva: WHO, 2011.
12. Morrish N.J., Wang S.L., Stevens L.K., et al. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. Diabetologia. 2001; 44 Suppl 2: S14–S21.
13. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: WHO, 2013.

Evaluation of the Effectiveness of the Organization and Monitoring of Primary Health Care in Chronic Non-Communicable Diseases

O.Sh. Oynotkinova, PhD, Prof.^{1,2}, G.E. Roytberg, PhD, Prof., Academician of RAS^{3,4}, O.O. Sharkhun, PhD, Prof.⁴

¹ Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management

² Russian State Social University

³ Medicine, JSC (Clinic of Academician Roitberg)

⁴ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Olga Sh. Oynotkinova, oynotkinova@yandex.ru

Mental disorders affect non-communicable socially significant diseases and, in turn, are influenced by them. They can act as both precursors and consequences of such diseases as cardiovascular, oncological, and diabetes. However, in everyday clinical practice, such interactions and comorbidity factors are usually not taken into account. This analysis is intended to contribute to a deeper understanding of the problem of comorbidity and to provide evidence that can be used by clinicians to provide a more comprehensive approach to care for patients with comorbid conditions. The main attention is paid to the relationship between common and severe mental disorders on the one hand and the four main groups of CND on the other. This review states the need to improve the professional competencies of clinicians in chronic conditions and multimorbidity, the development of new approaches to diagnosis and the importance of using effective, safe and scientifically based clinical interventions.

Keywords: chronic diseases, mental disorders, non-communicable diseases, risk factors, cardiovascular pathology, diabetes mellitus, oncology, depression, chronic obstructive pulmonary disease