



**Профилактика как одно из приоритетных направлений охраны здоровья населения.**

**Основы профилактической медицины.  
Факторы риска. Стратегии профилактики.**



# Развитие медицины в Европе традиционно шло по пути поиска методов диагностики и лечения заболеваний.

## Конец XIX в

- стало развиваться новое научное направление - профилактическая медицина.
- Работы Л.Пастера изменили взгляды на природу инфекционных заболеваний, и позволили разработать методы их вакцинопрофилактики.

## Первая половина XX в

- произошла победа над многими инфекционными заболеваниями,
- Были открыты антибиотики, противовирусные, противогрибковые и противопаразитарные препараты.
- Как следствие успеха в предотвращении и лечении инфекционных заболеваний, **увеличилось время жизни.**



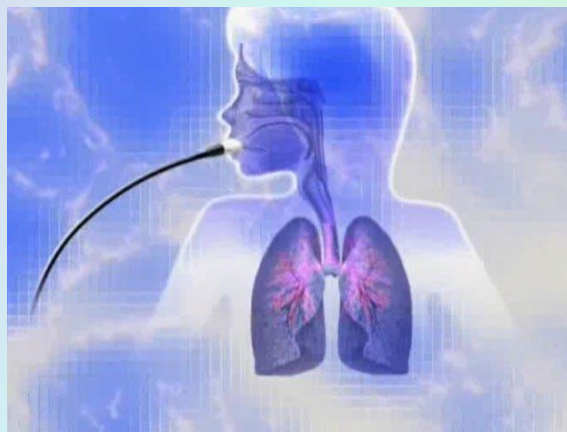
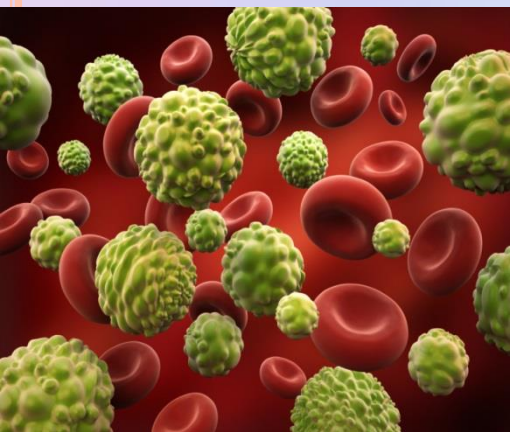
**Человечество перешагнуло через семидесятилетний порог средней продолжительности жизни** и уверенно приближается к восьмидесятилетнему. А ведь еще в конце XIX- начале XX вв. пятьдесят лет считалось глубокой старостью, и свой полувековой юбилей мог отпраздновать едва ли каждый четвертый, а каждый второй не переживал пневмонии.



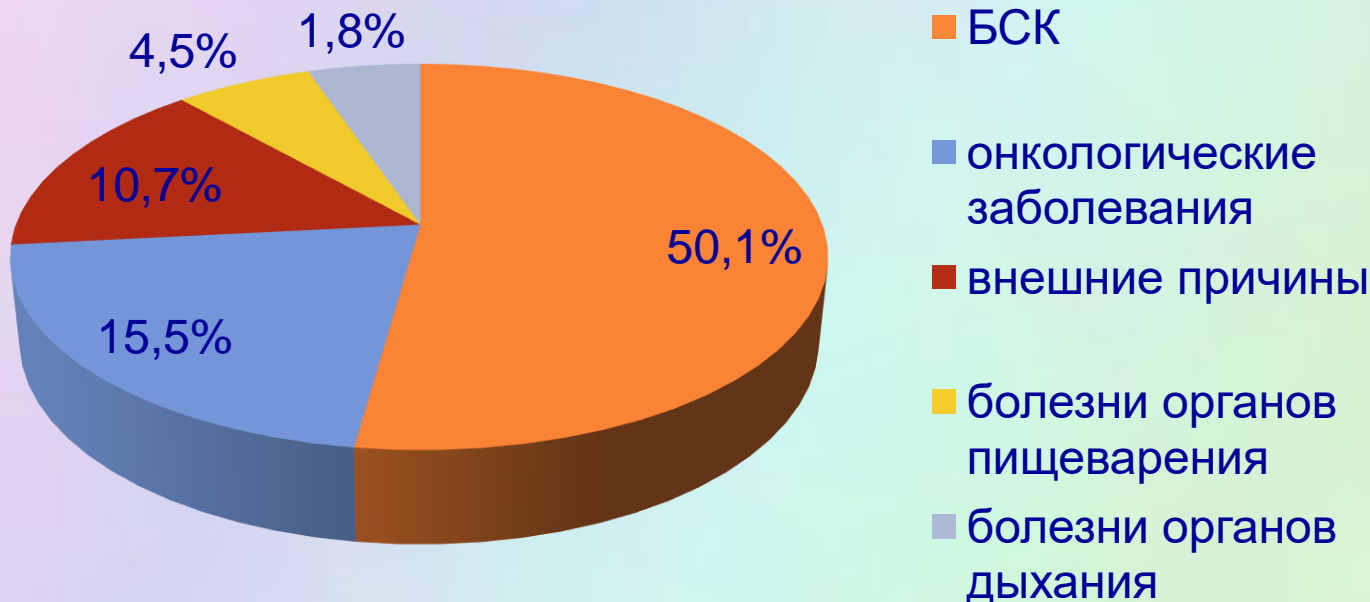
Однако прогресс медицинской науки наряду с развитием благ цивилизации **принес человечеству новые заболевания**, которые, были известны и ранее, но не представляли столь серьезной проблемы, как теперь.

## Вторая половина XX в

Во 2-й половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти - **на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания**, к которым относятся – болезни системы кровообращения, онкологические, хронические бронхо- легочные заболевания и сахарный диабет.



**В России ХНИЗ являются причиной 68,5% всех смертей взрослого населения. Несмотря на снижение смертности за последние 10 лет более чем на 17% уровень ее остается выше стран Евросоюза на 30%.**

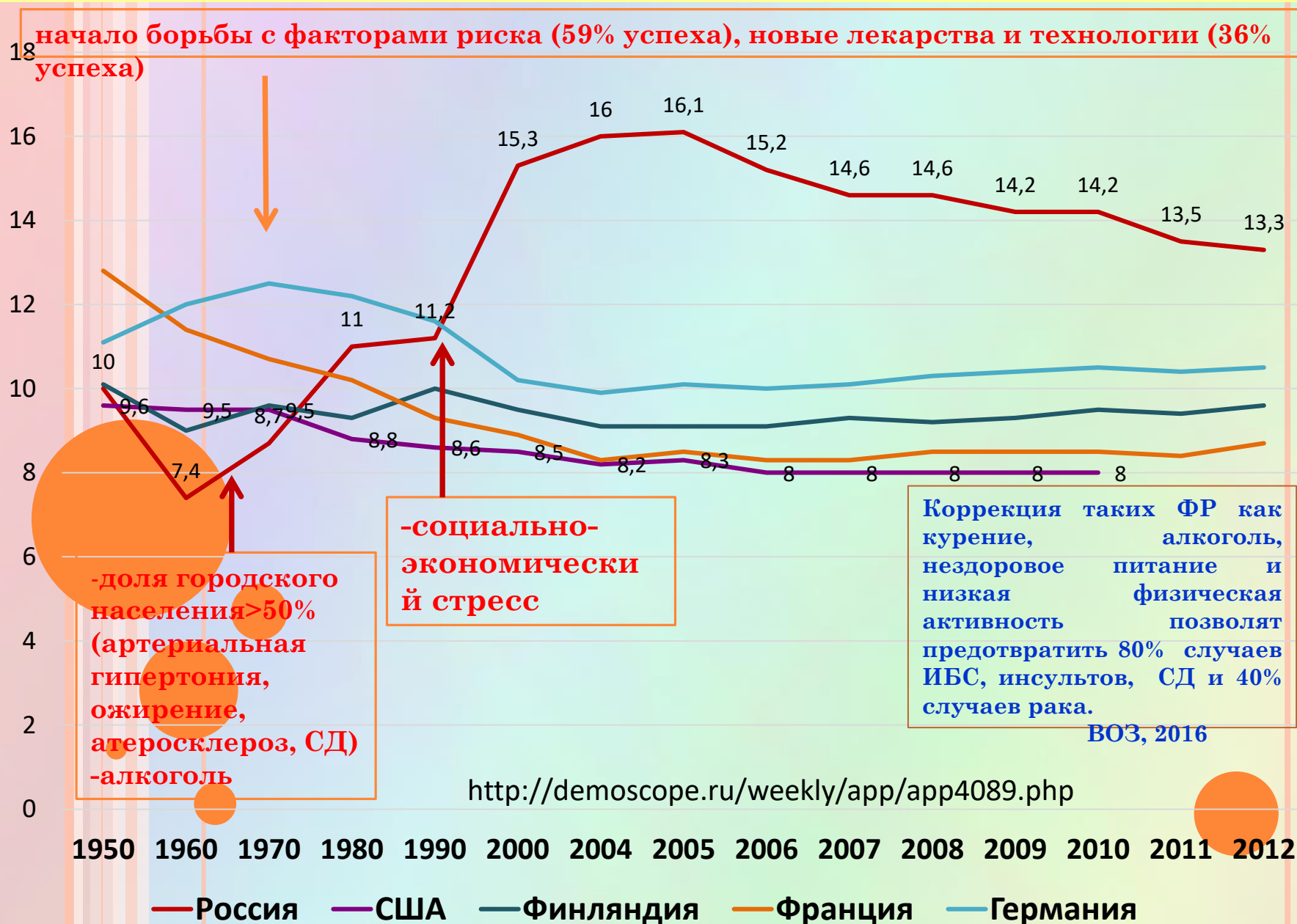


Уровень смертности от основных неинфекционных заболеваний более чем на 50% определяется смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, и это в 2-3 раза выше, чем в Европе.

**Сердечно-сосудистые заболевания являются основным бременем для нашей страны. Экономический ущерб от них ежегодно составляет около 1 триллиона рублей!**

Смертность в России от злокачественных, бронхо-легочных заболеваний и сахарного диабета **незначительно** отличается от уровня смертности в странах Европы!

# Динамика общего коэффициента смертности населения в России, США, Франции, Финляндии и Германии (на 1000 населения)

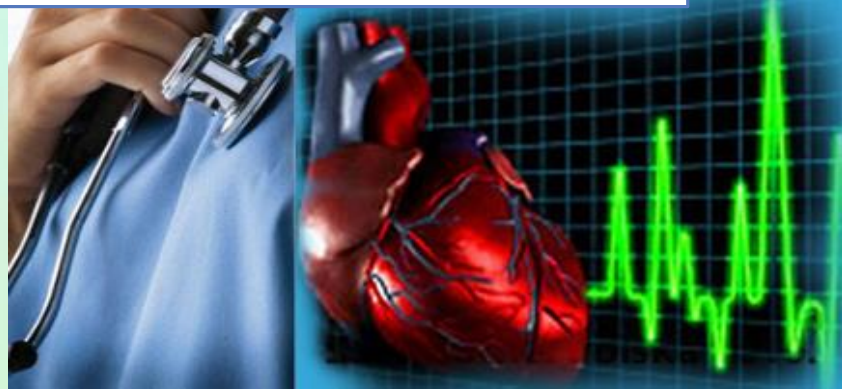


Особенностью смертности в РФ является то, что она **обусловлена преждевременной смертностью мужчин трудоспособного возраста (50-60 лет) в 3-6 раз больше**, чем в странах Европы. В целом смертность у мужчин выше, чем у женщин в 1,8 раза. Эта разница в значительной степени определяется более высокой частотой пагубного употребления алкоголя, табака и повышенного АД у мужчин. Высокий риск развития инфаркта, инсульта и сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет имеют 40,6% здоровых мужчин, тогда как такой же риск имеют 7% здоровых женщин! Еще одна особенность смертности в РФ- смертность вне стационара (дома, на работе, на даче).

Этих преждевременных смертей по большей части можно было бы избежать с помощью профилактических мероприятий (информирование), которые снижают уровень подверженности отдельных людей и населения в целом факторам риска (ФР) НИЗ. ФР для основных НИЗ являются общими (курение, алкоголь, ожирение, повышенное АД и т.д.).

✓ **Доказано, на примере других стран:**

- ✓ **Вклад здорового образа жизни (ЗОЖ) в здоровье человека составляет более 50%.**
- ✓ **Вклад профилактических мероприятий в снижение смертности составляет от 40% до 70%**



С одной стороны, можно полагать, что раньше, за счет меньшей продолжительности жизни, **многие просто не доживали до сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.**



С другой стороны, **изменение условий труда и развитие средств транспорта резко уменьшили физическую активность населения.**



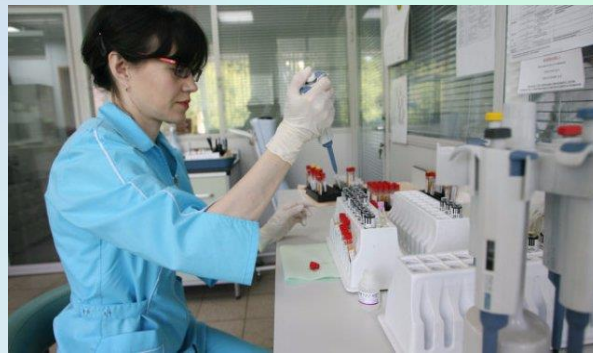
Развитие сельского хозяйства и пищевой индустрии привело к ликвидации голода и одновременно – к увеличению доступности продуктов питания, снижению их стоимости, появлению сублимированных, рафинированных, обработанных продуктов. Избыточное питание перестало быть редкостью. Глобальное изменение климата повлекло за собой изменение экологической обстановки.





Таким образом, неинфекционные заболевания являются оборотной стороной, следствием развития человеческого общества. Поэтому иногда их называют **«болезнями цивилизации»**.

В то же время риск их развития неодинаков, и зависит не только и столько от генетических факторов, от прогресса в области медицины, сколько от поведенческих привычек конкретного человека.

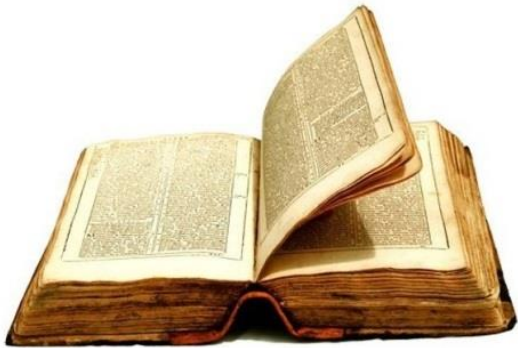


Именно поэтому в последние годы мы чаще стали говорить о здоровом образе жизни как неотъемлемой части профилактической медицины.



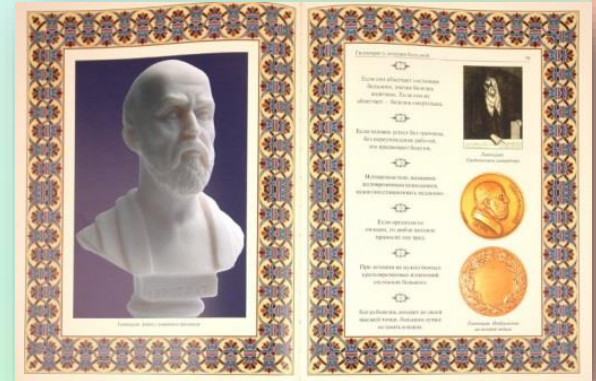
# здоровый образ жизни уходит корнями в глубокое прошлое

Элементы ЗОЖ  
встречаются в древних  
литературных трудах  
(Ветхий Завет и веды)



Высказывания в трудах  
Гиппократ, Авиценны,  
Парацельса

Здоровый образ жизни  
как неотъемлемая  
часть  
профилактической  
медицины.



Однако философия здорового образа жизни стала складываться лишь во второй половине XX в. Стало понятным, что **многие неинфекционные заболевания дешевле и проще предотвратить, чем в последствии лечить.**

Кроме того, сложились представления о первостепенной роли здоровьесберегающего поведения каждого человека в профилактике неинфекционных заболеваний.

Мы за



здоровый образ жизни!

# Здоровый Образ Жизни

**здоровый образ жизни** представляет собой определенную культурную традицию общества, которая широко привита во многих западных странах и только начинает прививаться в нашей стране.

Опыт большинства стран показал, что реализация научно – обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течении 15 – 20 лет снизить смертность от ХНИЗ в два и более раз. При этом вклад именно профилактических мер, менее затратных, чем лечебных, обуславливает успех более чем на 50 %.



Например, в 1970г в Финляндии была самая высокая смертность в мире от БСК, по причине широкого распространения среди финнов потребления табака, высоким содержанием жиров в пище и низким потреблением овощей и фруктов.



**Правительство разработало и провело крупномасштабные профилактические мероприятия на индивидуальном и популяционном уровне:**

- ✓ принятие закона запрещающего рекламу табачных изделий,



- ✓ пропаганду ограничения потребления животных жиров и обеспечили население обезжиренными молочными продуктами и полиненасыщенными жирами,



- ✓ мотивировали производителей продуктов здорового питания, стимулы для медицинских работников.

В результате распространенность таких ФР как повышенный уровень холестерина и повышенное АД стала снижаться. На этом фоне спустя 3-5 лет стало происходить снижение смертности, как от БСК, так и других ХНИЗ. Таким образом финнам были привиты основы здорового образа жизни.



В настоящее время Финляндия относится к группе стран с самым низким уровнем смертности от ХНИЗ и самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни.

# Снижение смертности от ИБС в Северной Карелии и Финляндии в течение 20 лет за счет программ комплексной профилактики



P.Puska

В 1972 уровень смертности от ИБС в Финляндии был сопоставим с уровнем смертности в России в 2012 году

## ОБ ИСТОРИИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.

История службы медицинской профилактики берет свое начало в 1920 году

В Краснодаре санитарным отделом 9-й Красной Армии был **образован Дом санитарного просвещения**, основная задача которого состояла в обеспечении массового санитарного просвещения населения с целью предупреждения распространения инфекционных заболеваний, особенно малярии, холеры, брюшного тифа, трахомы.



В послевоенные годы осуществлялось санитарное просвещение населения по всему перечню инфекционных и неинфекционных заболеваний. Именно в этот период родились и встречаются поныне, как говорят сегодня, слоганы гигиенической направленности: «Мойте руки перед едой», «Остерегайтесь случайных половых связей», «Дизентерия - болезнь грязных рук» и др.



С годами, с улучшением условий жизни и санитарно-гигиенической грамотности населения изменилась и нозологическая структура регистрируемых болезней - число инфекционных болезней уменьшилось, а распространенность и разнообразие неинфекционной патологии стало преобладающим.

Дом санитарного просвещения дважды меняет свое название: в 1989 году - на «Центр здоровья», в 1992 году - на «Краевой центр медицинской профилактики». Изменились и виды деятельности службы. Приоритет передается пропаганде здорового образа жизни, выпуску наглядных средств агитации (листовок, плакатов, буклетов), работе со средствами массовой информации, организации Всемирных дней ВОЗ.

Дом санитарного просвещения

Центр здоровья

Краевой центр медицинской профилактики

Сегодня ведущим краевым учреждением, занимающимся медицинской профилактикой является **ГБУЗ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики»** министерства здравоохранения Краснодарского края.



Основными функциями которого определены организация и проведение научно-обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, медицинским проблемам формирования здоровья методами гигиенического обучения и просвещения населения.



## СТРУКТУРА СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ КРАЯ

-3 краевых ЦОЗ и МП (в городе Краснодар, Армавир, Сочи); ;

-отделения и кабинеты медицинской профилактики в каждом МО края (70 отделений и 36 кабинетов)

-19 центров здоровья (13 взрослых – в городах Краснодар – 2, Анапа, Армавир, Белореченск, Ейск, Кореновск, Лабинск, Новороссийск, Славянск-на-Кубани, Сочи; в районах – Выселковский, Каневской и 6 детских – в городах Анапа, Кореновск, Курганинск, Темрюк, Сочи, Армавир).



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКА

Федеральный закон РФ  
от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ определяет  
профилактику как



**«комплекс мероприятий**, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания».

**Медицинская профилактика (профилактика заболеваний, от древнегреч. prophylaktikos – предохранительный)**

**система мер медицинского и немедицинского характера**, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений от нормы в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.



**Правила  
здорового  
образа жизни**

# ДВА ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

**Первое направление –  
Формирование  
здорового образа  
жизни**

**СПОРТ !**



**ЗОЖ** - это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей. Под здоровым образом жизни подразумевается изменение отношения каждого человека и общества в целом к состоянию личного (а через него и общественного) здоровья.

✓ **Если человек** не пьет, не курит, не употребляет наркотики, правильно питается, занимается физической культурой, то его шансы заболеть уменьшаются.

✓ **Если государство** занимается строительством спортивных учреждений, пропагандой активных занятий спортом, то растет число лиц, занимающихся физической культурой.

✓ **Если общество** запрещает рекламу алкоголя, табака, то их потребление снижается.



**СТОП Алкоголь!**



Таким образом, лишь совокупность индивидуальных и общественных мероприятий в состоянии улучшить как личное, так и общественное здоровье и обеспечить стабильное и успешное развитие человеческого общества.



Реализация формирования зож возможна только на межведомственной основе (определено ст 30 ФЗ-323), с привлечением различных министерств, бизнеса, общественных организаций и включает в себя: проведение мероприятий, направленных на информирование граждан о ФР для их здоровья, мотивацию к ведению зож и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая занятия физической культурой и спортом, рациональное питание, отказ от курения и другие.

Одной из основных задач является мотивация здорового поведения, изменение привычек курения, питания, потребления алкоголя, физической активности и др. Советы относительно изменений образа жизни должны быть индивидуально — направленными, убедительными, они должны даваться с учетом личных ощущений пациента и не носить характера «приказов».



## Второе направление непосредственно профилактика ХНИЗ



– находится в компетенции системы здравоохранения, особая роль здесь возлагается на врачей первичного звена – участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики.



Профилактическая работа должна занимать не менее 30-40% их рабочего времени. Но здесь также велика роль врачей - специалистов, оказывающих специализированную помощь, как в поликлинике, так и в стационаре.

Потому, что назначение самых современных лекарственных средств, выполнение самых высокотехнологичных операций не будут эффективными если у пациента сохранятся те ФР, которые послужили причиной развития и прогрессирования ХНИЗ.



# СТРУКТУРА ЕДИНОЙ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

**ОБРАЗОВАНИЕ**

**ПРОГРАММЫ ОБРАЗОВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, АДАПТИРОВАННЫЕ ДЛЯ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

**СВЯЗЬ, СМИ:  
ТЕЛЕВИДЕНИЕ,  
РАДИО, ИНТЕРНЕТ**

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ РОЛИКИ, РЕАЛИТИ-ШОУ, ИНТЕРАКТИВНЫЕ СЕССИИ, КОМПЬЮТЕРНЫЕ «ВИРУСЫ» НА ПОПУЛЯРНЫХ САЙТАХ-СОЗДАНИЕ МОДЫ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ, АДАПТИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**

**СПОРТ И  
ФИЗИЧЕСКОЕ  
ВОСПИТАНИЕ**

**РАЗВИТИЕ МАССОВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЕТСКОГО И ЮНОШЕСКОГО**

**СЕЛЬСКОЕ  
ХОЗЯЙСТВО**

**БЕЗОПАСНЫЕ И ПОЛЕЗНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ**

**ПРИРОДНЫЕ  
РЕСУРСЫ,  
ПРОМЫШЛЕННОСТЬ**

**БЕЗОПАСНАЯ  
ПРИРОДНАЯ И  
ИСКУССТВЕННАЯ  
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА**

**РЕГИОНАЛЬНОЕ  
РАЗВИТИЕ**

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К  
ГРАДОСТРОЕНИЮ,  
ПЛАНИРОВАНИЮ  
КОММУНИКАЦИЙ**


**ТРУД**

**БЕЗОПАСНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ И РАБОЧИЕ МЕСТА**


**ЭКОНОМИКА,  
ФИНАНСЫ,  
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО**

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРИОРИТЕТОВ**


# Виды ПРОФИЛАКТИКИ



**1. Первичная** профилактика направлена на предотвращение развития заболеваний у здоровых лиц.



**2. Вторичная** профилактика проводится у лиц, имеющих факторы риска, с целью предотвращения развития определенной болезни, а также у пациентов, имеющих начальные стадии хронических заболеваний, чтобы замедлить сроки прогрессирования заболевания, увеличить длительность ремиссии.



**3. Третичная** профилактика предназначена для пациентов уже имеющих хронические заболевания. В стадии ремиссии проводится с целью уменьшения числа рецидивов, их продолжительности, тяжести, замедления сроков прогрессирования заболевания, а в стадии обострения (манифестации) основной задачей третичной профилактики является скорейшее восстановление пациента (РЕАБИЛИТАЦИЯ) и социальная адаптация.

**По ЦЕЛЕВЫМ ГРУППАМ, для КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА, РАЗЛИЧАЮТ ПОПУЛЯЦИОННУЮ, ГРУППОВУЮ И ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ:**

### **1. Популяционная профилактика**

Охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом. Как правило, популяционная профилактика не ограничивается медицинскими мероприятиями. Это — межведомственные программы профилактики или массовые профилактические мероприятия, направленные на информирование населения об основных факторах риска ХНИЗ, мотивирование населения к ведению здорового образа жизни, в т. ч. через СМИ.

### **2. Групповая профилактика**

Проводится по отношению к группам лиц со сходными симптомами или факторами риска( школы здоровья пациентов).

### **3. Индивидуальная профилактика**

Проводится по отношению к отдельным лицам (например краткое или углубленное профилактическое консультирование или беседа) .



**Первичная профилактика** реализуется в виде популяционных, групповых и индивидуальных программ.



**Вторичная профилактика** может быть реализована на групповом и индивидуальном уровнях.

**Третичная профилактика** может быть только индивидуальной.

**ВОЗ призывает** делать акцент на программах первичной и вторичной профилактики, проводимых на популяционном и групповом уровнях. По мнению экспертов, при подобной организации профилактики возрастает эффективность расходования средств.

Все перечисленные мероприятия медицинской профилактики имеют единственную цель – **снижение заболеваемости и смертности от ХНИЗ, увеличение продолжительности жизни**. Все они закреплены в ряде официальных документов ВОЗ и ООН.

**Приоритетом государственной политики Российской Федерации в области охраны здоровья является**

профилактика заболеваний



пропаганда здорового образа жизни



охрана здоровья



Это связано с тем, что только здоровые граждане способны творчески и экономически развивать страну, создавать условия для выхода России в число передовых мировых держав.

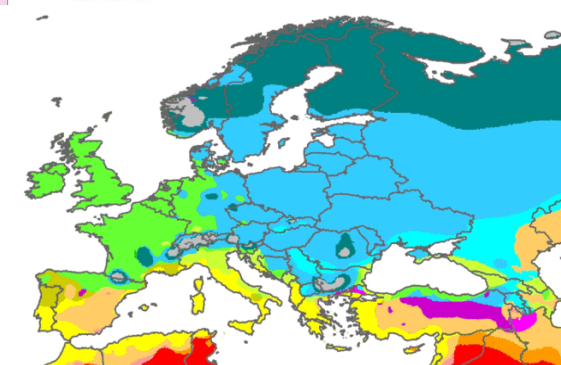
Современная система здравоохранения базируется на **двух принципах:**

равный доступ к медицинской помощи

приоритет профилактических мероприятий.



Профилактическая деятельность в РФ осуществляется с учетом достижений современной медицинской науки и опытом отечественных исследователей, **учитывая специфику страны и регионов.**



Действительно, ни одна другая страна мира не характеризуется таким разнообразием географических и климатических зон. Разнообразнейшие экологические факторы, как природные, так и искусственно созданные оказывают прямое и опосредованное влияние на состояние здоровья, поэтому их учитывают при разработке программ охраны здоровья в субъектах РФ.



Необходимо отметить, что **приоритетность профилактики не однократно подчеркивалась в выступлениях Президента РФ, Премьера РФ, Министра здравоохранения и других высших должностных лиц.**

Ежегодно возрастает государственное финансирование профилактических программ. Фактически вся система государственной политики в области охраны здоровья граждан направлена на то, чтобы сместить акценты системы здравоохранения от лечения к профилактике.

Основы государственной политики РФ определяются Президентом и Правительством, проекты Федеральных законов проходят обсуждение, корректируются и утверждаются Федеральным собранием РФ, состоящим из двух палат: Совета Федерации и Государственной Думы. Множество законопроектов проходят предварительное обсуждение в Общественной палате РФ.



Основным ведомством по реализации законодательства в области охраны здоровья с мая 2012 г. является Министерство здравоохранения Российской Федерации. Данное министерство издает ведомственные нормативные правовые акты в сфере здравоохранения.

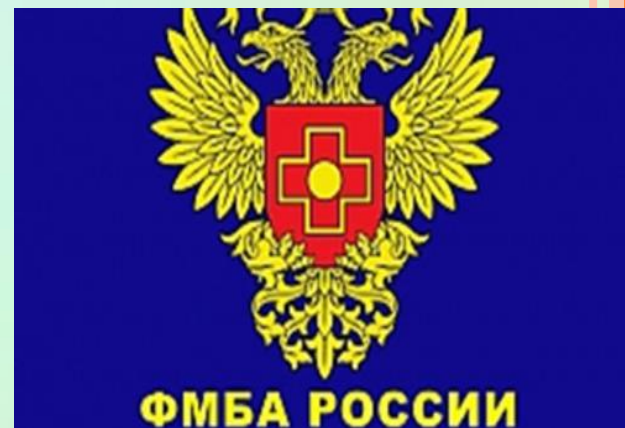
Обеспечение выполнения законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), а контрольная функция по качеству оказания медицинской помощи возложена на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор). Часть программ реализует Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА).



**РОСПОТРЕБНАДЗОР**



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ  
СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ  
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**ФМБА РОССИИ**

Система профилактических мероприятий по охране здоровья граждан на территории РФ является сложной и многоплановой. Она включает в себя не только министерства и ведомства, но и научные учреждения, учреждения здравоохранения и т.д.

**Нормативно-правовая база в области охраны здоровья за последние годы претерпела существенные изменения.** Это было связано с тем, что многие законы не менялись со времен СССР, и устарели морально и не могут в полной мере быть реализованы в новых экономических условиях.

**Указом президента Российской Федерации № 204 от 7 мая 2018 г. определены национальные и стратегические цели и задачи развития страны до 2024 года:**

• **снижение смертности населения:**

от БСК - до 450 на 100тысяч (в 2020г – факт -573,7);

от Новообразований –до185 на 100 тысяч (в 2020г – факт – 201,5);

в трудоспособном возрасте –до 350 на 100тысяч (в 2020г –факт – 480,6).



• **увеличение продолжительности жизни – до 78 лет (в 2022г- фактически -72,8 года).**

• **увеличить долю граждан, ведущих здоровый образ жизни и регулярно занимающихся физической культурой до 55 процентов.**





Большинство субъектов Российской Федерации имеют локальное законодательство в сфере здравоохранения, что позволяет учитывать региональную специфику.

Кроме того, в последние годы крупные промышленные предприятия, вузы и другие организации стали заниматься охраной здоровья сотрудников, разрабатывая мероприятия по охране здоровья работающих или обучающихся.



**В нашей стране основными нормативно - правовыми документами являются:**



**1. Конституция РФ** - охрана здоровья граждан РФ закреплена в нескольких статьях основного закона.



2. В ноябре 2011г в РФ принят **ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»** который:

- в статье 12- установил приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан и определил пути его реализации;

- в статье 27- ввел заботу о сохранении своего здоровья в обязанность граждан;

- в статье 30- конкретизировал содержание понятий профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ;

- в статье 33- включил в первичную медико - санитарную помощь мероприятия по профилактике и формированию ЗОЖ.





3. В 2013г вступил в силу Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

- который определил, что «медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости должна быть оказана всем желающим отказаться от курения».



4. ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ № 1640 от 26 ДЕКАБРЯ 2017Г УТВЕРЖДЕНА ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» НА ПЕРИОД С 2018 ПО 2025Г.

- в которой выделена подпрограмма №1 «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование ЗОЖ».

на основании этого документа в каждом регионе, в т.ч. и в нашем крае разработана программа развития здравоохранения края до 2025г, с учетом наших региональных особенностей, которая также включает подпрограмму №1.



5. Правительство РФ явилось инициатором созыва первой глобальной министерской конференции по ЗОЖ и неинфекционным заболеваниям, которая состоялась под эгидой ВОЗ в Москве в апреле 2011г и завершилась принятием международного документа «Московской декларации ВОЗ», что означает присоединение России к разработке и укреплению политики в области профилактики ХНИЗ.



Таким образом - конечные **цели профилактики** — предотвращение возникновения заболевания (первичная профилактика) или изменение течения заболевания в благоприятную сторону, предотвращение его опасных проявлений и осложнений (вторичная профилактика) путем воздействия (снижения) на известные модифицируемые факторы риска у отдельных лиц или в обществе в целом.

# НОРМАТИВНАЯ БАЗА ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## Законы

Конституция Российской Федерации (статья 41)

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (вступил в силу 1 июня 2013 г.)

## Стратегические документы

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.

Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2024 г.

Государственная программа «Развитие здравоохранения» на период до 2025 года.

Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2024 года.

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2025 года.

# РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ

Мотивация населения к ЗОЖ

Обеспечение условий к ЗОЖ

Формирование ЗОЖ у детей и подростков

Медицинская профилактика НИЗ

Правительственная комиссия по охране здоровья граждан РФ.  
Региональные правительственные комиссии по охране здоровья граждан

Министерства,  
ведомства

Религиозные  
конфессии

Бизнес

Общественные  
организации

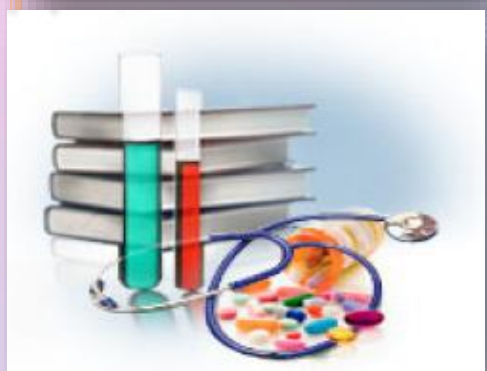
Гражданское общество



**ДОБИТЬСЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЭТИХ ЦЕЛЕЙ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ:**



**а) разработкой программ формирования здорового образа жизни**, в том числе в таких важных областях, как борьба с курением, алкоголем, немедицинским употреблением наркотиков, оздоровление питания населения, обеспечение безопасности на рабочих местах;



**б) просвещением населения**, повышением уровня его образованности в области здоровья, поощрением к выработке полезных для здоровья привычек и к отказу от привычек, вредных для здоровья;

**в) выявлением факторов риска у отдельных лиц при диспансеризации и проф.осмотрах**, своевременное проведение коррекции модифицируемых факторов риска, отклонений от хорошего здоровья;

**г) своевременной диагностикой и лечением ранних** — доклинических стадий заболеваний, снижением уровня факторов риска у больных, уже имеющих клинические проявления болезни, качественное диспансерное наблюдение



# Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

Уровень смертности в стране остается высоким, а темпы его снижения недостаточными.

1

Нормативно-правовое регулирование в сфере профилактики и здорового образа жизни населения не обеспечивает межведомственного, межсекторального взаимодействия между органами государственной и муниципальной власти и структурами бизнеса, общественными организациями.

2

Необходимо нормативно разъяснить понятие ответственного отношения граждан к здоровью, что повысит их мотивацию к ведению здорового образа жизни.

3

Несмотря на принятие в 2013 г. федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» частота курения женщин увеличивается.

## Меры по исполнению закона недостаточны:

- А)** цена и налоги - самые низкие;
- Б)** просвещение и информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, особенно на женщин и детей начиная с внутриутробного периода жизни – недостаточное;
- В)** Недостаточен контроль запрета продажи табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета вовлечения детей и потребления табака несовершеннолетними. Также недостаточны меры по оказанию медицинской помощи по отказу от курения и лечению табачной зависимости.

## Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

4

В сфере государственной политики по снижению злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2025 года также недостаточно мер, направленных на ценообразование на алкогольную продукцию и снижение доступности алкогольной продукции путем ограничения и жесткого контроля ее розничной продажи по месту и времени; необходимо ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы алкогольной продукции, привлекающей общественное внимание, особенно детей и молодежи.

5

В стране не организован учет и не разработаны показатели потребления населением поваренной соли, сахара, трансизомеров жирных кислот, насыщенных жиров и других ингредиентов пищи, оказывающих вредное влияние на здоровье человека, не проводится и научных исследований в этой области. Отсутствует запрет на рекламу продуктов питания, вредных для здоровья взрослых и особенно детей. Не запрещена реклама несуществующей (объективно не доказанной) пользы для здоровья или лечебных свойств пищевых продуктов, что является прямым и массовым обманом населения с корыстными целями.

6

В борьбе с поведенческими факторами риска надо принять меры по снижению роста распространенности курения среди женщин и недопущение дальнейшего роста ожирения вследствие нездорового питания и низкого уровня физической активности.

## Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

7

Увеличение распространенности ожирения среди несовершеннолетних и мужчин является новым вызовом в плане роста частоты артериальной гипертензии, развития метаболического синдрома, сахарного диабета и неалкогольной жировой болезни печени, снижения их репродуктивного здоровья.

Численность больных сахарным диабетом по данным обращаемости за период с 2003 года по 2013 год выросла в 2 раза (от 2 до 4 млн. человек). Однако данные общероссийского эпидемиологического исследования NATION (2013–2015 гг.), активного выявления сахарного диабета 2 типа, говорит о том, что истинная распространенность больных СД 2 типа в Российской Федерации в 2 раза выше зарегистрированной и составляет 5,4 %.

8

Остро стоит проблема загрязнения воздуха. Примерно на 15 % территории России, где живет 60 % населения и производится основная часть ВВП, качество окружающей среды неудовлетворительное.

В городах, где проживает порядка 55 млн человек (53 % городского населения России), степень загрязнения воздуха оценивается как высокая и очень высокая. В 42 субъектах Российской Федерации более половины городского населения находится под воздействием высокого и очень высокого загрязнения воздуха. Загрязнение водных объектов остается одной из основных экологических проблем для промышленно развитых регионов Поволжья, Урала, Кузбасса, Северного Кавказа.



## Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

В результате загрязнения окружающей среды мы имеем потери здоровья населения страны в виде заболеваний и сокращения продолжительности жизни.

Такие структуры как, Росгидромет, Росприроднадзор, Роспотребнадзор и Федеральное медико-биологическое агентство должны работать сообща, повышать качество наблюдений, число постов наблюдений, доступность информации о состоянии среды обитания и санитарно-эпидемиологическом благополучии не только для специалистов, но и для населения.

9

Недостаточно сформирована структура медицинской профилактики. Многие региональные центры медицинской профилактики недостаточно укомплектованы и не являются самостоятельными юридическими лицами, не хватает отделений и кабинетов медицинской профилактики в поликлиниках и амбулаториях, их штаты и структура не всегда соответствуют требованиям приказа Минздрава России от 29 октября 2020 г. №1177н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». По этой причине страдает качество диспансеризации взрослого населения.

10

Низкая активность врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), сотрудников школьных медицинских кабинетов в выявлении и коррекции среди детей таких ФР как нездоровое питание, избыточная масса тела, ожирение, низкая физическая активность, курение, повышение уровня артериального давления.

## Нерешенные проблемы, основные причины и следствия

11

Зачастую школьное и организованное общественное питание не соответствует принципам здорового питания.

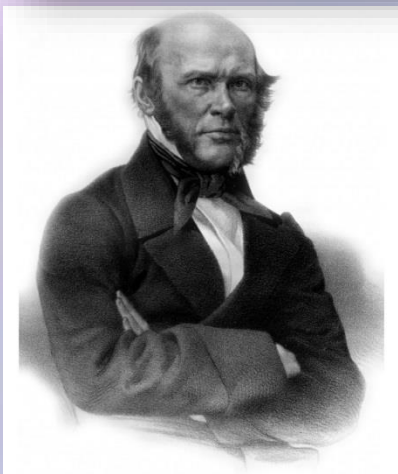
12

Слабо развиты информационные технологии в первичном звене здравоохранения (электронная медицинская карта, электронная форма учета и проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения, дистанционный мониторинг физиологических функций и биохимических параметров).

13

В стране нет полноценной системы преподавания основ здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, как на додипломном, так и последипломном уровне подготовки врачей и средних медицинских работников, а также полноценной системы повышения уровня знаний врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров участковых, сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в рамках непрерывного медицинского образования.

Таким образом, чтобы повлиять на демографическую ситуацию (снизить смертность, увеличить продолжительность жизни) нужен межведомственный подход к профилактике, нужна единая профилактическая среда – условия обитания, жизни и деятельности человека и их доступность, включая информирование населения о важности ведения ЗОЖ, необходимости профилактики, раннего выявления и лечения НИЗ и факторов их развития, а также доступность информационных и медицинских услуг.



**«Будущее принадлежит медицине профилактической».**  
**Н. И. Пирогов**

# Факторы риска ХНИЗ



## **Факторы риска**

*факторы внешней и внутренней среды организма, поведенческие факторы, повышающие вероятность развития заболевания, его прогрессирования и неблагоприятный исход.*

Основные причины смертности населения - четыре группы неинфекционных заболеваний

сердечно-сосудистые  
заболевания

онкологические  
болезни

хронические  
обструктивные  
заболевания легких

сахарный диабет

Эти заболевания объединены общими предупреждаемыми факторами риска, связанными с образом жизни: курением, неправильным питанием и недостаточной физической активностью. Поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены на комплексную борьбу с этими факторами риска.



Образ жизни обусловлен социально-экономическими условиями, зависит от мотивов деятельности конкретного человека, особенностей его психики, состояния здоровья и функциональных возможностей организма. Этим, в частности, объясняется многообразие вариантов образа жизни различных людей.

### факторы оказывающие влияние на здоровье человека:

биологические (наследственность, тип высшей нервной деятельности, конституция, темперамент и т. п.)

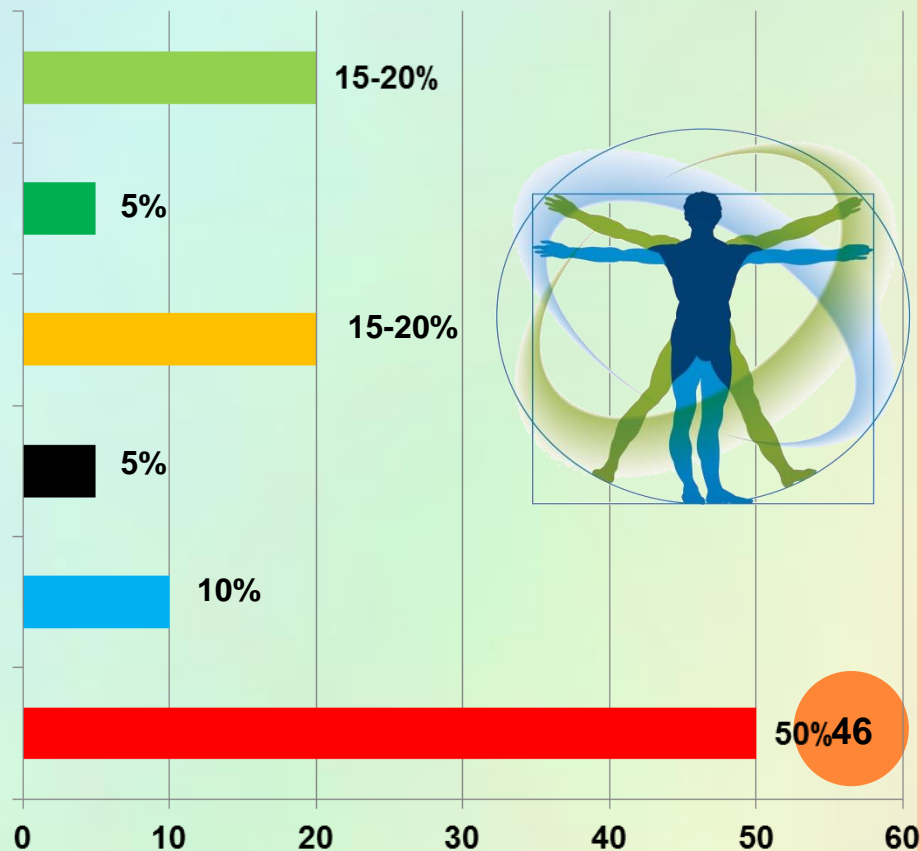
природные (климат, ландшафт, флора, фауна и т. д.);

состояние окружающей среды

социально-экономические

уровень развития здравоохранения

образ жизни



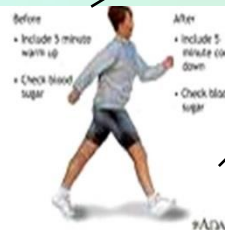
# 8 основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, определенных ВОЗ

Нерациональное питание

Повышенное артериальное давление

Факторы риска ХНИЗ

Повышенный уровень глюкозы в крови



Низкий уровень физической активности

Повышенный уровень холестерина в крови



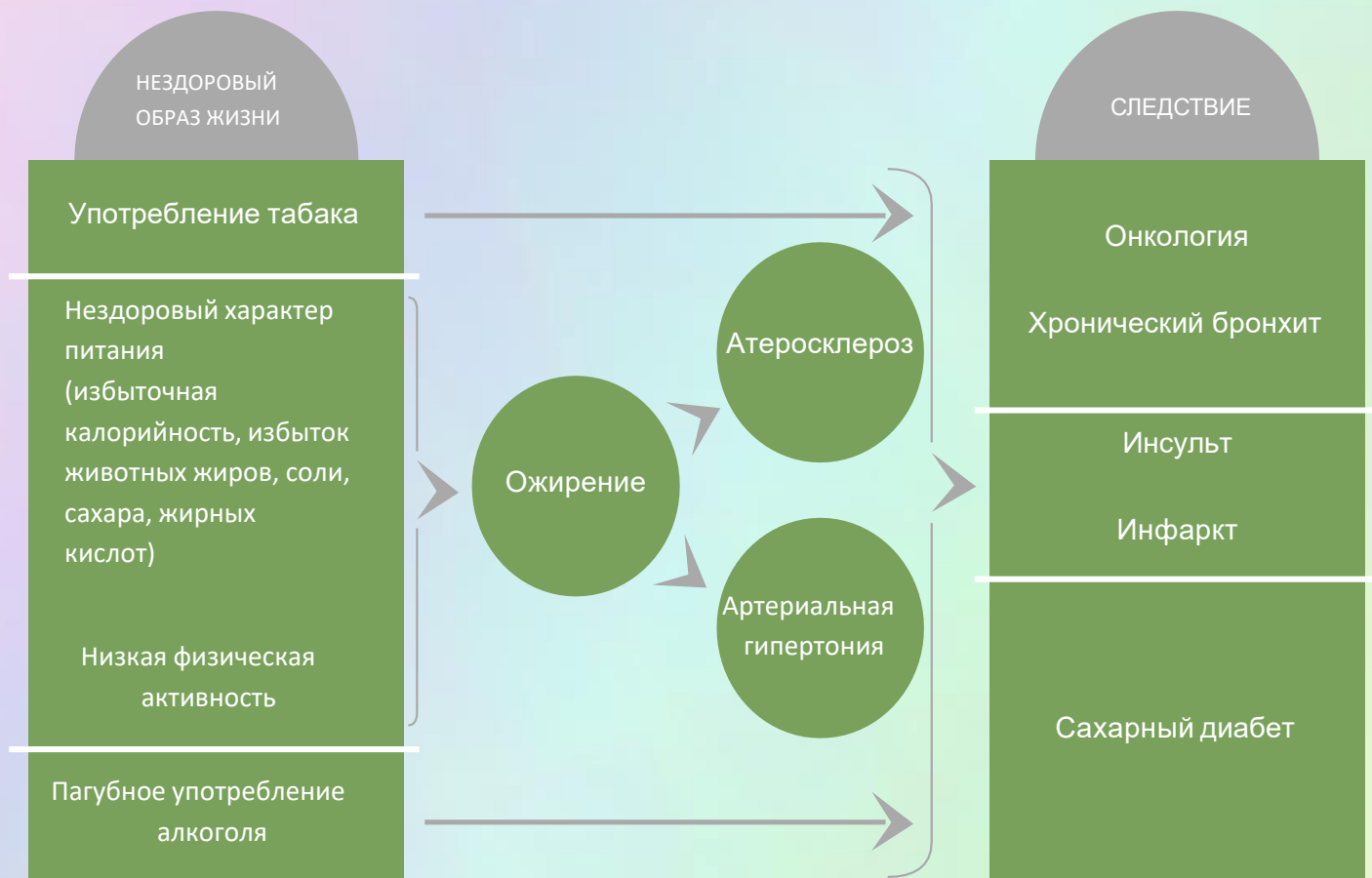
Избыточная масса тела и ожирение

Пагубное потребление алкоголя

Курение табака



# Факторная основа формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний

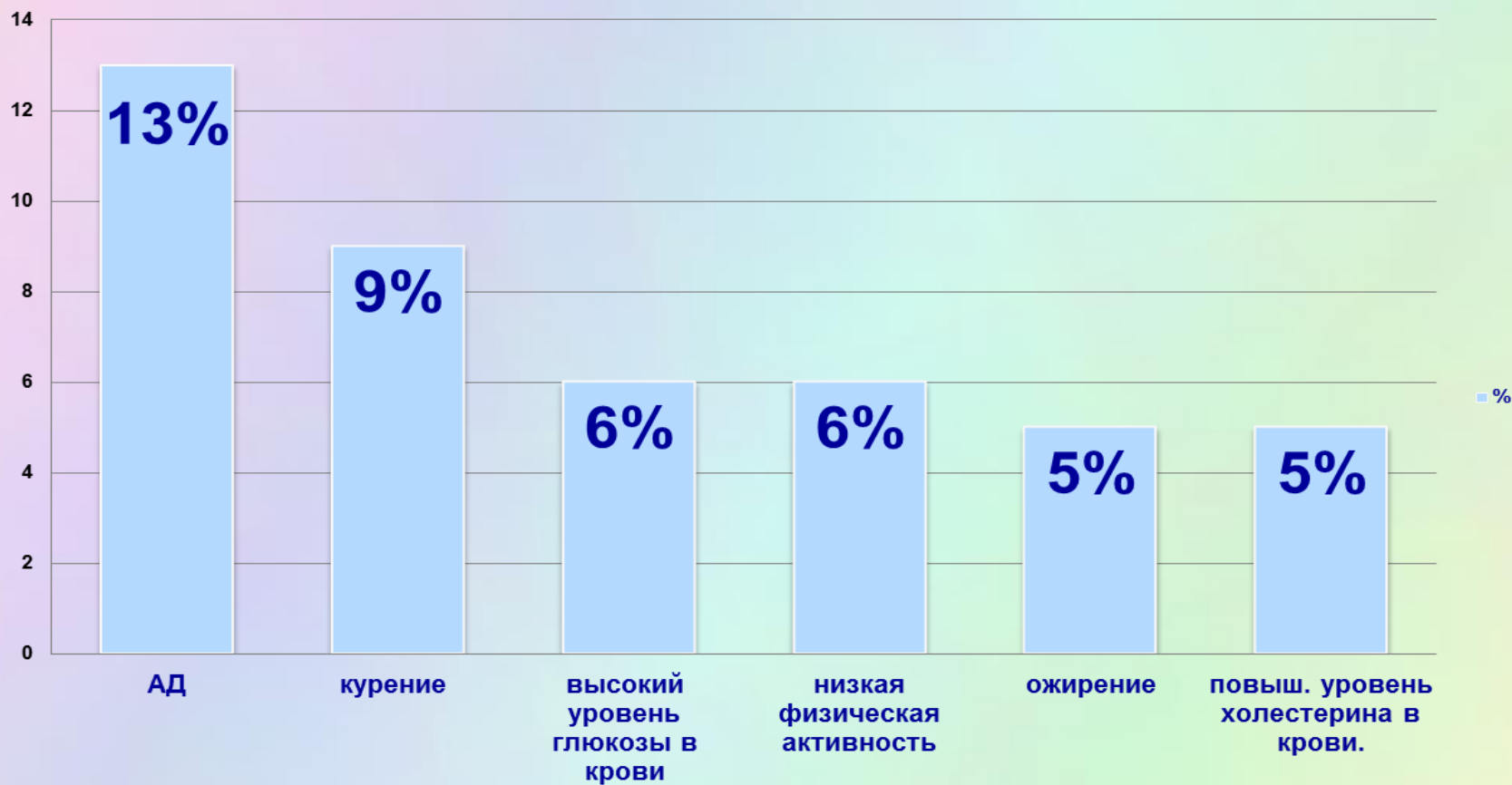


Здоровый образ жизни > Раннее выявление > Своевременное и эффективное лечение





## Смертность населения (%) и факторы риска.



# Виды факторов риска:

## 1. Модифицируемые

биологические, в том числе патофизиологические;

- поведенческие и социальные (курение, не физиологичное питание, избыточное потребление алкоголя, низкая физическая активность, материальный и социальный статус).

Патобиохимические (повышенный уровень артериального давления, повышенный уровень холестерина в сыворотке крови, ожирение, особенно по абдоминальному типу, гипергликемия, нарушения системы гемостаза, и др.).

## 2. Не модифицируемые

- личностные (пол, возраст, наследственная предрасположенность. Например, чем старше возраст, тем выше риск развития ХНИЗ.)



# Диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

## Дислипидемия

- общий холестерин более 5 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности у женщин менее 1.0 ммоль/л, у мужчин менее 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности более 3 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л

## Повышенный уровень глюкозы в крови

- уровень глюкозы плазмы натощак более 6.1 ммоль/л, в капиллярной крови 5,6 ммоль/л и более или проведение гипогликемической терапии.

## Курение табака

- ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

## Нерациональное питание

- избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, поваренной соли более 5 гр. в сутки (частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4-6 порций в сутки).

## Избыточная масса тела

- индекс массы тела 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>, ожирение - индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>.

## Низкая физическая активность

- ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

## Потребление алкоголя и наркотических и психотропных веществ

- определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного подпунктом 1 пункта 13.1 порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года № 36ан..

# Диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

. Повышенный уровень артериального давления - систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт. ст.

Абсолютный сердечно-сосудистый риск определяется у граждан в возрасте от 40 до 64 лет при отсутствии выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом, при этом высокому сердечно-сосудистому риску соответствуют значения от 5% до 10%, установленные по шкале SCORE, очень высокому - 10% и более. У граждан в возрасте старше 65 лет и/или у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и/или хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале SCORE не рассчитывается.

Старческая астения - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше по вопроснику "Возраст не помеха".

Относительный сердечно-сосудистый риск по дополнительной шкале SCORE у граждан в возрасте от 21 до 39 лет включительно, при этом высокому относительному сердечно-сосудистому риску соответствуют значения более 1.

## Распространенность факторов риска ХНИЗ в России

### Курение



### Повышенное АД



### Ожирение



Выборочные исследования выявили значительное увеличение уровня психосоциального стресса.

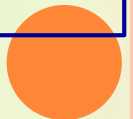
Ожирение отмечается у каждой третьей российской женщины и у каждого четвертого мужчины. За последние 10 лет увеличилась распространенность ожирения у мужчин с 11,8% до 26,9%!

Наличие у населения поведенческих факторов риска тесно связано с уровнем образования, характером трудовой деятельности, местом проживания.

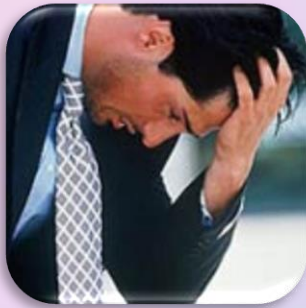
У граждан с начальным и средним уровнем образования чаще встречаются **курение**, **избыточное потребление соли**, **недостаточное потребление фруктов и овощей**, **симптомы депрессии и тревоги** и реже **низкий уровень физической активности**.



При проживании в сельской местности чаще обнаруживается **избыточное потребление соли** и реже **симптомы депрессии** и **низкой физической активности**.



# За период с 2003 года по 2013 год распространенность факторов риска



с 53,3% до 39,0%

**курение**

с 8,6% до 13,6%

с 11,8% до 26,9%

**ожирение**

с 28,4% до 30,8%

с 33,7% до 39,8%

**повышенное АД**

с 36,7% до 28,3%

## Среднедушевое потребление алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь

При этом за последние три года на четверть снизилось количество отравлений алкоголем.



Оценивая вклад факторов риска в смертность мужчин и женщин от сердечно-сосудистых заболеваний в России видно:



1. Повышенный уровень систолического артериального давления.
2. Курение.
3. Повышенный уровень диастолическое артериального давления.



1. Повышенный уровень диастолическое артериального давления.
2. Повышенный уровень систолического артериального давления.
3. Повышенный уровень холестерина крови .

67,5 %

осведомленность о наличии артериальной гипертонии

78,9 %

снижение смертности в России за последние годы происходит за счет:

- уменьшения курения мужчин
- увеличения числа регулярно принимающих антигипертензивные препараты больных артериальной гипертонией
- улучшения эффективности контроля артериального давления у этих больных



Моделирование риска развития неинфекционных заболеваний позволяет прогнозировать ситуацию по заболеваемости на основе эпидемиологических и клинических данных и планировать меры профилактики.

**Эпидемиологическое моделирование на основании данных исследования ЭССЕ-РФ показало, что если в течение последующих 10 лет будет сохраняться настоящий уровень распространенности артериальной гипертонии и курения, то при условии, что не будет происходить роста других факторов риска, с одной стороны, а также увеличения объема высокотехнологичной медицинской помощи и улучшения контроля артериальной гипертонии, с другой стороны, смертность останется на прежнем уровне. В лучшем случае возможно небольшое ее снижение за счет неконтролируемого увеличения информированности населения о вреде факторов риска.**

**При оптимистическом сценарии уменьшения распространенности курения на 25 % и повышения эффективности контроля артериальной гипертонии также на 25 % в ближайшие 10 лет смертность среди мужчин может снизиться на 11 %, а среди женщин – на 14 % даже при прежнем объеме оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это позволит в течение 10 лет сохранить 433 400 жизней (предотвратить смерти от сердечно-сосудистых заболеваний) и предотвратить потери 633,3 млрд руб.**

Высокий уровень смертности от неинфекционных заболеваний приводит к большим экономическим потерям, обусловленным как прямыми затратами на оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной и дорогостоящей, так и потерями в экономике вследствие сокращения трудовых ресурсов из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. Среди мер, направленных на борьбу с неинфекционными заболеваниями, наиболее рентабельными являются профилактические мероприятия.

**\*Чрезмерное употребление алкоголя** увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Исследования показали, что каждые 10г чистого этанола увеличиваю риск смерти от инсульта на 1% у мужчин 40-59 лет.

**\*Низкая физическая активность.** В нашей стране более 60% пациентов, обращающихся к кардиологу, имеют низкую физическую активность (ФА). Исследования показали, что люди, которые физически активны в течение примерно 7 часов в неделю, имеют на 40% более низкий риск ранней смерти, чем те, которые физически активны менее, чем 30 минут в неделю.

**\*Сахарный диабет.** В РФ за последние 10 лет число больных сахарным диабетом практически удвоилось. Однако вследствие длительного бессимптомного течения, характеризующего заболевание, истинное число больных в несколько раз больше.

**\*Структура питания** (продукты с повышенным содержанием жиров и холестерина — “фаст-фуд”, чипсы, бутерброды, сладкие безалкогольные напитки).

- **Интенсивная промышленная обработка продуктов** и снижение биологической ценности пищи.
- **Появление консервантов** — соль, сахар, различные химические добавки.
- **Применение** в пищевой промышленности большого количества различных **вкусовых наполнителей**, стимулирующих аппетит.



# Продукты нездорового питания с позиции профилактики НИЗ. И как с ними бороться

Животный жир больше 20 г, соль больше 1,2 г в 100 г



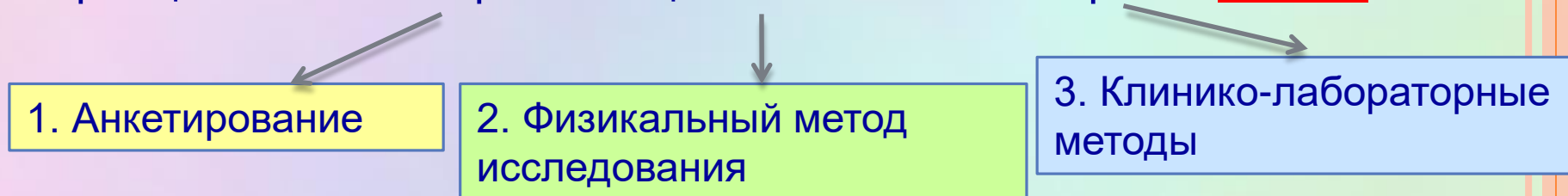
Сахар больше 12 г в 100 г



- Реклама только в ночное время с ограничением суммарной продолжительности
- Акцизы на нездоровые продукты
- Современные технические регламенты на продукты
- Достаточное производство доступных здоровых продуктов

## Мониторинг факторов риска.

Принцип поэтапной реализации системы мониторинга STEPS



### Критерии факторов риска:

Имеют высокую распространенность в популяции,

- оказывают наибольшее воздействие на заболеваемость, инвалидность или смертность;
- поддаются воздействию программ укрепления здоровья;
- поддаются изучению с соблюдением этических норм.



## Исследование распространенности вредных привычек в молодежной среде Краснодарского края.



- ДА
- НЕТ

**Анкетирование** по вопросам потребления алкоголя, наркотически действующих веществ, курения и распространенности занятий компьютерными играми и Интернетом среди учащихся колледжей и училищ начального профессионального образования Краснодарского края.

**Основная цель анкетирования** – это оценка ситуации по распространенности вредных привычек и уровню знаний о навыках здорового образа жизни и последующая разработка рекомендаций по ее улучшению.



**Всего опрошено 2900 подростков.** Проанализировано 2423 анкеты, т.к. 477 анкет были отбракованы из-за ошибок при заполнении. Из них девочки составляют 54,7% и мальчики - 45,3%.





**Компьютерная зависимость** - явление, набирающее скорость развития в современном информационном и компьютеризованном мире, которое негативно влияет на формирование психики, социальных и физических качеств подростка.





**Табакокурение** стало одной из важнейших проблем в современном обществе, кроме того оно несет огромную опасность здоровью населения, Глобальной становится проблема табакокурения у подростков. Согласно статистическим данным более 40% курильщиков являются подростками.

**91, 2% опрошенной молодежи относится к вредным привычкам отрицательно.**

**«Почему ты куришь?»**

«Из-за любопытства» -32,3%  
(чаще всего это происходит в  
возрасте 13-14 лет)

«По привычке» -23,5% (от 5 до  
10 сигарет в день)

«Курящие друзья» -76,5%





**Подростковая наркомания** - это особый вид наркомании, человек еще не сформировался как личность, еще не понял, что собой представляет жизнь, не наметил цели и в этот момент его психику начинают атаковать наркотики, мотивация к жизни практически отсутствует, справиться с подростковой наркоманией очень и очень трудно.

**«Говорите ли в своей компании про наркотики?»**

«Никогда» -82,2%

«Редко» -9,9% (в основном об их вреде)

«Никогда» -82,2%

**«Пробовал ли ты наркотики?»**

«Есть среди друзей» -5,1%

«Пробовали» -2,5%  
(в возрасте 15-16 лет.)

«Из-за любопытства» -2,2%

«Продолжают употреблять» -  
0,8% (анаша, экстази)

«Не могут порвать с компанией друзей» -0,45%

**«Считаешь ли ты употребление наркотиков опасным для здоровья?»**

«Считают опасным» -89,4%

«Не вредно» -3%

«Не знаю» -3,5%

«Зависит от дозы» -2,4%







Алкоголизм среди подростков в наше время стал настоящей трудноразрешимой проблемой как физиологического, так и морального плана.

В подростковом возрасте любой алкоголь, даже в очень малом количестве, наносит организму непоправимый вред.

**«Причины употребления алкоголя?»**

«Семейное торжество» -29,7%

«По праздникам» -17,2%

«Просто так» -2%

**«В каком возрасте попробовал алкогольные напитки?»**

«15-16 лет» -28,9% (вино-24,3%, пиво-21,7 %)

«Есть выпивающие друзья» - 51,2%

**«Считаете ли Вы алкоголь вредным для здоровья?»**

«Считают вредным» - 71,8%

«Зависит от количества» - 16,7%

«Зависит от количества» - 16,7%

**«Изменяется ли настроение после употребления алкоголя?»**

«Становится веселым и общительным» -27,7%

«Никаких ощущений» -22,1%

«Вялость и сонливость» -8%

Из 69,3% попробовавших алкоголь полностью от дальнейшего употребления отказались лишь 16% опрошенных.



Отрицательное отношение к вредным привычкам и мотивация к необходимости ведения здорового образа жизни формируются в результате целевого гигиенического воспитания подростков, проводимого врачами и педагогами. Об этом свидетельствуют результаты опроса. 84% опрошенных ответили, что в их учебных заведениях проводились лекция и занятия о вреде курения, алкоголя и наркотических веществ.

Результаты проведенного анкетирования в Краснодарском крае предоставлены в Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, который после свода данных со всех регионов, предоставит нам общероссийские цифры. Используя эти сведения мы проведем сравнительный анализ краевых и общероссийских показателей.

Результаты исследования в дальнейшем будут использованы в целенаправленной профилактической работе с молодежью.

## **Рекомендации по факторам риска при кратком профилактическом консультировании.**



### *Потребление табака/табакокурение.*

- Вред пассивного курения;
- Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака;
- «Легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья.
- Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте.

### *Повышенное артериальное давление.*

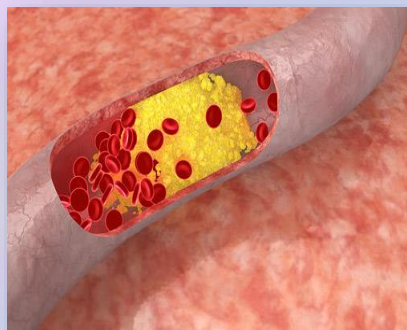


- Контроль АД (Даже при однократно обнаруженном повышении, самоконтроль в домашних условиях вне зависимости от самочувствия.
- Необходимо снизить избыточную массу тела, ограничить потребление соли, исключить алкогольные напитки, бросить курить, если пациент курит.
- Рекомендуется повторное консультирование, соблюдение рекомендаций, а при необходимости, медикаментозное лечение.



## Повышенный уровень общего холестерина в крови (дислипидемия).

- Ограничить потребление жира (включая растительные жиры), доля которого должна не превышать 30% от суточной калорийности.
- Уменьшить потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц и сами жиры - сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло).
- Ограничить продукты, богатые холестерином. Насыщенные (животные) жиры должны составлять не более половины суточной потребности - около 25-30 г/сут.
- Предпочтение необходимо отдавать продуктам, богатым полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, которые содержатся также в жирных сортах рыб.
- Рекомендуется потребление морской рыбы 2-3 раза в неделю по 100-150 г в виде различных блюд.



### Где больше всего холестерина?



## ***Избыточная масса тела (ожирение).***

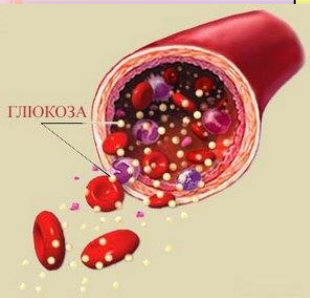


- **Снижение избыточной массы тела требует волевых усилий самого пациента.**
- **Важно помнить об опасности снижения массы тела путем применения различных «модных» диет, особенно голодания.**
- **Пациентам с ожирением, особенно с выраженным ожирением, рекомендуется консультация врача-диетолога и, при необходимости, врача-эндокринолога.**

## ***Недостаточная физическая активность.***

- **Отсутствие физической нагрузки крайне негативно сказывается на работе миокарда (сердечной мышцы) и кровеносных сосудов.**
- **Вредное влияние гиподинамии также сказывается на обмене веществ, способствуя развитию ожирения.**
- **Недостаток движения отрицательно сказывается на деятельности головного мозга, снижение работоспособности, быструю утомляемость.**
- **Риск возникновения желудочно-кишечных заболеваний, варикозного расширения вен, гипертонической болезни.**

## Повышенный уровень глюкозы в крови (гипергликемия).



- Ограничить потребление простых углеводов и животных жиров, снизить избыточную массу тела, контролировать АД.
- При наличии в анамнезе повышенный уровень глюкозы крови требуется полное обследование пациента, при показаниях - направление на консультацию к эндокринологу.
- Рекомендуется контролировать уровень глюкозы в центре здоровья, кабинете медицинской профилактики или в домашних условиях - приобрести бытовой глюкометр.

## Нерациональное (нездоровое) питание.



- Рекомендуется сбалансированность пищевого рациона по энергопоступлениям и энерготратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины).
- Основной принцип здорового питания:  
-достаточное потребление овощей и фруктов- 400-500гр в сутки; ограничение потребления соли – не более 5гр в сутки с учетом досаливания – ограничение употребления животных жиров.

# Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний.



## Стратегии профилактики:

1. Популяционная

2. Стратегия высокого риска

3. Стратегия вторичной профилактики.

**1. Популяционная стратегия** направлена на население в целом.

Массовая пропаганда ЗОЖ повышение уровня информированности населения и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью (социальная реклама, средства наглядной агитации, массовые профилактические мероприятия и т. д.).

Создание условий для ведения ЗОЖ (строительство доступных спортивных сооружений и мест активного отдыха, запрет на курение в общественных местах, повышение акцизных сборов на алкоголь и табак и т.д.).

Реализация этой стратегии находится, в основном вне сферы деятельности здравоохранения, в сфере образования, спорта, социальной рекламы.

### Преимущества этой стратегии:

воздействие охватывает все население как лиц, имеющих факторы риска ХНИЗ, так и уже имеющих заболевание, не высокая стоимость, не требующая дорогостоящей материально-технической базы.





**Роль мед работников в реализации этой стратегии велика, они должны быть идеологами и авторами информационных материалов для СМИ, инициаторами, пропагандистами и катализаторами процессов в обществе. Большую роль здесь призваны выполнять ЦМП.**

## **2. Стратегия высокого риска**

**Выявление в популяции лиц с высоким уровнем ФР и проведение у них активных профилактических мероприятий. Реализация этой стратегии находится в первичном звене здравоохранения.**

**Затраты на ее реализацию могут составить около 30% от общей суммы средств на борьбу с ХНИЗ, но вклад в снижение смертности может составить до 20%.**



### 3. Стратегия вторичной профилактики

– заключается в ранней **диагностике** заболеваний, предупреждении прогрессирования, как за счет коррекции поведенческих ФР, так и за счет лечения.

В отличие от популяционной, стратегии высокого риска и вторичной профилактики могут обеспечить более быстрое снижение корригируемых ФР у населения, снизить заболеваемость и смертность.

Все 3 стратегии взаимно дополняют друг друга и наибольший медицинский и социально-экономический эффект достигается при сочетанном применении всех трех профилактических стратегий.

Основная роль в реализации стратегии высокого риска и вторичной профилактики принадлежит медицинским работникам первичного звена здравоохранения, которые постоянно контактируют с пациентами и могут оказать влияние на ОЖ своих больных.



Степень этого влияния в значительной мере зависит от наличия у врачей и медицинских сестер навыков профилактического консультирования, а также механизмов, стимулирующих медицинских работников к включению профилактических мероприятий в практическую работу.



# Скрининг

(в переводе с английского – «отбор, сортировка») – это стратегия в здравоохранении, — метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении простых и быстрых диагностических методов исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов.

## Цель скрининга

раннее выявление заболеваний с целью раннего начала лечения и снижения смертности.

### Виды скрининга:

массовый скрининг

Обследование всех лиц при обращении к врачу или в медицинское учреждение или лиц определенной категории (например все дети одного возраста)

селективный скрининг

Обследование лиц, имеющих большую вероятность наличия ФР ( например обследование лиц с ожирением для выявления сахарного диабета и АГ или обследование членов семьи в случае выявления наследственного заболевания).



## Условия проведения скрининга

наличие подготовленного персонала

оценка полученных результатов

стандартный подход к выявлению изучаемого признака

простота, надежность и воспроизводимость методов (автоматизированные и полуавтоматизированные методы)

## Этапы обследования в форме скрининга

1.

Выявление всех больных с артериальной гипертензией

2.

Уточнение причины повышения АД в клинических или амбулаторных условиях

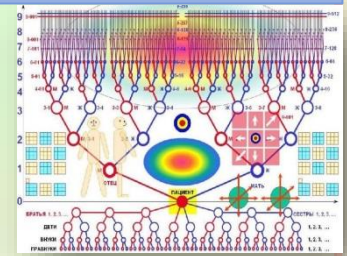


## Скрининг в медицинской генетике

В практике здравоохранения многих стран используют:

- программы скрининга новорожденных на фенилкетонурию, гипотиреоз, недостаточность  $\alpha$ 1-антитрипсина, муковисцидоз, галактоземию.
- программы выборочного скрининга для выявления наследственных дефектов обмена веществ среди некоторых контингентов больных с высокой степенью риска в отношении накопления этих дефектов.
- программы выборочного скрининга для крупных педиатрических клиник, имеющие целью выявление наследственных дефектов аминокислотного, углеводного, липидного, пуринового, пиримидинового и некоторых других видов обмена.
- программы выборочного скрининга для контингента умственно отсталых, офтальмологических, гематологических больных.

Выборочный скрининг способствует профилактике наследственных дефектов путем медико-генетического консультирования наследственно отягощенных семей. С помощью этих программ устанавливают спектр наследственных дефектов обмена веществ, распространенных в популяции.

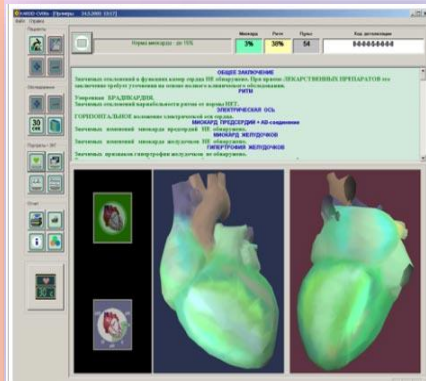




## Скрининг в кардиологии

Проводится с целью выявления ишемической болезни сердца и артериальной гипертензий, а также факторов риска их развития.

Скринирующее обследование осуществляет персонал, прошедший специальную подготовку по измерению АД, роста, веса и др., заполнению стандартного опросника (вопросы по выявлению стенокардии напряжения, вредных привычек — курения, потребления алкоголя).



Проводят также тщательную стандартизацию определения биохимических показателей (липидного спектра, сахара крови и др.). В зависимости от целей обследование носит одномоментный или поэтапный характер.

Повторные обследования позволяют оценить стабильность изучаемых показателей, например уровня АД, и уточнить диагноз, а также определить динамику факторов риска, заболеваемости и смертности, разработать систему профилактических мероприятий, осуществляемых органами здравоохранения.

## Скрининг в фармакологии

заключается в экспериментальном выявлении фармакологической активности продуктов химического синтеза и природных соединений.



- При работе с принципиально новыми рядами химических соединений и при отсутствии информации о фармакологическом действии веществ проводят скрининг для выявления фармакологической активности любого вида с помощью широкого набора специфических тестов.

- При целенаправленном поиске активных веществ осуществляют скрининг с применением строго определенного набора тестов для оценки каждого класса веществ, например транквилизаторов, антидепрессантов, нейрелептиков противосудорожных средств и др.



- В ряде случаев для выявления фармакологического действия какого-либо одного вида используют скрининг с применением одного метода, например определение динамики гликемии для установления способности вещества уменьшать концентрацию сахара в крови. Используемые тесты должны обладать высокой чувствительностью.

# Оценка суммарного риска

ХНИЗ многофакторные заболевания;

синергизм во взаимодействии ФР;

наличие нескольких ФР, которые со временем могут измениться в разных направлениях.

Оценку суммарного риска среди лиц, не имеющих клинических проявлений, проводят с использованием различных шкал ( для ССЗ – шкала SCORE, для ХНИЗ – шкала «Орискон»).

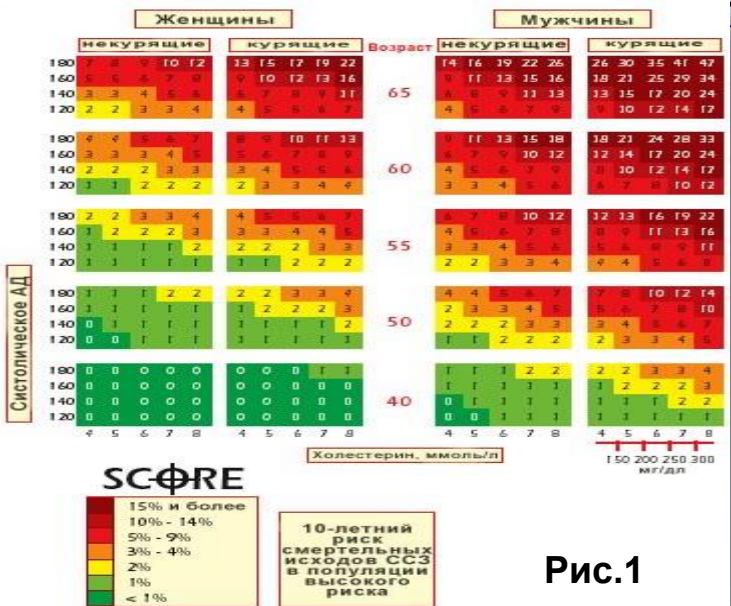


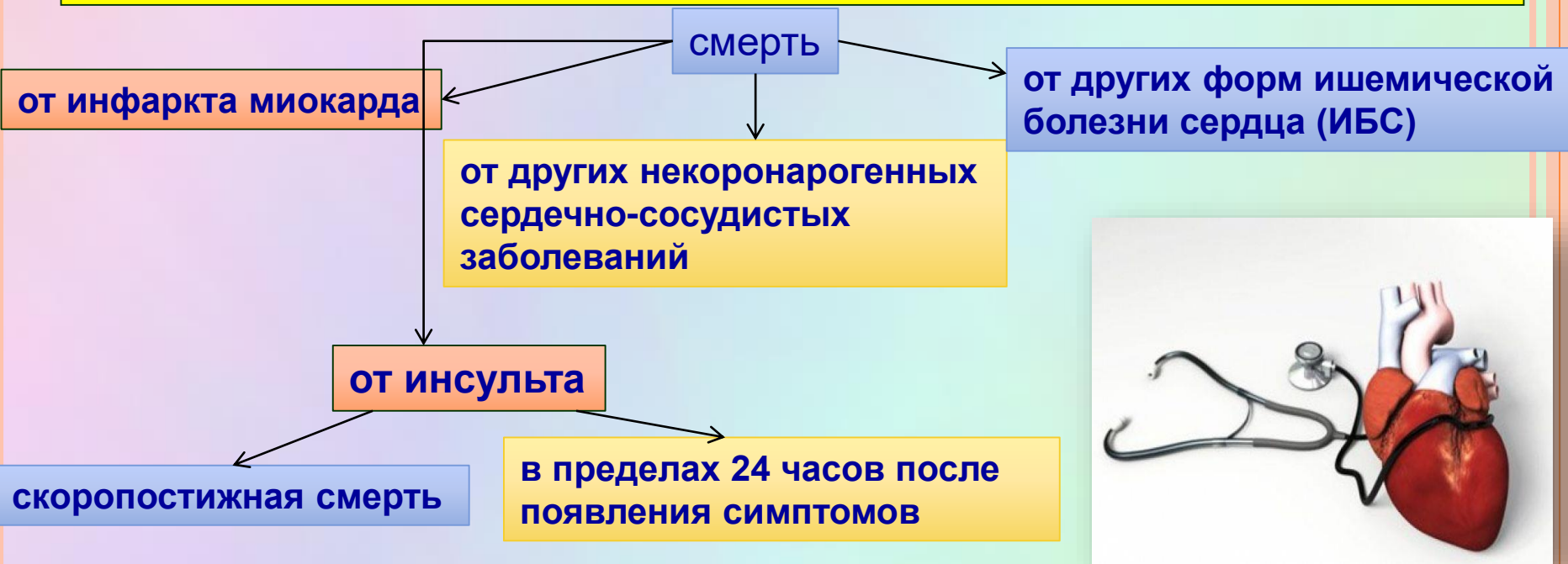
Рис.1

## Суммарный сердечно-сосудистый риск (прогностическое значение и методика определения)

Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный сердечно-сосудистый риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относится и Российская Федерация (рис. 1).



## Фатальные сердечно-сосудистые осложнения (события):



Шкала **SCORE не используется** у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, цереброваскулярные болезни, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом I и II типа с поражением органов мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных факторов риска, граждан в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют наивысшую степень суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска) и граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зависимости от наличия факторов риска (за исключением очень высоких уровней отдельных факторов) они имеют низкий абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

## Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента

Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления (АД мм рт.ст.) и общего холестерина (ммоль/л).

Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет систолическое АД 145 мм рт. ст. и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 размещена в окружности белого цвета).

Число, указанное в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента.

Систолическое АД, мм рт. ст.

	Женщины					Возраст	Мужчины																
	Некурящие			Курящие			Некурящие			Курящие													
180	7	8	9	10	12		13	15	17	19	22	65	14	16	19	22	26		26	30	35	41	47
160	5	5	6	7	8		9	10	12	13	16		9	11	13	15	16		18	21	25	29	34
140	3	3	4	5	6		6	7	8	9	11		6	8	9	11	13		13	15	17	20	24
120	2	2	3	3	4		4	5	5	6	7		4	5	6	7	9		9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7		8	9	10	11	13	60	9	11	13	15	18		18	21	24	28	33
160	3	3	3	4	5		5	6	7	8	9		6	7	9	10	12		12	14	17	20	24
140	2	2	2	3	3		3	4	5	5	6		4	5	6	7	9		8	10	12	14	17
120	1	1	2	2	2		2	3	3	4	4		3	3	4	5	6		6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4		4	5	5	6	7	55	6	7	8	10	12		12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3		3	3	4	4	5		4	5	6	7	8		8	9	11	13	16
140	1	1	1	1	2		2	2	2	3	3		3	3	4	5	6		5	6	8	9	11
120	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2		2	2	3	3	4		4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2		2	2	3	3	4	50	4	4	5	6	7		7	8	10	12	14
160	1	1	1	1	1		1	2	2	2	3		2	3	3	4	5		5	6	7	8	10
140	0	1	1	1	1		1	1	1	1	2		2	2	2	3	3		3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	2	2	2		2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0		0	0	0	1	1	40	1	1	1	2	2		2	2	3	3	4
160	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		1	1	1	1	1		1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	1	1	1	1		1	1	1	2	2
120	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0	1	1	1		1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8		4	5	6	7	8

Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л

15% и выше; 10-14%; 5-9%; 3-4%; 2%; 1%; < 1%.

SCORE - Градация суммарного сердечно-сосудистого риска

Сравнение рисков

Рисунок 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск) для граждан в возрасте от 40 до 65 лет (преобразование ммоль / л → мг / дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

## Критерии оценки суммарного ССС риска:

- менее 1% - низкий.
- от  $\geq 1$  до 5% средний или умеренно повышенный.
- от  $\geq 5\%$  до 10% - высокий.
- $\geq 10\%$  очень высокий.

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни - оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).



Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к ведению здорового образа жизни может быть полезным сравнение рисков.



Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем артериального давления 180 мм рт.ст. и содержанием общего холестерина в крови 8 ммоль/л, что его суммарный сердечно-сосудистый риск смерти в ближайшие 10 лет жизни соответствует риску 65-летнего мужчины, не имеющего указанных факторов риска (см. рис. 1 «Сравнение рисков»).

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно-сосудистый риск с использованием шкалы, представленной на рисунке 2.

### Таблица определения суммарного сердечно-сосудистого риска для лиц моложе 40 лет

Некурящие					Курящие					180 АД 160 (мм.рт.ст.) 140 120
3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	



Рис.2

Общий холестерин (ммоль/л.)

Суммарный сердечно-сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE и шкале относительного риска (рис. 2) в следующих случаях:

у людей с низкой физической активностью (сидячей работой) и центральным ожирением (избыточная масса тела в большей степени увеличивает риск у молодых людей, чем у пожилых пациентов);

у социально обездоленных лиц;

у лиц с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом 1 типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);

у лиц с низким уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности, с повышенным содержанием триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина(а) [Lp(a)], особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией;

у лиц без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения, но с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий;

у лиц с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ)  $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ];

у лиц с семейным анамнезом преждевременного (раннего) развития сердечно-сосудистых заболеваний у ближайших родственников.

**БЛАГОДАРЮ**

**ЗА ВНИМАНИЕ!**

