**ПЛАН – ПРОСПЕКТ**

**диссертации, планируемой на соискание ученой степени кандидата**

**медицинских наук**

**Тема: «Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения долгожителей на юге Кыргызстана»**

**Специальность:** Внутренние болезни (14.01.04.)

**Сроки исполнения:** 2020-22гг.

**Руководитель:** д.м.н., профессор Мамасолиев Н.С.

**Исполнитель:** Турдалиев С.О.

**Актуальность темы.** Любое исследование, особенно эпидемиологические, среди населения умудренным жизненным опытом долгожителей имеет колоссальное научно – практическое значение. Представляет особый интерес вопросы популяционного изучения структуры предрасположения к заболеваниям повышенного риска и основным неинфекционным патологиям у долгожителей Кыргызстана. Число источников литературы по вопросу эпидемиологического исследования основных хронических – неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у популяции – долгожителей немногочисленны и сведения в них противоречивы. Имеющийся сведения касаются лишь некоторым фактором риска ХНИЗ и, даже они являются предметом дискуссии [WHO, 2014].

Неинфекционные заболевания стали одной из главных проблем современной медицины, начиная со второй половины XX-го века. На сегодняшний день во всем мире наблюдается тенденция роста НИЗ, к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхолегочные заболевания, а также сахарный диабет [Бойцов С.А., 2018; АНА/АСС, 2015; RОSUPATH, 2014]. В мире НИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. В некоторых странах СНГ экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 трлн рублей в год (около 3% ВВП в России) [ВНОК, 2013]. Основными причинами такого положения дел является недостаточное развитие мер профилактики НИЗ. Неблагополучных эпидемиологических тенденций от НИЗ можно предотвратить только путем реализации мер скрининговой профилактики. Приводим некоторые факты из опыта большого числа стран. Реализация концепции факторов риска (ФР), разработанная в 60-х годах прошлого столетия, то есть научно-обоснованных профилактических (три стратегии профилактики-популяционная, стратегия высокого риска и вторичная профилактика) и лечебных мер позволяет в течение 15-20 лет снизить смертность от НИЗ в два и более раз. При этом вклад профилактических мер, существенно менее затратных в сравнении с лечебными, обусловливает успех более, чем на 50% [Бойцов С.А., и соавт. 2019]. В результате массовой реализации комплексных профилактических мер в Финляндии распространенность ФР НИЗ стала снижаться. На этом фоне параллельно (с запозданием на 3-5 лет) стало происходить снижение смертности от НИЗ и в настоящее время Финляндия относится к группе стран с самым низким уровнем смертности от НИЗ и самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни [Интернет-ресурс: http:// www. gnicpm.ru, <http://www.ropniz.ru/>.

Международные Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике выделяют и рекомендуют 5 убедительных обоснований необходимости усиления мер по профилактике БСК и ХНИЗ (Perk J. et al, 2012; Бойцов С.А. и соавт, 2019): 1) ССЗ-основная причина преждевременной смерти, инвалидности и высоких затрат здравоохранения; 2) в основе патологии наиболее часто лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов; 3) смерть от ССЗ, обусловленных атеросклерозом, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь не может быть оказана и поэтому многие эффективные клинические вмешательства в этих ситуациях не применимы или паллиативны; 4) широкая распространенность ССЗ/НИЗ достоверно связано с образом жизни и модифицируемыми биологическими факторами риска; 5) научно доказано, что модификация ФР снижает смертность и заболеваемость как среди лиц без признаков болезни, так и среди больных НИЗ.

В реализации мер профилактики выделяется два основных направления действий-формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика НИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией. Роль такого подхода в борьбе с «интервенцией» НИЗ очень велика. Это обусловлено тем, что назначение даже самых действенных лечебных программ или лекарственных средств, выполнение самых современных интервенционных и оперативных вмешательств будет существенно менее эффективным при сохранении у больных тех факторов риска, которые послужили механизмами для развития и прогрессии НИЗ.

Данные подходы к снижению заболеваемости и смертности населения закреплены в целом ряде официальных документов и рекомендаций ВОЗ и ООН [WHO, 2012; Материалы 66-й сессии Генеральной ассамблеи ООН, 2011].

С другой стороны, следует отметить, что данные вопросы в современных исследованиях изучены далеко недостаточно. Результаты разных авторов, где в основном применяются не унифицированные и нестандартизованные методы, по данному вопросу подчас противоречивы и приводят к трудносопоставимым закономерностям. В подавляющем большинстве климатогеографических регионах мира, в том числе и в нашей стране, не выяснено еще до конца, -какой риск-фактор является решающим в развитии НИЗ или континуума от них. Однако, ясно одно-их можно предвидеть в донозологической стадии, а значит, и принимать эффективные профилактические (нелекарственные и лекарственные) меры по отношению к пациентам НИЗ или к определенному контингенту населения в группах низкого, среднего, высокого и очень высокого риска.

Следовательно, эта проблема в последние годы во всем мире, безусловно, стала весьма приоритетной и актуальной, для ее решения необходимы специальные научно-практические подходы.

Очевидно, что из-за отсутствия доказательных и сопоставимых эпидисследований в настоящее время в Кыргызстане нет точных данных об эпидемиологических условиях факторов риска (ФР) НИЗ, значить и невозможна «спасательная» профилактика на уровне популяции геронтов.

В тоже время, по данным Всемирной организации здравоохранения (Word Health Statistic, 2015), в последние два десятилетия ожидаемая продолжительность жизни в экономически развитых странах существенно увеличилась и превышает 80 лет у мужчин и шенщин. В республике Кыргызстан она составляет 70,9 лет. Продолжительность жизни мужчин и женщин в Кыргызстане на 16 лет меньше, чем у итальянцев, что несправедливо, и не соответствует проводимым правительством страны значительным социальным программам и уровню развития медицины.

**Цель исследования:** – изучение уровня распространённости факторов риска неинфекционных заболеваний в популяции долгожителей ряда регионов на юге Кыргызстана.

**Задачи исследования:**

1. Оценить распространённости основных факторов риска, составить общую картину о состоянии популяционного здоровья долгожителей и сделать прогнозы на будущее.

2. Изучить и оценить распространённости поведенческих нелипидных факторов риска неинфекционных заболеваний в популяции долгожителей на юге Кыргызстана.

3. Изучить и оценить распространённости липидных факторов риска среди населения старше 90 лет, проживающих на юге Кыргызстана.

4. Изучение и оценка распространённости микроэлементозов в популяции долгожителей на юге Кыргызстана.

5. Изучить и оценить связи эпидемиологических факторов риска неинфекционных заболеваний с социально-демографическими характеристи-ками популяции – долгожителей на юге Кыргызстана.

6. Разработка научной концепции факторов риска неинфекционных заболеваний для юга Кыргызстана, направленных на борьбе с этими патологиями у долгожителей.

**Объекты исследования.**

В данной диссертационной работе планируется выявление факторов риска ХНИЗ у популяции долгожителей (90лет и выше) на юге Кыргызской Республики.

**Предмет исследования.**

Долгожители южного региона КР (сельское и городское население).

**Методы исследования и материалы**

При проведении обследования используется методология и инструменты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) STEРS, успешно использованые в более чем 150 странах мира. Для исследования будут выбраны южные районы, города и области страны (Джалал-Абад, Ош и Баткен). Выбор основан на необходимости достижения репрезентативности обследуемого контингента. Будет охвачено, как городское, так и сельское население мужчин и женщин старше 90 лет.

Специфика исследования:

• фиксирование эпидемиологических условий и флюктуации факторов риска НИЗ у долгожителей только на определенный момент (2020 – 2021 гг.);

• эпидемиологическое исследование/скрининг будет проводиться по стандартизованной программе, будет применяться унифицированные эпидемиологические методы и полученные данные будут оценены по критериям ВОЗ (2014);

• объекты исследования находиться в равных социально-экономических условиях, обследуемые долгожители имеют равные возможности получения медицинской помощи;

• будет использована специально созданная и стандартизованная система анкетирования (WНO), рекомендованная для выявления экономических, социальных и основных эпидемиологических ФР (модифицируемых и немодифицируемых) неинфекционных заболеваний;

• к началу эпидемиологического исследования будет предшествовать специальный подготовительный период, когда будет проводиться стандартизация всего персонала, участвующего в исследовании по методам обращения, приглашения и обследования популяции в скрининг центре;

• кроме того, организовывается пробное исследование на случайной выборке из 100 человек, во время которого будут обработаны порядок работы с популяцией и процедура передвижения обследуемых во время эпидисследования; • в начале исследования исходя из рекомендаций ВОЗ, тщательно будет составлен список долгожителей и отобрана необходимая популяция и тем самым – будет обеспечена качественная и количественная основа предварительной выборки.

Будет сформирована репрезентативная выборка долгожителей – категория людей 90 лет и старше (WHO, 1963). Обследование организуется в скрининг центре и/или на дому с фиксированием результатов эпидемиологического обследования: опрос по анкете – инструмент STEРS, (основной и расширенный модули), флюрография, УЗИ, измерение АД, ЭКГ, забор крови для биохимических исследований, антропометрия, оформление паспорта здоровья и оценка популяционных параметров.

Сбор данных включает 3 следующих шага:

***Шаг 1.*** Изучение поведения: опрос по выявлению ХНИЗ [сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет и психические расстройства], опрос по употреблению табака (насвая) и алкоголя, овощей и фруктов, пищевой соли, включая вопросы по физической активности и состоянию здоровья.

***Шаг 2.*** Физический осмотр: измерение физических данных (рост, вес, окружность талии и бёдер), а также АД и частоты пульса.

***Шаг 3.*** Определение биохимических показателей: определения уровня сахара и холестерина в крови натощак, фармакоэпидемиологический и фармакогенетический (выборочно) мониторинг.

В качестве исследователей (супервайзеров и интервьюров) будут выступать специально обученные сотрудники из скрининг центра.

Максимально активное участие в отобранных методах сплошной выборки респондентов в проводимом исследовании обеспечивает качество и достоверность собранной информации, которая покажет реальную ситуацию в отношении эпидемиологических условий на юге Кыргызстана у долгожителей.

Будет определены и оценены в сыворотке крови: уровни общего холестерина (в ммоль/л), холестерина липопротеидов высокой плотности (в ммол/л), триглицеридов (в ммоль/л) и сахара (в ммоль/л). Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности вычисляется расчетным способом по формуле Fiedewald. Определение концентрации основных микро – макроэлементов (Na, K, Ca, Mg, хлор, фосфор, железо, Fe++) осуществляется методом атомной абсорбции на атомно – абсорбционных сфекто-фотометрах типа ААS – 3 и ААS – IN.

Факторы риска будут определены и оценены по критериям ВОЗ (1997) [приложение 1]. Статистический описательный и графический анализ полученных данных будет включать расчета абсолютной и относительной частоты, средних значений, значений медиан и их стандартных отклонений, квартилей с интер квартальных коэффициентом и другие описательные и графические статистические данные, рассчитанные в отношении характеристик обследуемых лиц.

**Научная значимость и новизна**

По результатам ряда исследований, данным ведущих Российских геронтологов, эффективное лечение с достижением целевых уровней артериального давления, снижение уровня холестерина крови у людей с его избытком, прекращение курения, даже без дорогостоящих медицинских технологий позволят увеличить среднюю продолжительнность жизни населения свыше 10 лет. Отсутствие чётких рекомендаций по лечению НИЗ населения 90 лет (популяция геронтов – долгожителей), даже в таких богатых и технологически оснащенных странах как Великобритания, не позволили ей занять лидирующее место по продолжительности жизни (20-е место, Кыргызстан – 153-е место).

Сведения о лечении и профилактике ФР НИЗ у долгожителей в медицинской литературе единичные. Эффективных программ его исследования и повышения в мире не разработано. Проводимые мероприятия в других странах, включая Кыргызскую Республику, охватывают лишь небольшие группы долгожителей.

Данная работа является комплексной, инновационной, и позволит относительно небольших материальных затратах в течение нескольких лет подготовить почву для существенного увеличения продолжительности жизни долгожителей, а в последующем и более молодых групп населения.

**Практическая значимость**

Учитывая отсутствие аналогичных работ в мире, её внедрение может быстро способствовать улучшению демографических показателей в стране и существенно повисить международный авторитет Кыргызстана и её медицинской науки.

Регулярное эпидемиологическое изучение фаторов риска в регионах Кыргызстана позволит создать постоянно действующую систему мониторирования факторов риска НИЗ для получения более точной и оперативной информации о здоровье населения долгожителей, о проблемах, потребностях и приоритетах общества.

**Календарный план и апробация результатов исследования**

1. 2020 г. – изучение литературы, разработка методологии исследования и

сбор материалов.

2. 2021 г. – завершение сбора материалов, статистическая обработка и

анализ полученных данных, внедрение результатов в

практическую деятельность и оценка эффективности, участие в

научных форумах с результатами исследования и публикации.

3. 2022г. – написание диссертации и представление к публичной защите.

**Оглавление диссертации.**

Оглавление Список условных сокращений

Введение

Глава 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Объект исследования.

2.2 Методы исследования

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Аспирант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Турдалиев С.О.

Научный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мамасолиев Н.С.