

С.А. Бойцов<sup>1</sup>, Р.М. Линчак<sup>2\*</sup>

УДК [314:614.1](100)

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, <sup>1</sup> директор, <sup>2</sup> заместитель директора по амбулаторно-поликлинической работе, Москва

# ПРОФИЛАКТИКА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЧТО СДЕЛАНО И ЧТО ПРЕДСТОИТ СДЕЛАТЬ?

## Резюме

В статье проанализированы причины кардинального изменения структуры смертности населения мира за последние 100 лет, обобщен опыт крупных региональных проектов и национальных программ, проведенных в различных странах Европы и Северной Америки и доказавших высокую эффективность профилактических мероприятий в снижении смертности от неинфекционных заболеваний. Приводится перечень мероприятий, осуществляемых органами исполнительной и законодательной власти РФ, специалистами по медицинской профилактике в течение последних 1,5–2 лет, направленных на профилактику основных неинфекционных заболеваний и пропаганду здорового образа жизни. Детализируется место медицинской профилактики в системе оказания медицинской помощи населению.

**Ключевые слова:** медицинская профилактика, здоровый образ жизни, неинфекционные заболевания.

## Abstract

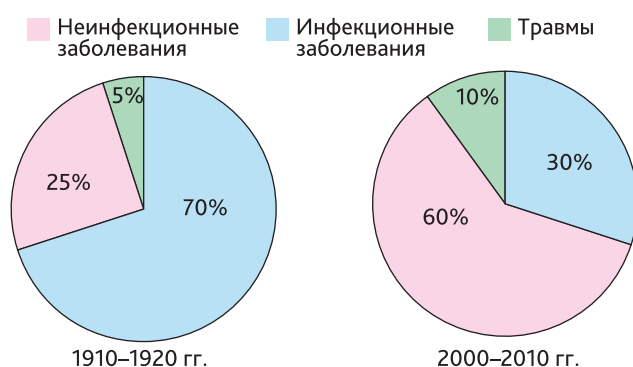
The article analyzes causes of dramatic changes in structure of mortality in the world over past 100 years, sums up the experience of major regional projects and national programs carried out in different countries in Europe and North America and preventive measures with proven effectiveness in reducing mortality from non-communicable diseases. We give a list of activities carried out by the executive and legislative branches in Russian Federation, by specialists in medical prophylaxis in last 1,5–2 years, aimed at the prevention of major non-communicable diseases and health promotion. Place of medical prophylaxis in the healthcare system is detailed.

**Key words:** medical prevention, healthy lifestyle, non-communicable diseases.

Сегодня мы отчетливо осознаем, что за последние 80–100 лет структура смертности населения в мире изменилась кардинальным образом (рис. 1) [7]. Если в начале прошлого столетия около 70% людей умирало от тех или иных инфекционных заболеваний, зачастую принимавших характер пандемий, и только в 25% случаев непосредственной причиной смерти служили

неинфекционные заболевания (НИЗ), то сегодня мы наблюдаем прямо противоположную картину. В настоящее время около 60% населения Земли умирает от НИЗ, тогда как доля инфекционной патологии в структуре смертности не превышает 30%.

В основе таких глобальных изменений лежит множество причин, приведших, с одной стороны, к уменьшению заболеваемости и смертности от инфекционных болезней, а с другой — к увеличению аналогичных показателей для неинфекционной патологии. Важнейшим из них, безусловно, следует признать открытие в конце 20-х гг. прошлого столетия Александром Флемингом пенициллина и последовавшее за этим бурное развитие эры антибиотиков, существенно изменившее инфекционную эпидемиологию в мире. После революционных открытий Луи Пастера и Роберта Коха в конце XIX в., установивших этиологическую роль ряда микроорганизмов в генезе некоторых инфекционных заболеваний, последовавшего за этим зарождения и развития вирусологии, создание и массовое, фактически тотальное, применение вакцинации буквально с первых дней жизни ребенка привело к значительному снижению заболеваемости и смертности от многих инфекционных заболеваний.



**Рисунок 1.** Структура смертности населения мира в XX–XXI вв. (согласно данным GlobalHealthObservatory Database <http://apps.who.int/ghodata>)

\* Контакты. E-mail: [ruslanlinchak@mail.ru](mailto:ruslanlinchak@mail.ru). Телефон: (495) 628–00–31

Например натуральная оспа, благодаря таким мероприятиям, уже в течение нескольких десятилетий считается исчезнувшим на Земле и побежденным заболеванием. Стоит также вспомнить о полиомиелите — многие регионы мира считаются освобожденными от этой нейроинфекции.

## «НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ПИТАНИЕ В ЛЮБОЙ ЕГО ФОРМЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ УГРОЗУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ»

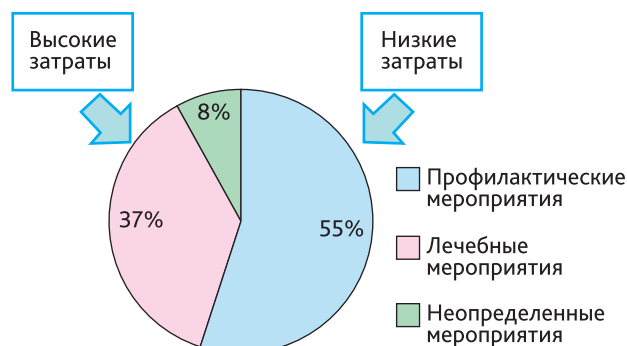
*Всемирная организация здравоохранения*

Вместе с тем, следует упомянуть и о тех социально-экономических процессах, которые привели к росту НИЗ за последние 40–60 лет. В начале 1950-х гг. правительствами многих стран Европы был предпринят ряд программных действий, направленных на улучшение обеспеченности населения продовольствием. Причем уклон был сделан в сторону увеличения производства и сбыта высококалорийных продуктов, в основном животного происхождения, содержащих высокую долю жиров. По данным экспертов продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН [6], за период с 1950 по 1989 г. производство мяса и мясных продуктов, молока и молочных продуктов возросло на 50%. В то же время потребление картофеля, корнеплодов и зерновых продуктов в европейских странах сократилось в среднем на 25%.

Начавшийся в 1960-х гг. и продолжающийся до сих пор процесс урбанизации, сопровождающийся массовым переездом жителей из деревень в города, офисный стиль работы (неизбежно сопровождающийся крайне недостаточным уровнем физической активности и, как следствие, увеличением частоты ожирения), широкое распространение курения, повседневное эмоциональное напряжение и стресс — вот неполный перечень социальных изменений, ставших причиной резкого роста частоты НИЗ, приобретшего в последние годы признаки пандемии. Понимание этих процессов и их роли в развитии НИЗ и, в первую очередь, болезней системы кровообращения (БСК), привело к созданию теории факторов риска (ФР). Стало очевидно, что в отличие от инфекционных заболеваний, где в большинстве случаев удается выявить конкретного возбудителя или ассоциацию таковых, в развитии НИЗ часто принимают участие множество ФР, наличие которых может ускорить появление и прогрессирование заболевания, но не является обязательным условием для их возникновения. Вместе с тем, к началу 1970-х гг. еще не было ясно, будет ли снижение уровня распространенности ФР, таких как артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия (ГХС), курение, низкая физическая активность, недостаточное употребление овощей и фруктов, сопровождаться снижением смертности от НИЗ. Ответ на этот вопрос был получен в рамках пилотного проекта «Северная Карелия», стартовавшего в одноименном регионе Финляндии в 1972 г. [9].

Широкий комплекс мероприятий, включивших создание и усовершенствование нормативно-правовой базы, реализацию экономических и социальных мер, направленных в первую очередь на коррекцию ФР уже через 5 лет (крайне незначительный для такого показателя период!) привел к существенному снижению смертности от БСК.

Проведенные впоследствии в других странах проекты подтвердили эффективность подобных мероприятий в снижении смертности от НИЗ. Усредненные эпидемиологические данные ряда стран Европы и Северной Америки свидетельствуют о том, что более чем двукратное снижение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) на 55% обусловлено внедрением профилактических мероприятий и только на 37% — эффективностью лечебных мер (рис. 2) [10]. Если учесть и несопоставимо меньший уровень финансовых затрат при проведении первых мероприятий по сравнению со вторыми, становится очевидным, что популяционная профилактическая работа является наиболее экономически выгодным и эффективным подходом общественного здравоохранения к контролю за распространением НИЗ.



**Рисунок 2.** Вклад лечебных и профилактических мероприятий (%) в снижение смертности от ИБС (усредненные данные по США, Финляндии, Великобритании, Голландии, Новой Зеландии, по данным WHO GlobalInfoBase. <http://infobase.who.int>)

По данным официальной медицинской отчетности, в РФ на долю НИЗ приходится 84% смертей населения [5]. Наибольший вклад принадлежит БСК — 56,4%, удельный вес других нозологий существенно ниже: онкологических заболеваний — 14,2%, болезней органов пищеварения — 4,4%, болезней органов дыхания — 3,6%. И даже с учетом известных сложностей со сбором и интерпретацией статистических данных в нашей стране становится очевидным, что подавляющее большинство россиян в настоящее время умирает по причине НИЗ.

Несколько лет назад эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) перечислили основные ФР, определяющие смертность от НИЗ в России, а также вклад каждого из них в этот процесс [8]. В по-

рядке убывания значимости эти факторы расположились следующим образом:



Именно эти факторы должны стать основной мишенью в процессе борьбы за снижение смертности от НИЗ в РФ. Ключевую роль в этом процессе должна сыграть система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Вместе с тем, опрос врачей поликлиник (А.М. Калинина и соавт., 2005) показывает, что далеко не 100% опрошенных знают уровни показателей, превышение которых превращает данный показатель в ФР. Так, правильные границы артериального давления указали только 77% респондентов, концентрации глюкозы в крови — 75%, холестерина — 46%, индекса массы тела — 43%.

Следует сказать, что за последние годы достигнуты некоторые успехи в борьбе с отдельными ФР, в частности АГ. Реализация мероприятий подпрограммы «Артериальная гипертензия» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» привела к уменьшению доли лиц с высоким уровнем артериального давления, что стало одной из причин наметившейся тенденции к снижению смертности от БСК [1]. Вместе с тем до последнего времени не существовало комплексного подхода и реального понимания роли превентивной медицины в здравоохранении.

## КУРС НА ПРОФИЛАКТИКУ

Изменение отношения к профилактической медицине со стороны органов законодательной и исполнительной властей федерального уровня привело к появлению целого ряда основополагающих документов, регламентирующих приоритет профилактических мер, порядок их реализации в процессе оказания медицинской помощи населению страны. Одним из важнейших мероприятий стало проведение в Москве в апреле 2011 г. 1-й Министерской конференции по здоровому образу жизни и профилактике НИЗ с участием членов правительств более чем 80 стран мира. По итогам работы конференции была принята Московская декларация, ключевым положением которой

стало признание того, что успешная борьба с НИЗ возможна только лишь при совместном участии целого ряда министерств и ведомств с широким привлечением средств массовой информации, общественных организаций и т.п. Стало понятно, что силами одного Министерства здравоохранения, каким бы креативным и влиятельным оно ни было, подобная работа не может быть выполнена эффективно.

Чрезвычайно важным событием конца 2011 г. стало принятие Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [4], в ст. 12 которого четко прописывается приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан. Эта статья поясняет, что принцип приоритета профилактики в сфере охраны здоровья граждан заключается в реализации мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения заболеваний, их раннее выявление, снижение риска развития заболеваний, причин и условий их возникновения, предупреждение и устранение воздействия на здоровье факторов среды обитания человека, активное формирование здорового образа жизни. Кроме того, прописываются конкретные механизмы реализации этого принципа. В частности, подчеркивается важность разработки и реализации программ по формированию здорового образа жизни, в том числе снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических и других психоактивных веществ. Акцентируется значение мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями путем проведения профилактических, предварительных, периодических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья работников в процессе их трудовой деятельности.

В ст. 30 Федерального закона определяются три уровня мероприятий, направленных на профилактику НИЗ: популяционный, групповой и индивидуальный, а также структуры, которые должны их реализовывать — это органы государственной власти, местного самоуправления, работодатели, медицинские, образовательные и физкультурно-спортивные организации, общественные объединения. Очевидно, что важнейшая роль в этом процессе принадлежит системе ПМСП. Однако следует признать, что в настоящее время сложно рассчитывать на высокую эффективность оказания профилактических услуг работниками ПМСП. Далеко не во всех поликлиниках существуют кабинеты/отделения медицинской профилактики, а те, которые остались с советских времен, в основном оказывают услуги доврачебной помощи. Врачи поликлиник крайне ограничены временными рамками своих приемов, и очень сложно себе представить, что за это время помимо сбора жалоб, анамнеза, собственно осмотра и записи в амбулаторную карту результатов консультации возможно оказание профессиональной

**Сергей Анатольевич Бойцов**

*Директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, главный терапевт Центрального федерального округа, член президиума РНМОТ, д.м.н., профессор*

Диспансеризация по определению представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, последующее дообследование, определение групп состояния здоровья, проведение профилактического консультирования и при необходимости лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья выявленных больных. Прежде всего, обследования направлены на раннее выявление хронических НИЗ, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, и основных ФР их развития: повышенного артериального давления, повышенного уровня холестерина и сахара в крови, избыточной массы тела и ожирения, нерационального питания, низкой физической активности, а также вредных привычек: курения, чрезмерного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Медицинские осмотры в рамках диспансеризации взрослого населения будут проводиться 1 раз в 3 года. Программы обследований дифференцированы в зависимости от возраста и пола и проводятся в два этапа. Первая диспансеризация проводится в 21 год, последующие - с трехлетним интервалом. Для ветеранов Великой Отечественной войны и студентов, обучающихся по очной форме, медицинские осмотры планируется проводить ежегодно.

профилактической помощи. Кроме того, следует признать, что традиционно в медицинских вузах учебная программа практически не уделяет никакого внимания вопросам превентивной медицины.

В этой связи крайне важным явилось подписание 30 марта 2012 г. приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н «О внесении изменений в Номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 25 июля 2011 г. №804-н» [2]. Фактически впервые в истории отечественной медицины в Номенклатуре медицинских должностей появилась позиция «Врач по медицинской профилактике». Учитывая специфику тех услуг, которые, как планируется, должен оказывать данный специалист, этим же приказом определяется необходимость разработки и утверждения учебной программы и учебно-тематического плана дополнительного профессионального образования врачей по разделу «Медицинская профилактика хронических неинфекционных заболеваний».

И, наконец, 15 мая 2012 г. подписан и в настоящее время находится на регистрации в Министерстве юстиции РФ приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [3]. Ключевым пунктом этого документа стало то, что ПМСП обозначена как основа системы оказания медицинской помощи. В этом же приказе определены

основные «опорные пункты» профилактической помощи в системе ПМСП: отделения (кабинеты) медицинской профилактики и центры здоровья, а также их штатное расписание и стандарты оснащения.

## **КАБИНЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

Действительно, важность профессиональной работы кабинетов и отделений медицинской профилактики сложно переоценить. При этом далеко не в каждом из них должен работать врач, во многих случаях подобные услуги может и должен оказывать специалист со средним профессиональным медицинским образованием. Чрезвычайно важно создание системы тесного взаимодействия и профессиональных отношений со всеми специалистами медицинского учреждения, поскольку выявление и коррекция ФР должна проводиться абсолютно всем пациентам, обратившимся в поликлинику по любому поводу. Например мужчина, пришедший на прием к урологу по поводу хронического простатита и имеющий избыточный вес и/или курящий, должен быть направлен урологом в кабинет медицинской профилактики.

Крайне важным представляется появление специалистов по оказанию профилактических услуг не только в системе ПМСП, но и в стационарах. Безусловно, лечащий врач обязан владеть методами краткого профилактического консультирования по коррекции поведенческих ФР. Такие услуги может оказывать врач (фельдшер) по медицинской профилактике поликлиники того же медицинского учреждения, а при отсут-



ствии таковой целесообразно введение такой должности в штат стационара.

Проведение профилактических периодических осмотров и диспансеризации в трудовых коллективах по направлению работодателя должно заканчиваться формированием групп здоровья и определением для каждой из них конкретных диагностических и/или лечебных мер. Профессиональная коррекция ФР у лиц с выявленными ФР — прямая задача сотрудников кабинетов/отделений медицинской профилактики. Вместе с тем мы понимаем, что большая часть работоспособного населения крайне редко посещает поликлинику без наличия какого-либо заболевания. Однако в последние годы заинтересованность многих людей аспектами здорового образа жизни, включая рационализацию питания, увеличение физической активности, отказ от курения, значительно выросла. Предполагается, что подобные вопросы лица, считающие себя здоровыми, должны решать в центрах здоровья, создаваемых по территориальному принципу из расчета 1 на 200 тыс. населения.

Принято считать, что подавляющее большинство людей не хочет менять свои привычки и отношение к поведенческим ФР. Однако в реальности это не так. Как показывает исследование А.М. Калининой и соавт. (2005) (рис. 3), доля таких лиц не превышает 12% среди мужчин и 5% — среди женщин. В то же время, большинство респондентов продемонстрировали желание скорректировать такие ФР, как избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, курение, воздействие стресса. Однако в реальности только небольшая доля этих лиц при посещении врачей поликлиники получают услуги профилактической направленности (рис. 4). Так, лишь в одном из десяти случаев проводилось профилактическое консультирование по увеличению физической активности, в 8% случаев — по борьбе со стрессом, в 6% — по отказу от курения. Каждый пятый респондент получил рекомендации по рационализации питания.

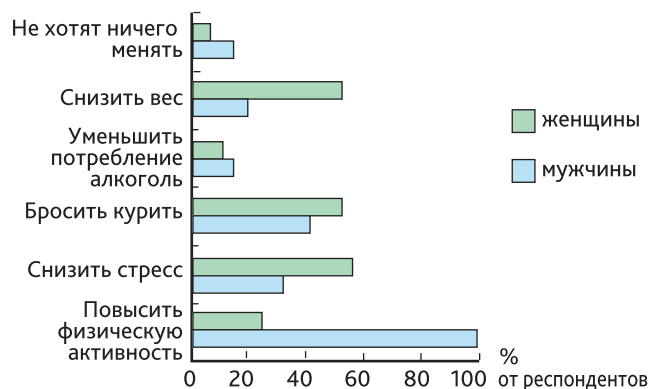
Очевидно, что для достижения реальных результатов в профилактике основных НИЗ и снижения смертности от них в нашей стране потребуются проведение широкого ряда мероприятий усилиями большой команды представителей законодательной и исполнительной властей разных уровней, специалистов, организаторов, предпринимателей, общественных деятелей, волонтеров и др.

Остается согласиться с мнением экспертов ВОЗ, высказанных несколько лет назад: «Причины известны, что делать — ясно, теперь ваша очередь действовать».

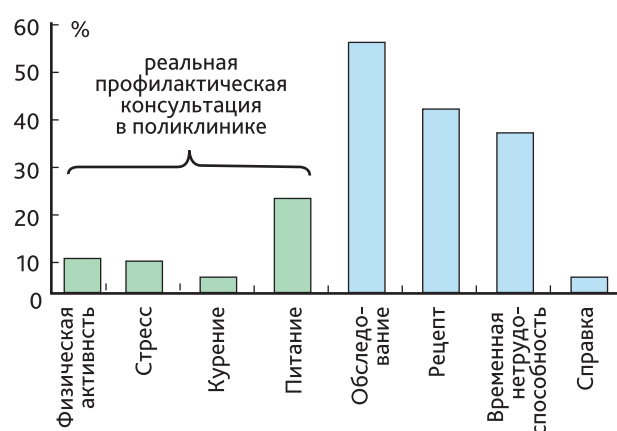
А

## Список литературы

1. Бойцов С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в стране: от «что делать» к «как делать». Профилактическая медицина 2012; 2: 3–10.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н «О внесении изменений в номенклатуру долж-



**Рисунок 3.** Доля посетителей поликлиники, выразивших желание скорректировать поведенческие ФР (данные А.М. Калининой и соавт., 2010)



**Рисунок 4.** Доля лиц, обратившихся в поликлинику и получивших профилактическое консультирование по коррекции ФР (данные А.М. Калининой и соавт., 2010)

ностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения утвержденную приказом Минздравсоцразвития России от 25 июля 2011 г. № 801-н».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
4. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.
5. Федеральная служба государственной статистики <http://www.gks.ru>.
6. Fats and oils in human nutrition: report of a joint expert consultation. Rome, Food and Nutrition Organization of the United Nations, 1994 (FAO Food and Nutrition Paper 57).
7. Global Health Observatory Database <http://apps.who.int/ghodata>.
8. Marques P. Dying Too Young, World Bank, 2005.
9. Puska P., Tuomilehto J., Nissinen A. et al. The North Karelia Project: 20 years results and experiences Helsinki: National Public Health Institute & World Health Organisation Regional Office for Europe. 1995.
10. WHO Global InfoBase. <http://infobase.who.int>.