

Н. М. ЕРЕМИНА, Е. В. ЯКОВЛЕВА

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Н. М. ЕРЕМИНА, Е. В. ЯКОВЛЕВА

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616-1/.8-084(075.8)
ББК 54.1я73
Е70

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 29.05.2020 г., протокол № 9

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. общей врачебной практики с курсом гериатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. В. Патеюк; каф. поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКиП Гомельского государственного медицинского университета

Еремина, Н. М.

Е70 Современные аспекты профилактики неинфекционных заболеваний : учебно-методическое пособие / Н. М. Еремина, Е. В. Яковлева — Минск : БГМУ, 2021. — 35 с.

ISBN 978-985-21-0751-8.

Рассматриваются современные аспекты профилактики неинфекционных заболеваний: виды профилактики, факторы риска, стратегии профилактики, вклад амбулаторного этапа оказания медицинской помощи в профилактику. Особое внимание уделяется первичной и вторичной профилактике основных неинфекционных заболеваний.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616-1/.8-084(075.8)
ББК 54.1я73

ISBN 978-985-21-0751-8

© Еремина Н. М., Яковлева Е. В., 2021
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2021

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

HbA1c — гликированный гемоглобин

АГ — артериальная гипертензия

АД — артериальное давление

БА — бронхиальная астма

ИБС — ишемическая болезнь сердца

иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

НИЗ — неинфекционные заболевания

ПГТТ — пероральный тест толерантности к глюкозе

ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

СД — сахарный диабет

СКФ — скорость клубочковой фильтрации

ФР — фактор риска

ХБП — хроническая болезнь почек

ХЗОД — хронические заболевания органов дыхания

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

ХС-ЛПНП — холестерол липопротеинов низкой плотности

ХС-ЛПВП — холестерол липопротеинов высокой плотности

Здоровье до того перевешивает
все остальные блага жизни, что
поистине здоровый нищий
счастливее большого короля.

А. Шопенгауэр

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье — самое ценное, что мы имеем. Изречение выдающегося русского ученого XVIII столетия И. И. Мечникова о том, что *«чем более подвигается наука в изучении причин болезни, тем более выступает то общее положение, что предупредить болезни гораздо легче, чем лечить их»* становится все более актуальным в наши дни. Поэтому одной из важнейших задач современного здравоохранения является профилактика заболеваний.

Начало XXI в., на фоне прогресса в области медицины наступила эра НИЗ. Они определяются как хронические заболевания, не передающиеся от человека человеку, как правило, имеют продолжительное течение и являются результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. Четырьмя основными типами НИЗ являются: ССЗ, такие как инфаркт и инсульт, онкологические заболевания, ХЗОД, такие как ХОБЛ и БА, а также СД.

По оценкам ВОЗ:

- каждый год от НИЗ умирает 41 млн человек, что составляет 71 % всех случаев смерти в мире;
- в 2016 г. от НИЗ умерли 15,2 млн человек в возрасте от 30 до 70 лет;
- в структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на ССЗ, от которых каждый год умирает 17,9 млн человек. За ними следуют онкологические заболевания (9 млн случаев), респираторные заболевания (3,9 млн случаев) и диабет (1,6 млн случаев);
- около 75 % случаев смерти от НИЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

НИЗ распространены во всех возрастных группах, во всех регионах и во всех странах. Дети, взрослые и пожилые люди — все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию НИЗ. При этом вклад профилактических мер существенно менее затратен в сравнении с лечебными. К примеру: в 70-х гг. XX в. в Финляндии смертность от ССЗ была одной из самых высоких в мире, что во многом было обусловлено широким распространением среди населения потребления табака, высоким содержанием жиров в пище и низким потреблением овощей и фруктов. В результате реализации комплексных мер профилактической направленности, включающих принятие закона, запрещающего рекламу табачных изделий, пропаганду ограничения потребления животных жиров и обеспечение населения обезжиренными молочными продуктами и полиненасыщенными жирами, дополнительную мотивацию производителей продуктов здорового питания, для достижения наибольшего снижения уровня холестерина и контроля повышенного АД

среди населения, распространенность этих факторов риска НИЗ стала снижаться. На этом фоне параллельно (с запозданием на 3–5 лет) стало происходить снижение смертности как от ССЗ, так и от других НИЗ. В настоящее время страны Скандинавского региона относятся к группе стран с самым низким уровнем смертности от НИЗ и самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни. Поэтому профилактика НИЗ является одним из приоритетных направлений совместной деятельности государственных органов власти, общества, различных медицинских и социальных сообществ.

ПОНЯТИЕ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По определению ВОЗ, *здоровье* — свойство человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и дефектов, т. е. состояние полного физического, духовного и социального благополучия.

Основными критериями здоровья являются:

- уровень физического здоровья;
- уровень психического здоровья;
- уровень репродуктивного здоровья;
- уровень духовно-нравственного здоровья;
- наличие или отсутствие хронического заболевания, дефекта развития.

Профилактика — это комплекс предупредительно-оздоровительных мероприятий по охране и укреплению здоровья человека. Слово «профилактика» имеет греческое происхождение и означает «предохранительный».

Профилактика включает в себя систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого (активного) долголетия, на устранение причин заболеваний, улучшение условий труда, отдыха и быта, на охрану окружающей среды.

Различают социальную и медицинскую профилактику:

- **социальная (популяционная) профилактика** — мероприятия, проводимые государством, направленные на сохранение и укрепление здоровья каждого человека в отдельности и общества в целом;
- **медицинская профилактика** направлена на устранение непосредственных причин и условий, порождающих заболевание.

Эксперты ВОЗ выделяют следующие виды медицинской профилактики:

1. **Первичная профилактика** — осуществление комплекса социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных предупредительных мер среди здоровых и угрожаемых по заболеваниям. Это меры, направленные на предупреждение болезни, борьбу с ФР, соблюдение ЗОЖ (культура питания, движения, эмоций), изменение отношения населения к своему здоровью. Главной задачей первичной профилактики является повышение уровня здоровья населения с помощью всех возможных методов и средств. К первичной профилактике относятся и социально-экономические мероприятия государства, направленные на оздоровление окружающей среды, образа жизни людей, на соответствующее воспитание.

2. **Вторичная профилактика** — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение обострений, рецидивов и возможных осложнений уже сформировавшихся заболеваний, а также на ослабление влияния имеющихся ФР, которые при определенных условиях могут вызвать развитие заболеваний.

3. **Третичная профилактика** — это система мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма человека, утратившего способность к полноценной жизнедеятельности в различных сферах (социальной, трудовой, психологической и др.) вследствие наличия болезни или травмы (профилактика инвалидности и усугубления ее тяжести, реабилитация).

На ранних, доклинических, этапах развития болезни наиболее эффективны мероприятия по первичной ее профилактике, а на стадии развернутой клинической картины болезни осуществляется вторичная и третичная профилактика, которые уже направлены на предупреждение обострений, прогрессирования и осложнений патологического процесса.

Мероприятия по проведению первичной профилактики могут включать:

- проведение скрининга, заключающегося в идентификации ФР или нераспознанного ранее заболевания путем опроса, физикального обследования, лабораторных и других методов, которые могут быть выполнены относительно быстро;
- консультирование по образу жизни, способствующему предупреждению заболевания;
- вакцинация и химиопрофилактика инфекционных заболеваний;

- мероприятия по укреплению здоровья: занятия групп по физической культуре, занятия с психологом и др.

Мероприятия по вторичной и третичной профилактике должны содержать:

- разработку индивидуальных программ противорецидивного лечения;
- своевременное проведение обследования с целью выявления обострения заболевания;
- обучение пациента правилам предупреждения обострений заболевания;
- разработку индивидуальной программы восстановительного лечения, т. е. медико-социальной реабилитации.

Существуют также понятия **общественной** (мероприятия, проводимые государством: вакцинация, флюорографическое обследование населения, улучшение материального благосостояния людей, пропаганда ЗОЖ) и **личной** профилактики (меры профилактики, зависящие от каждого человека — это санитарная культура, личная гигиена, рациональное питание и т. д.).

Большое значение в проведении профилактических мероприятий различного уровня имеет осуществление динамического наблюдения за пациентами, т. е. **диспансеризация**. Н. А. Семашко отмечал: «Профилактика — основное направление медицины, диспансеризация — метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь».

Диспансеризация — активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровых и больных людей с целью предупреждения заболеваний и борьбы с ними.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр трудоспособного населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- проведение дополнительных исследований в случае необходимости;
- выявление лиц, имеющих ФР развития заболеваний;
- выявление заболеваний на ранних стадиях;
- определение и индивидуальная оценка состояния здоровья (определение групп диспансерного наблюдения);

– динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения.

По результатам индивидуальной оценки состояния здоровья, лица, прошедшие медицинский осмотр, будут отнесены к одной из следующих групп диспансерного наблюдения (постановление М-ва здравоохранения Республики Беларусь № 96 от 12.08.16 г):

– Д I — здоровые пациенты, не имеющие ФР хронических заболеваний, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых при проведении медицинского осмотра не выявлены какие-либо заболевания (состояния) или нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

– Д II — практически здоровые пациенты, имеющие в анамнезе ФР хронических заболеваний и (или) хронические заболевания в стадии длительной ремиссии без нарушений функций органов и систем организма, а также острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса. К этой категории относятся в т. ч. часто или длительно болеющие пациенты, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания;

– Д III — пациенты, имеющие хронические заболевания с нарушениями функций органов и систем организма и (или) периодическими обострениями.

Диспансерное наблюдение пациентов старше 18 лет осуществляется:

- 1 раз в 2 года (группа наблюдения Д I);
- не реже 1 раза в 2 года (пациенты 18–65 лет, состоящие в группе наблюдения Д II);
- по мере необходимости (пациенты старше 65 лет, состоящие в группе Д II);
- ежегодно (пациенты группы Д III).

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Известно, что широкое распространение НИЗ в основном обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ним факторами риска.

Факторы риска (ФР) — это определенные личностные характеристики человека, особенности его образа жизни, длительно

действующие факторы внешней и внутренней среды, предрасполагающие к возникновению заболеваний.

Известно более 400 ФР НИЗ. Из них можно выделить (табл. 1):

Поддающиеся изменению **поведенческие факторы риска:**

- табакокурение;
- низкая физическая активность;
- нерациональное питание;
- злоупотребление алкоголем;
- физическое и психическое перенапряжение (частые стрессовые ситуации, ночные смены и т. д.).

Метаболические факторы риска:

- повышенное АД;
- излишний вес / значительный дефицит веса;
- гипергликемия;
- гиперлипидемия;
- гиперурикемия.

Немодифицируемые факторы риска:

- возраст;
- пол;
- наследственная предрасположенность;
- этническая принадлежность.

Экологические факторы риска:

- загрязнение воздуха, воды, почвы (химические факторы, пыль);
- физические факторы (шум, вибрация).

Таблица 1

Факторы риска, общие для основных НИЗ

Фактор риска	Сердечно-сосудистые заболевания*	Сахарный диабет	Онкологические заболевания	Респираторные заболевания**
Курение	+	+	+	+
Злоупотребление алкоголем	+		+	–
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаток физической активности	+	+	+	+
Ожирение	+	+	+	+
Повышенное АД	+	+	–	
Повышенное содержание глюкозы в крови	+	+	+	–

Повышенный уровень ОХ	+	+	+	-
-----------------------	---	---	---	---

* В том числе хроническая ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, АГ ** ХБЛ и БА.

У некоторых заболеваний могут быть одни и те же факторы риска, которые действуют обычно комплексно, усиливая друг друга.

Республика Беларусь характеризуется значительной распространенностью ФР. Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2016–2017 гг. проводилось широкомасштабное исследование распространенности ФР НИЗ на общенациональном уровне «STEPS». Участниками STEPS стали около 6 тыс. белорусов в возрасте от 18 до 69 лет, проживающих во всех регионах республики. В процессе исследования определялась распространенность основных поведенческих и биологических ФР НИЗ среди взрослого населения, таких как употребление табака и алкоголя, гиподинамия, нездоровое питание, избыточный вес и ожирение, повышенное АД, высокое содержание глюкозы и липидов в крови, а также средний популяционный уровень потребления соли и протеинов (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность повышенного артериального давления, повышенного уровня общего холестерина и диабета в Беларуси по данным исследования STEPS 2016–2017 гг. (WHO Regional Office for Europe, 2017b)

Фактор	Мужчины, %			Женщины, %		
	Возраст, лет					
	30–44	45–59	60–69	30–44	45–59	60–69
Повышенное АД	35,1	64,4	81,8	24,4	63,4	84,98
Повышенный уровень холестерина	32,9	44,9	48,5	30,7	57	66,5
Диабет	1,1	5,7	7,4	2,1	4,3	10,6

С распространенностью поведенческих ФР тесно связано понятие «образа жизни» человека.

Образ жизни — система наиболее существенных, типичных характеристик деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности, которые в максимальной степени укрепляют здоровье.

Категории образа жизни:

- экономическая (уровень жизни);
- социально-психологическая (стиль жизни);
- социально-экономическая (уклад жизни);
- социологическая (**качество жизни**).

Образ жизни человека, его поведение и мышление, обеспечивающие охрану и укрепление здоровья, называют здоровым образом жизни.

Концепция ЗОЖ направлена на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом.

Элементы здорового образа жизни:

- воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- окружающая среда: безопасная и благоприятная для обитания, знания о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье;
- отказ от курения, наркотиков и алкоголя;
- здоровое питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;
- движения: физически активная жизнь, специальные физические упражнения (например, фитнес) с учетом возрастных и физиологических особенностей;
- личная и общественная гигиена: совокупность гигиенических правил, соблюдение и выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья, владение навыками первой помощи;
- эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями, проблемами;
- интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах. Позитивное мышление;
- духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели, стремиться к ним и достигать их. Оптимизм.

СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПРАВОВАЯ БАЗА

Для профилактики хронических НИЗ используются 3 стратегии:

1. **Популяционная стратегия** — воздействие через СМИ на ФР жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития НИЗ, среди всего населения. Преимущества данной стратегии в том, что воздействие охватывает все население (как лиц, имеющих разную степень риска развития НИЗ, так и уже страдающих НИЗ) стоимость внедрения популяционной стратегии относительно невысокая, нет необходимости экстенсивно усиливать систему здравоохранения, ее дорогостоящую материально-техническую базу.

2. **Стратегия высокого риска** — выявление лиц с повышенным уровнем ФР ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции. Реализация этой стратегии находится, в основном, в сфере здравоохранения и в ее первичном звене.

3. **Стратегия вторичной профилактики** — заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболевания благодаря факторной профилактике, и коррекции поведенческих ФР, и своевременному проведению современного лечения, в т. ч. с использованием высокотехнологических вмешательств.

Данные стратегии взаимно дополняют друг друга и наилучший эффект может быть достигнут при комплексном внедрении всех 3 стратегий.

Под руководством ВОЗ более 190 стран в 2011 г. достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения бремени предотвратимых НИЗ. Был разработан Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Он направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25 % к 2025 г. В рамках данного плана действий, ВОЗ разработала набор вариантов политически и экономически эффективных мер, направленных на оказание помощи государствам-членам в снижении бремени НИЗ. Они были обновлены на Всемирной ассамблее здравоохранения (ВНО, 2017b) и включают меры, направленные на снижение поведенческих и метаболических факторов риска развития НИЗ, а также клинические вмешательства, направленные на профилактику и лечение заболеваний.

В Республике Беларусь правовые основы профилактики НИЗ обеспечивают следующие государственные программы и нормативные документы:

– государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы: подпрограмма 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний». Утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016;

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 92 от 12 октября 2007 г. «О порядке проведения диспансеризации» (с изменениями и дополнениями);

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 96 от 12 августа 2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации»;

– Постановление Министерства
здравоохранения Республики Беларусь № 74 от 29 июля
2019 г. «Об утверждении инструкции о порядке
проведения обязательных и внеочередных медицинских
осмотров работающих».

С 2015–2019 гг. в Беларуси реализовался проект международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» («БЕЛМЕД»), финансируемый Европейским союзом и реализуемый ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в партнерстве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Основная цель проекта — содействие эффективному предупреждению НИЗ и укрепление национальной системы здравоохранения для эффективного решения проблем НИЗ в Республике Беларусь. Усилия проекта были направлены на повышение эффективности государственных программ и действий правительства и местных органов власти в области снижения бремени НИЗ, как на национальном, так и региональном уровнях; а также повышение активности населения в формировании и продвижении местных инициатив, которые способствуют улучшению здоровья.

В 2020 г. планируется повторить исследование «STEPS» для оценки динамики распространенности ФР НИЗ, что даст возможность косвенно судить о эффективности профилактических программ.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ХЗОД также числятся в приоритетах ВОЗ. Такие болезни, как БА, аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей, ХОБЛ, профессиональные заболевания легких, синдром расстройства дыхания во время сна, легочная гипертензия, можно контролировать благодаря профилактике, ранней диагностике и качественному лечению.

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития заболеваний, повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды (природной, производственной, бытовой).

Внешними ФР являются:

- активное и пассивное курение табака (расчет индекса курения);
- низкий социально-экономический статус;
- загрязнение воздуха промышленными аэрозолями и продуктами горения жидкого и твердого топлива,

газообразными веществами и пылевыми частицами из различных источников, особенно частицами малых размеров (меньше 10 микрон);

- указания в анамнезе на повторные респираторные инфекции;

- перинатальные факторы (недоношенность, рождение с низким весом тела, респираторный дистресс-синдром);

- заболевания и проявления атопии (экзема, аллергический ринит) в детском возрасте, нарушение питания, курение матери также имеют большое значение.

Наибольшее влияние среди внутренних факторов оказывают наследственная предрасположенность, половые и этнические особенности.

Таким образом, в рамках первичной профилактики пациенту рекомендуется:

1. Полностью отказаться от курения. Есть 2 основных способа — беседы с медицинским персоналом и никотинзаместительная терапия. Необходимо также устранять любую возможность пассивного курения, начиная с детского возраста.

Советы пациенту по изменению отношения к курению:

- стараться думать только о преимуществах отказа от курения;

- объявить о своем стремлении бросить курить и начале жизни без табака окружающим, желательно, близким и авторитетным людям;

- оценить ситуации, при которых наиболее часто человек курит, возможно, «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях;

- убрать с видимых мест предметы, напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.);

- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих закуривание;

- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;

- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);

– не бояться обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет / отделение медицинской профилактики).

Уменьшение интенсивности курения является еще одной альтернативой для курильщиков, которые не готовы или не в состоянии полностью отказаться от курения.

Комплексная терапия основана на применении никотинзамещающих лекарственных средств (никотиновый пластырь, жевательная резинка, никотиновый назальный спрей, сублингвальная таблетка) и поведенческих подходах. В качестве дополнительных вмешательств возможно использование акупунктуры, различных психотерапевтических методик (гипнотерапия).

2. Перестать контактировать с профессиональными поллютантами. Профессиональные вредности, такие как пыль, химические вещества и газы, могут играть важную роль в развитии БА, ХОБЛ, рака легких, интерстициальных заболеваний легких и других болезней органов дыхания. В рамках первичной профилактики необходим государственный контроль над соблюдением законов и программ по защите окружающей среды от загрязнения отходами промышленного и сельскохозяйственного производства, транспорта. На индивидуальном уровне, необходимо уделять внимание гигиене рабочего места и быта. При верификации профессионального заболевания возможно направление на МСЭ с целью получения трудовых рекомендаций, базового лечения профзаболевания, реабилитации.

3. Производить своевременную профилактику и лечение острых респираторных инфекций. Частые острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции органов дыхания вместе с другими факторами увеличивают риск развития ХЗОД, а также могут привести к развитию пневмонии, респираторного дистресс-синдрома и другим тяжелым осложнениям у лиц их имеющих. В этой связи, в качестве первичной и вторичной профилактики может выступать вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, которая является эффективным средством профилактики болезней органов дыхания и их обострений, снижает риск летальных исходов.

4. Выполнять физические упражнения, способствующие улучшению функции дыхания. Это разминка, растяжка, плавание, динамические аэробные нагрузки (ходьба ежедневно не менее 30 мин, велоэргометр, терренкур, тредмил). Для дыхательной мускулатуры используют дыхательные упражнения с целью коррекции обструктивных нарушений — это звуковая гимнастика, а также рестриктивных нарушений — это статические и динамические

упражнения, инспираторный тренинг, диафрагмальное дыхание. Необходимо также следовать правилам рационального питания, закалять организм.

Вторичная и третичная профилактика хронических заболеваний органов дыхания включает раннее, ступенчатое (в зависимости от степени тяжести) назначение бронхолитической (бета-агонисты, холиноблокаторы, метилксантины) (табл. 3) и противовоспалительной терапии (ингаляционные кортикостероиды), рациональная антибактериальная терапия и альтернативные патогенетические средства по показаниям. Не менее важны и рекомендации по модификации образа жизни и использованию различных немедикаментозных методов реабилитации (дыхательная гимнастика, массаж, ЛФК, спелеотерапия, аэрозольтерапия, фитотерапия, акупунктура, санатор-курортное лечение). Для тяжелых пациентов нужно рассмотреть возможность применения кислородотерапии и хирургических методов лечения.

Таблица 3

Основные бронхолитические лекарственные средства

Лекарственное средство	Доза	Схема назначения
Ипратропия бромид	20, 40 мкг/доза	1–2 вдоха 4 раза в день
Ипратропия бромид/фенотерол	20/50 мкг/доза	2 вдоха 4 раза в день
Тиотропия бромид	2,5 мкг/доза	2 вдоха 1 раз в день
Формотерол	12 мкг	2 вдоха 2 раза в день
Индексатерол	150–300 мкг	1 вдох 1 раз в день
Сальматерол/флутиказон	50/250 мкг	1–2 вдоха 2 раза в день
Теофиллин	100–300 мг	Внутрь 1 раз в день

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ССЗ продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в т. ч. Беларуси. Доказано, что модификация ФР снижает смертность и заболеваемость как среди лиц без признаков болезни, так и среди пациентов с ССЗ, поэтому основой профилактики ССЗ и их осложнений является оздоровление образа жизни и устранение/коррекция ФР.

Цели сердечно-сосудистой профилактики:

1. Сохранение низкого сердечно-сосудистого риска и снижение высокого.
2. Достижение следующих целевых значений ФР:
 - а) прекращение курения;
 - б) рациональное питание: сбалансированное, регулярное (не реже 4 раз в день) питание с ограничением потребления соли, низкое потребление малонасыщенных жиров, акцент на цельнозерновых, овощах, фруктах, рыбе;

в) физическая активность: минимум 150 мин/нед. умеренной физической активности (30 мин 5 дней/нед.) или 75 мин/нед. активной аэробной нагрузки (15 мин 5 дней/нед.) либо их комбинация;

г) индекс массы тела $< 25 \text{ кг/м}^2$ и отсутствие центрального ожирения (окружность талии $< 94 \text{ см}$ — мужчины, $< 80 \text{ см}$ — женщины);

д) АД $< 140/90 \text{ мм рт. ст.}$;

е) липиды:

– ХС-ЛПНП: очень высокий риск — $< 1,8 \text{ ммоль/л}$; высокий риск — $< 2,6 \text{ ммоль/л}$, низкий/средний риск — $< 3,0 \text{ ммоль/л}$;

– ХС-ЛПВП: низким риском считается показатель $> 1,0 \text{ ммоль/л}$ у мужчин и $> 1,2 \text{ ммоль/л}$ для женщины;

– триглицериды: низкий риск — $< 1,7 \text{ ммоль/л}$. При более высоких значениях необходимо оценить другие ФР;

ж) глюкоза крови $< 5,6 \text{ ммоль/л}$, сахарный диабет HbA1c $< 7 \%$;

з) ограничить прием алкоголя: не более 2-х стандартных доз (1 доза — 10 г / 12,7 мл этанола) в день для мужчин и не более 1-ой стандартной дозы для женщин, что приблизительно соответствует 300 мл пива, или 150 мл вина, или 40 мл крепкого напитка.

Все современные рекомендации по профилактике ССЗ в клинической практике подчеркивают важность оценки общего риска ССЗ, поскольку атеросклероз обычно развивается на фоне сочетания целого ряда ФР. Стратегия профилактики ССЗ зависит от сердечно-сосудистого риска (ССР): чем выше риск, тем интенсивнее должны быть профилактические мероприятия. Шкала SCORE (рис. 1), рекомендуемая для оценки 10-летнего риска фатальных ССЗ, может помочь в принятии правильных терапевтических решений и избежать как недостаточного, так и избыточного лечения. Лица, автоматически имеющие высокий или очень высокий риск ССЗ, не нуждаются в стратификации риска и требуют немедленной коррекции ФР.

Оценка профиля риска обязательно должна проводиться у пациентов со следующими известными факторами:

– САД $\geq 140 \text{ мм рт. ст.}$; ДАД $\geq 90 \text{ мм рт. ст.}$;

– общий холестерин $> 6,5 \text{ ммоль/л}$;

– курение;

– сахарный диабет;

– семейный анамнез ранних ССЗ у родственников (отец, мать, братья, сестры в возрасте до 55 лет у мужчин и до 65 — у женщин);

– хроническое нарушение функции почек (возраст до 65 лет — СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², возраст от 65 лет — СКФ < 45 мл/мин/1,73 м²).

Лицам с низким и средним риском SCORE необходимо давать советы по ЗОЖ, которые могут сохранить такой уровень риска.

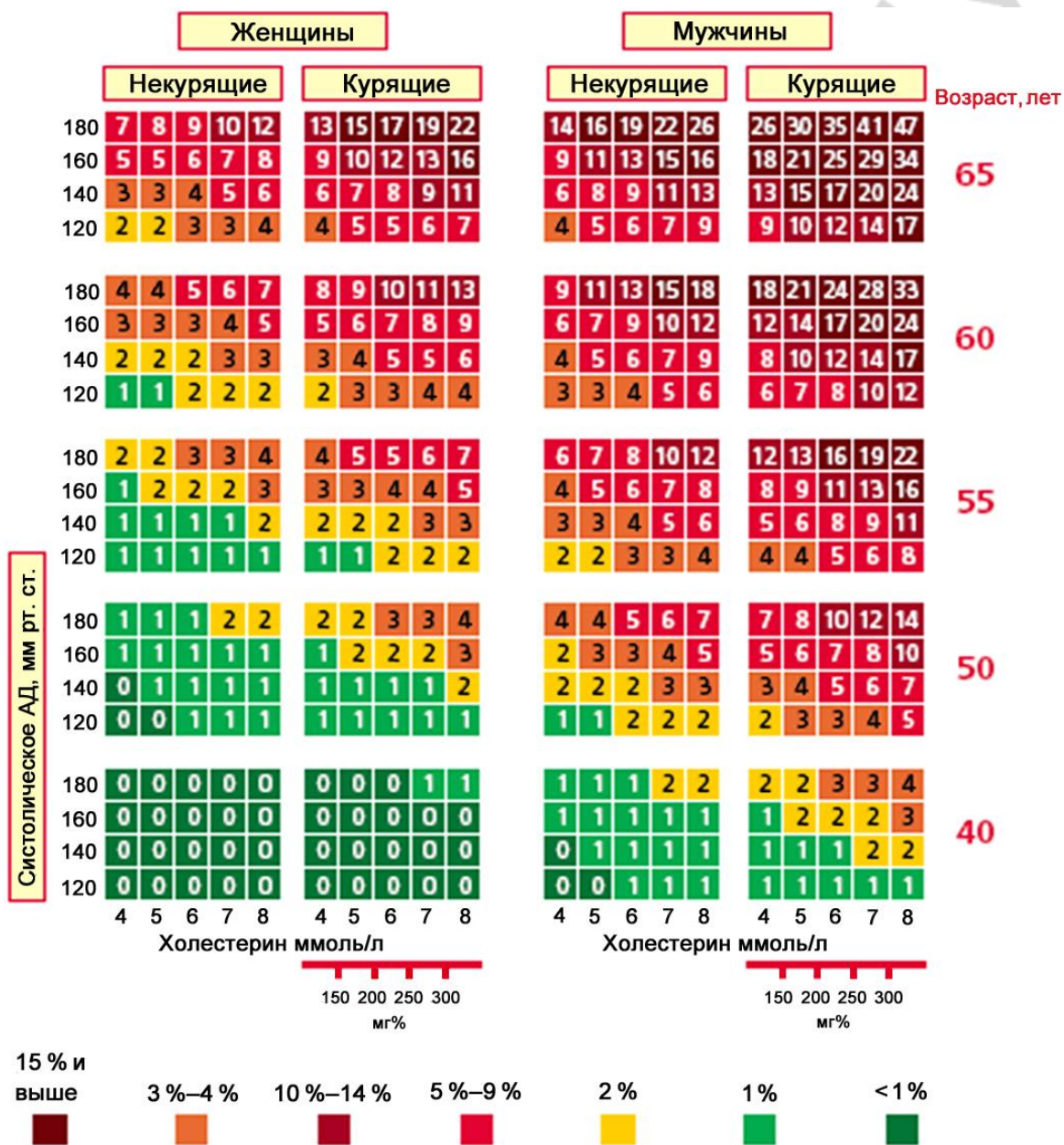


Рис. 1. Десятилетний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, %

Пациенты с высоким риском (SCORE ≥ 5 % и < 10 %) нуждаются в интенсивном немедикаментозном, а иногда и медикаментозном вмешательстве.

Пациентам с очень высоким риском (SCORE ≥ 10 %) более часто требуется медикаментозная терапия. Для пациентов старше 60 лет

указанный порог риска должен быть интерпретирован более тщательно, потому что сам возраст может определять риск, даже если ФР в норме. В связи с этим пожилым пациентам надо осторожно назначать лекарства.

Коррекция психосоциальных ФР также способствует улучшению психологического статуса, качества жизни пациентов, их приверженности к медикаментозному лечению и изменению образа жизни в позитивном направлении.

Рекомендуется:

- нормализовать повседневный режим труда и отдыха;
- обеспечить ночной сон длительностью не менее 7–8 ч;
- использовать выходные и праздничные дни, ежегодный отпуск для полноценного активного отдыха;
- оптимизировать физическую активность (по показаниям ежедневные пешие прогулки в среднем темпе, плавание);
- освоить несложные техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация).

При наличии клинически значимых симптомов тревоги и депрессии следует рассмотреть вопрос о проведении психотерапии, назначении медикаментов или их комбинации, что может способствовать коррекции аффективных симптомов и улучшению качества жизни.

Медикаментозная коррекция показана прежде всего при таких ФР, как АГ и дислипидемия.

Медикаментозная терапия должна осуществляться с учетом степени и, прежде всего, риска сердечно-сосудистых осложнений АГ. Пациентам с АГ I и низким и умеренным риском такая терапия может быть отсрочена (на 3–6 месяцев) и рекомендована коррекция ФР с оценкой эффективности немедикаментозной терапии. При предполагаемой низкой приверженности пациента к модификации образа жизни и для пациентов с АГ I–III с высоким и очень высоким риском рекомендуется сразу начинать лекарственную терапию (табл. 4). В течении 3–6 месяцев от начала лечения рекомендовано снижение САД и ДАД до целевого уровня или на 10 % и более от исходных показателей (табл. 5).

Таблица 4

Пошаговое лечение АГ у пациентов высокого и очень высокого риска

Последовательность	Схема лечения	
Шаг 1	Комбинация иАПФ/АРА + антагонисты Ca ⁺² или диуретик (тиазидовый/тиазидоподобный)	Монотерапия для: пациентов старше 80 лет, «хрупких» пациентов, пациентов с низким риском
Шаг 2	Комбинация иАПФ/АРА + антагонисты Ca ⁺² + диуретик (тиазидовый/тиазидоподобный)	

Шаг 3	Комбинация иАПФ/АРА + антагонисты Ca ²⁺ диуретик (тиазидовый/тиазидоподобный) + спиронолактон или α -блокатор или β -блокатор
--------------	---

Таблица 5

Целевые значения САД и ДАД у различных контингентов пациентов

Возраст, лет	Целевые значения САД, мм рт. ст.					Целевые значения ДАД, мм рт. ст.
	АГ	АГ + СД 2	АГ + ТИА или ОНМК	АГ + ИБС	АГ + ХБП	
18–65	До 130, но не < 120				До 140	70–79
≥ 66	До 140 мм					

Полезьа от применения гиполлипидемической терапии зависит от исходного уровня ССР и уровня атерогенных липопротеинов (табл. 6).

Таблица 6

Стратегия ведения пациентов с учетом уровня ХС ЛПНП

Риск SCORE	Уровень ХС ЛПНП, ммоль/л				
	< 1,8	1,8–2,4	2,5–3,9	4,0–4,8	> 4,9
Низкий	Без вмешательств		Коррекция образа жизни		Коррекция образа жизни, лекарства при необходимости
Умеренный	Коррекция образа жизни		Коррекция образа жизни, лекарства при необходимости		
Высокий	Коррекция образа жизни, лекарства при необходимости		Коррекция образа жизни + лекарственная терапия		Коррекция образа жизни + лекарственная терапия
Очень высокий	Коррекция образа жизни, лекарства при необходимости		Коррекция образа жизни + лекарственная терапия		

Используемые в настоящее время гиполлипидемические препараты включают: ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы (статины), фибраты, секвестранты желчных кислот (ионообменные смолы), ниацин (никотиновая кислота), Q-3 жирные кислоты, селективные ингибиторы абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб) и недавно появившиеся ингибиторы пропротеинконвертазы субтилизин-киксинового типа 9 (PCSK9). Благодаря действию статинов, которое заключается в уменьшении количества ХС-ЛПНП, снижается сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность, а также потребность во вмешательстве на коронарных артериях, поэтому статины должны быть использованы в качестве препаратов первой линии у пациентов с дислипидемией. Не менее важным является достижение целевых уровней ХС-ЛПНП (табл. 7).

Таблица 7

Рекомендуемые целевые уровни ХС-ЛПНП в зависимости от категорий риска

Контингент	Целевой уровень ХС-ЛПНП
Пациенты очень высокого риска	ХС-ЛПНП < 1,4 ммоль/л или его снижение на 50 %, если уровень 1,5–3,5 ммоль/л
Пациенты высокого риска	ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л или его снижение на 50 %, если уровень 2,5–5,0 ммоль/л

Пациенты умеренного риска	ХС-ЛПНП < 2,6 ммоль/л
Пациенты низкого риска	ХС-ЛПНП < 3,0 ммоль/л

Вторичная и третичная медикаментозная профилактика ССЗ включает рациональное назначение лекарственных средств которые влияют на все механизмы формирования ишемии и которые уже доказали свое влияние на конечные точки. К таковым относятся следующие группы препаратов: бета-адреноблокаторы, дигидропиридиновые антагонисты кальция, ингибиторы АПФ (блокаторы рецепторов ангиотензина), антиромбоцитарные и гиполипидемические препараты, кардиопротекторы.

В качестве вторичной профилактики могут использоваться и хирургические методы лечения ССЗ.

Европейское кардиологическое общество, Американская ассоциация сердца и Американская коллегия кардиологов рекомендуют иммунизацию против гриппа инактивированной вакциной в рамках комплексной вторичной профилактики у лиц с ИБС и другими ССЗ атеросклеротического генеза.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

СД 2-го типа (далее — СД 2) в XXI в. приобрел характер пандемии и повсеместно признан опаснейшим вызовом мировому сообществу. Огромные масштабы распространенности СД требуют колоссальных расходов на лечение заболевания. Это делает проблему профилактики СД 2 приоритетной задачей здоровья общества. Поэтому в первую очередь необходимостью является выявление групп риска и первичная профилактика, которая направлена на модификацию образа жизни этих пациентов.

К группе риска по развитию СД относятся пациенты:

- родственники которых страдают СД (первая степень родства);
- люди с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ > 25 кг/м²);
- пациенты с дислипидемией;
- с сосудистыми поражениями в анамнезе;
- пациенты детского возраста, рожденные весом > 4,0 кг, и их матери, а также дети, рожденные весом < 2,5 кг;
- ведущие малоподвижный образ жизни;
- с АГ;
- пациенты женского пола с гестационным СД в анамнезе и с синдромом поликистозных яичников;

– с нарушенной толерантностью глюкозы, нарушенной гликемией натощак.

Также к дополнительным ФР относят:

– нарушения сна — длительность сна как < 6 ч, так и > 9 ч ассоциирована с повышенным риском развития СД;

– использование лекарств, способствующих гипергликемии или прибавке массы тела;

– депрессия: в некоторых исследованиях показано повышение риска развития СД 2 у лиц, страдающих депрессией;

– низкий социально-экономический статус.

Для быстрого выявления лиц с повышенным риском развития СД существуют короткие, специально разработанные анкеты. Эти анкеты пациенты также могут использовать для самостоятельной оценки риска. Одним из наиболее часто цитируемых является вопросник для пациентов FINDRISK, хорошо зарекомендовавший себя при скрининге в североевропейских популяциях. Вопросник представляет собой тест из 8 вопросов, пациент должен выбрать один вариант ответа, в конце теста подсчитывается сумма баллов и интерпретируется результат (табл. 8).

Таблица 8

Вопросник FINDRISK

Параметр	Варианты ответов, баллы
Возраст	– меньше 45 лет — 0 баллов; – 45–54 года — 2 балла; – 55–64 года — 3 балла; – более 65 лет — 4 балла.
Индекс массы тела, кг/м ²	– менее 25 кг/м ² — 0 баллов; – 5–30 кг/м ² — 1 балл; – более 30 кг/м ² — 2 балла.
Окружность талии, см (мужчины/женщины)	– менее 94 см / менее 80 см — 0 баллов; – 94–102 см / 80–88 см — 3 балла; – более 102 см / более 88 см — 4 балла.
Наличие ежедневной 30-минутной физической активности	– да — 0 баллов; – нет — 2 балла.
Как часто Вы едите овощи?	– каждый день — 0 баллов; – не каждый день — 1 балл.
Приходилось ли Вам принимать антигипертензивные препараты на регулярной основе?	– нет — 0 баллов; – да — 2 балла.
Находили ли у Вас повышение глюкозы крови (при профосмотре, во время болезни, при беременности)?	– нет — 0 баллов; – да — 5 баллов.
Был ли сахарный диабет у кого-то из Вашей семьи?	– нет — 0 баллов; – был: у деда/бабки, тёти, дяди, двоюродных брата/сестры — 3

	балла; – был: у моего родителя, брата/сестры, моего ребенка — 5 баллов.
--	--

Интерпретация результатов: риск развития диабета в течение ближайших 10 лет:

- ниже 7 баллов — **низкий**: примерно у 1 из 100 будет диабет;
- 7–11 баллов — **немного повышен**: примерно у 1 из 25 будет диабет;
- 12–14 баллов — **умеренный**: примерно у 1 из 6 будет диабет;
- 15–20 баллов — **высокий**: примерно у 1 из 3 будет диабет;
- более 20 баллов — **очень высокий**: примерно у 1 из 2 будет диабет.

Разработан также алгоритм определения риска и раннего выявления СД 2-го типа (табл. 9).

Таблица 9

Алгоритм раннего выявления СД 2 и мониторинга его групп риска

Риск СД 2		Лабораторное обследование	Частота наблюдения	
			18–39 лет	40 лет и старше
Низкий риск	нет ФР СД 2	гликемия натощак	не проводится	1 раз в 2 года
Средний риск	есть ФР СД 2: избыточная масса тела или ожирение + 1 (или более), любой другой ФР (кроме симптомов гипергликемии и гипергликемии в анамнезе)	гликемия натощак и (или) HbA1c и (или) ПТТГ с 75,0 безводной глюкозы	1 раз в 2 года	
Высокий риск	гипергликемия в анамнезе и (или) симптомы гипергликемии	гликемия натощак и (или) HbA1c	1 раз в год	

Таким образом, для первичной профилактики СД 2 необходимо:

1. Соблюдать рекомендации по диете:
 - потребление энергии с пищей должно быть сбалансировано с физическим уровнем активности для достижения или поддержания здоровой массы тела;
 - употреблять большое количество овощей, фруктов, бобовых (≥ 500 г или 5 порций в день);
 - выбирать цельнозерновые продукты, крупы;

- ограничить потребление сахара включая сахар в продуктах и напитках до 50 г/день;
- употреблять растительные масла, орехи как первичные источники жиров;
- ограничить масло, другие насыщенные жиры и частично гидрогенизированные жиры ($\leq 25\text{--}35\%$ суточной калорийности рациона, из которых насыщенных жиров $< 10\%$, трансжиров $< 2\%$);
- употреблять молочные и мясные продукты с низким содержанием жира;
- регулярно употреблять рыбу (≥ 2 раз в неделю);
- умеренно употреблять алкогольные напитки (≤ 30 г в день в пересчете на чистый спирт для мужчин и ≤ 20 г — для женщин), доля алкоголя в суточной калорийности рациона $\leq 5\%$;
- содержание клетчатки в пище должно составлять 25–35 г/день;
- ограничить употребление соли (NaCl) — < 6 г/день.

2. Выполнять следующие рекомендации по физической активности:

- физическая активность ≥ 5 дней в неделю, длительностью ≥ 30 минут;
- предпочтительна комбинация аэробной нагрузки и силовых упражнений.

3. **Сделать воду основным источником поступающей жидкости.**

4. **Питаться малыми порциями, минимизировать количество пищи, прошедшей термическую обработку.**

5. **Оказаться от курения.**

6. **Не допускать дефицита витамина D.**

7. Контролировать уровень стресса. Следует избегать контактов с отрицательно настроенными людьми. Если же это неизбежно, контролировать себя и сохранять спокойствие. В этом могут помочь аутотренинги или же тренинги и консультации со специалистами.

8. Урегулировать режим труда и отдыха, соблюдать гигиену сна.

9. Контролировать вес, уровень АД, глюкозы, липидов крови, проходить профилактические осмотры.

В случаях, когда изменение образа жизни не позволяет достичь снижения веса и (или) улучшить показатели толерантности к глюкозе, необходимо рассмотреть назначение метформина в дозе 250–850 мг 2

раза в день (в зависимости от переносимости) в качестве профилактики СД 2 у следующих групп пациентов:

- лиц моложе 60 лет с ИМТ > 30 кг/м² и гликемией натощак > 6,1 ммоль/л при отсутствии любых противопоказаний;
- лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе, с нарушенной гликемией натощак при отсутствии противопоказаний.

Залогом успеха в проведении вторичной и третичной профилактики СД 2 является его ранняя диагностика. Диагноз основывается на обнаружении повышенного уровня глюкозы в плазме крови. Диагноз всегда следует подтверждать повторным определением (в течении 7–10 дней) уровня гликемии или HbA1c, за исключением случаев наличия клинической симптоматики (табл. 10).

Таблица 10

Критерии диагностики нарушений гликемии

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л	
	Капиллярная кровь	Венозная плазма
Норма		
Натощак	< 5,6	< 6,1
Через 2 ч после ПГТГ	< 7,8	< 7,8
Сахарный диабет		
Натощак	≥ 6,1	≥ 7,0
Через 2 ч после ПГТГ	≥ 11,1	≥ 11,1
Случайное определение	≥ 11,1	≥ 11,1
HbA1c	≥ 6,5 %	
Нарушенная толерантность к глюкозе		
Натощак	< 6,1	< 7,0
Через 2 ч после ПГТГ	≥ 7,8 и < 11,1	≥ 7,8 и < 11,1
Нарушенная гликемия натощак		
Натощак	≥ 5,6 и < 6,1	≥ 6,1 и < 7,0
Через 2 ч после ПГТГ	< 7,8	< 7,8

Значение HbA1c от 5,7 % до 6,4 % соответствует высокому риску СД.

Значение HbA1c > 6,0 % и < 6,5 % соответствует очень высокому риску СД и требует назначения лечебно-профилактических мероприятий.

Вторичная профилактика СД 2 нацелена на жесткий контроль гликемии и предупреждение осложнений заболевания. Во главе угла стоит жесткая модификация образа жизни и назначение медикаментозной терапии, направленной на достижение целевых уровней гликемии (табл. 11).

Таблица 11

Целевые параметры гликемии и HbA1c

Показатель	Параметры (венозная плазма)
Глюкоза натощак, ммоль/л	4,5–8

Глюкоза через 2 ч после еды, ммоль/л	< 9,0
HbA1c, %	< 7,0

Основу вторичной и третичной профилактики составляют следующие мероприятия:

- обучение и самоконтроль (посещение «Школы диабета»);
- модификация образа жизни: рациональное питание, повышение физической активности, управление стрессом, отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- фармакотерапия сахарного диабета (табл. 12);
- гипотензивная терапия;
- гиполипидемическая терапия;
- антиагрегантная терапия.

Таблица 12

Поэтапный план назначения противодиабетических препаратов

Последовательность	Схема лечения
Шаг 1	Метформин
Шаг 2	Метформин + производное сульфонилмочевины
Шаг 3	Инсулинотерапия в дополнение к пероральным сахароснижающим препаратам

В качестве медикаментозной сахароснижающей терапии могут использоваться следующие группы препаратов: бигуаниды (метформин), производные сульфонилмочевины (глибенкламид, гликлазид, гликвидон, метформин/глибенкламид), инсулинотерапия (табл. 13).

Таблица 13

Пероральные сахароснижающие препараты

Действующее вещество	Форма выпуска	Дозировка, мг	Рекомендации по приему
Метформин	Таблетки	500/850/1000	1–3 раза в день во время или после еды

Окончание табл. 13

Действующее вещество	Форма выпуска	Дозировка, мг	Рекомендации по приему
Гликлазид	Таблетки	80	1–3 раза в день во время еды
	Таблетки	30	1 раз в день во время завтрака
Глибенкламид	Таблетки	500/1000	1–2 раза в день перед завтраком и вечерним приемом пищи

Для предотвращения прогрессирования осложнений СД 2 (третичная профилактика) необходима координация ведения пациента терапевтом (врачом общей практики) с другими профильными медицинскими специалистами, такими как эндокринолог, офтальмолог, нефролог, хирург (подотерапевт).

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По заключению экспертов ВОЗ, по меньшей мере, одна треть всех случаев заболевания раком предотвратима. Профилактика является самым дешевым, эффективным, долгосрочным методом борьбы с раком.

Профилактическим онкологическим осмотрам с целью выявления предопухолевых заболеваний подлежит все население Республики Беларусь в возрасте 40 лет и старше. Осмотры проводятся медицинскими работниками учреждений здравоохранения (поликлиники, медико-санитарные части предприятий, стационары лечебных учреждений) не реже 1 раза в год.

Подробный результат осмотра и диагноз заносятся в лист профилактических осмотров и данных осмотра, который находится в медицинской карте амбулаторного пациента (форма № 025/у-07). Лист заполняется по результатам опроса пациента (одна часть) и после личного осмотра пациента врачом (другая часть) с указанием даты осмотра.

Все лица, у которых при профилактических онкологических осмотрах были заподозрены предопухолевые заболевания или злокачественные новообразования, подлежат дальнейшему дообследованию, которое может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях и должно быть завершено в определенные сроки (амбулаторно — в течение 10 дней, стационарно — в течение 15 дней). Сведения о результатах обследования вносятся в амбулаторную карту.

Особое внимание при проведении профосмотров уделяется визуальным локализациям (губы, язык, десна, дно полости рта, небо, миндалина, ротоглотка, полость носа, прямая кишка, анус и анальный канал, кожа, молочная железа, вульва, влагалище, шейка матки, половой член, яичко, глаз, щитовидная железа), а также определению сигналов тревоги, вызывающих у врача онкологическую настороженность.

К сигналам тревоги относятся следующие симптомы:

1. Появление в полости рта, на губах, языке безболезненного уплотнения, язвочки.
2. Длительный кашель без температуры или с незначительным ее подъемом, не приносящий облегчения; наличие прожилок крови в мокроте.

3. Необъяснимая потеря веса, слабость, повышенная утомляемость, беспричинно сохраняющаяся повышенная температура; бледность кожных покровов, замеченная самим пациентом или окружающими.

4. Зуд кожных покровов без желтухи, выраженная потливость, увеличение лимфатических узлов.

5. Увеличение в размерах, изменение формы или окраски родимого пятна, появление зуда, кровоточивости; длительно не заживают язвочки и трещины на коже лица, туловища, конечностей, половых органах.

6. Нарушение прохождения пищи по пищеводу, чувство жжения за грудиной, снижение аппетита, тошнота, слюнотечение.

7. Наличие уплотнений в молочных железах, асимметричное изменение их формы, появление втяжения на коже железы, изъязвление или мокнутие соска, ареолы, кровянистые выделения из соска.

8. Тяжесть в животе, продолжительное урчание, рвота, неприятные ощущения в области прямой кишки, ложные позывы, наличие слизи и крови в каловых массах.

9. Затрудненное частое мочеиспускание, появление крови в моче.

10. Боли в области промежности, зуд и неприятные выделения из половых органов, появление непонятного уплотнения в животе, кровянистые выделения из половых путей в период менопаузы у женщин.

Первичная профилактика злокачественных новообразований комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение воздействия канцерогенных факторов внешней среды на чувствительные к ним клетки живого организма, а также стабилизация иммунного статуса организма путем неспецифического воздействия на человека (пропаганда ЗОЖ, правильного питания, отказ от вредных привычек и т. д.).

Среди основных причин, формирующих онкозаболеваемость выделяют:

– курение табака, оно является причиной многих типов рака, включая рак легких, пищевода, гортани, ротовой полости, горла, почек, мочевого пузыря, поджелудочной железы, желудка и шейки матки. Доказано, что табачный дым в окружающей среде вызывает рак легких у некурящих взрослых людей. Использование бездымного табака (оральный табак, жевательный табак или нюхательный табак) приводит к

развитию рака пищевода и поджелудочной железы.
Профилактические мероприятия — отказ от курения.

– факторы, связанные с питанием, ожирение и избыточный вес. Существует связь между лишним весом и ожирением и многими типами рака, такими как рак пищевода, ободочной и прямой кишки, молочной железы, слизистой оболочки матки и почек. Чрезмерное употребление в пищу красного мяса и мясных консервов может быть связано с повышенным риском развития колоректального рака.
Профилактические мероприятия — соблюдение 5 основных принципов противораковой диеты:

- 1) предупреждение ожирения;
- 2) уменьшение потребления жира;
- 3) обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием (желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук);

- 4) регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35 г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой благодаря улучшению моторики;

- 5) ограничение потребления копченой и нитритсодержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида;

– низкая физической активности. Регулярная физическая активность и поддержание здорового веса тела наряду со здоровым питанием значительно снижают риск развития рака. *Профилактические мероприятия — соблюдение адекватной физической активности;*

– злоупотребление алкоголем. Потребление алкоголя является ФР развития многих типов рака, включая рак полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени, ободочной и прямой кишки и молочной железы. Риск

развития рака напрямую зависит от количества и качества употребляемого алкоголя. *Профилактические мероприятия — отказ от злоупотребления алкоголем;*

– инфекции. Инфекционные агенты приводят почти к 22 % случаев смерти от рака в развивающемся мире и к 6 % — в промышленно-развитых странах. Вирусный гепатит В и С ведут к развитию рака печени; вирус папилломы человека — к развитию рака шейки матки; бактерия *Helicobacter pylori* повышает риск развития рака желудка. В некоторых странах паразитарная инфекция шистосомоз повышает риск развития рака мочевого пузыря. *Профилактические мероприятия — вакцинация и профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний;*

– загрязнение воздуха, воды и почвы канцерогенными химическими веществами. Канцерогенные химические вещества в окружающей среде могут воздействовать через питьевую воду или загрязненный воздух внутри помещений и атмосферный воздух. Канцерогенные вещества оказывают воздействие также и через пищевые продукты, загрязненные такими химическими веществами, как афлатоксины или диоксины. *Профилактические мероприятия — соблюдение санитарно-гигиенических нормативов в быту;*

– профессиональные канцерогены. Более 40 веществ входят в категорию канцерогенов, связанных с профессиональной деятельностью. *Профилактические мероприятия — прохождение периодических медицинских осмотров с целью выявления возможных профзаболеваний при наличии соответствующих профессиональных вредностей;*

– излучение. Ионизирующее излучение может приводить к развитию лейкемии и образованию ряда солидных опухолей, представляя более высокий риск для молодых людей. Газ радон, содержащийся в почве и строительных материалах, вызывает от 3 до 14 % всех раковых заболеваний у лиц, проживающих в данной местности. В то же время ионизирующее излучение является важным диагностическим и терапевтическим инструментом, а радоновые ванны с успехом применяются в лечении широкого спектра заболеваний (сердечно-сосудистая патология, болезни опорно-двигательного аппарата, заболевания кожи, нервной системы и др.). *Профилактические мероприятия — назначение радиологических медицинских процедур в строгом*

соответствии с показаниями, а также учет всех рентгенологических исследований с указанием лучевой нагрузки в медицинской карте амбулаторного пациента («Лист учета рентгенологических исследований»); уровень содержания радона в домах можно уменьшить путем улучшения вентиляции и герметичности полов и стен;

– солнечное излучение является канцерогенным для человека, вызывая все основные типы рака кожи, такие как базальноклеточная карцинома, плоскоклеточная карцинома и меланома. Наиболее опасно пребывание на солнце в период с 10.00 до 16.00. Не менее вредно пребывание в соляриях для получения искусственного загара. *Профилактические мероприятия — исключение попадания на открытые участки тела прямого солнечного света, ношение соответствующей летней одежды, широкополых шляп, зонтиков, пребывание в тени и использование кремов от загара;*

– отягощенная наследственность по онкологии. *Профилактические мероприятия — регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров, более тщательное обследование по причинной локализации.*

Неизвестными причинами обусловлены около 5 % случаев рака.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и диагностику злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся: маммография, флюорография, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала, эндоскопические исследования, профилактические осмотры, определение в биологических жидкостях уровня онкомаркеров и др. Диагностические методики и кратность их применения для скрининга наиболее распространенных онкологических заболеваний представлены в таблице 14.

Таблица 14

Диагностические методики для скрининга наиболее распространенных онкологических заболеваний

Заболевание	Метод исследования	Частота проведения	Начало применения методики
Рак молочной железы	Маммография	1 раз в год	40 лет
	Клиническое обследование	1 раз в 3 года	20 лет
	Самообследование	1 раз в год	20 лет
Рак шейки матки	Тест Папаниколау	1 раз в год	3 года после начала половой

			жизни
Рак толстой и прямой кишки (колоректальный рак)	Анализ кала на скрытую кровь	1 раз в год	45 лет
	Ректороманоскопия и (или) сигмоскопия	1 раз в 3 года	45 лет
	Колоноскопия	1 раз в 10 лет	50 лет
	Пальцевое исследование прямой кишки	1 раз в год	45 лет
Рак простаты	Анализ крови на ПСА	1 раз в год	40 лет
	Пальцевое исследование прямой кишки	1 раз в год	50 лет

Опухолевые маркеры (онкомаркеры) — специфические вещества (разной химической природы), являющиеся продуктами жизнедеятельности злокачественных клеток или клеток, ассоциированных со злокачественным ростом, и обнаруживающиеся в крови и (или) моче онкологических пациентов. От соединений, продуцируемых нормальными клетками, они отличаются или качественно, или количественно. Определение опухолевых маркеров позволяет диагностировать онкологическое заболевание на ранних стадиях его формирования, позволяет осуществлять мониторинг течения заболевания, диагностику рецидивов и метастазирования опухоли. Каждой локализации опухолевого процесса может соответствовать повышение в крови уровня одного или нескольких маркеров (табл. 15).

Опухолевые маркеры

Маркер	Назначение
РЭА — раково-эмбриональный антиген	<ul style="list-style-type: none"> — мониторинг опухолей желудочно-кишечного тракта, опухолей легких, опухолей молочной железы; — ранняя диагностика рецидивов и метастазов рака; — мониторинг в группах риска (цирроз, гепатит, панкреатит).
Альфа-фетопротеин	<ul style="list-style-type: none"> — для диагностики и мониторинга лечения гепатоцеллюлярного рака; — для диагностики герминогенных опухолей; — для диагностики метастазов любой опухоли в печень; — для скрининга в группе высокого риска (цирроз печени, гепатит).
Хорионический гонадотропин	<ul style="list-style-type: none"> — для диагностики и мониторинга лечения трофобластических и герминогенных опухолей (применяется в сочетании с тестом определения АФП).
СА-19-9 — углеводный антиген 19-9	<ul style="list-style-type: none"> — для диагностики и мониторинга лечения рака поджелудочной железы; — для раннего выявления метастазирования опухоли поджелудочной железы; — для мониторинга рака толстой кишки, желудка, желчного пузыря и желчных протоков.
СА-72-4 — углеводный антиген 72-4	<ul style="list-style-type: none"> — для мониторинга бронхогенного немелкоклеточного рака легкого; — для мониторинга лечения и контроля течения рака желудка; — для диагностики рецидивов рака желудка; — для мониторинга лечения и контроля течения муцинозного рака яичников (в комбинации с лабораторными тестами определения РЭА и СА 125).
СА-125 — углеводный антиген 125	<ul style="list-style-type: none"> — для диагностики рецидивов рака яичника; — для мониторинга лечения и контроля течения рака яичника; — для диагностики новообразований родовой путей, брюшины, плевры.
СА-15-3 — углеводный антиген 15-3	<ul style="list-style-type: none"> — для мониторинга лечения и диагностики рецидивов рака молочной железы и легких.
Нейроспецифическая енолаза (NSE, NSE)	<ul style="list-style-type: none"> — для диагностики и мониторинга лечения мелкоклеточного рака легкого,

	нейроэндокринных опухолей, нейробластомы (в сочетании с РЭА).
--	--

Репозиторий БГМУ

Маркер	Назначение
Антиген плоскоклеточной карциномы (SCC)	— для мониторинга течения и эффективности терапии плоскоклеточной карциномы шейки матки.
CYFRA-21-1— цитокератиновый фрагмент 21-1	— диагностика, мониторинг течения и терапии немелкоклеточного и плоскоклеточного рака легкого; — наиболее эффективный из всех известных маркеров для мониторинга течения мышечно-инвазивной карциномы мочевого пузыря.
Простатспецифический антиген (ПСА, PSA)	— для диагностики и мониторинга лечения рака предстательной железы; — в качестве диспансерного теста у всех мужчин старше 50 лет.

Третичная профилактика злокачественных новообразований — предупреждение рецидивов и метастазов у пациентов с онкологической патологией, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов.

Разработка и реализация программ ранней диагностики и скрининга является одним из приоритетных направлений профилактики онкологических заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье населения является важнейшим источником и неотъемлемым компонентом благосостояния общества, его экономического и культурного развития. Очевидно, что снижение высокой смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни, возможно прежде всего благодаря профилактике и контролю основных НИЗ.

Все врачи должны рассматривать профилактику и пропаганду ЗОЖ как профессиональную ответственность при общении с каждым пациентом. Необходимым условием эффективной профилактики являются хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом. Врач должен учитывать мнение, сомнения и предпочтения пациента, даже если они не совпадают с его собственной точкой зрения. Менять образ жизни и принимать лекарственные средства часто приходится на протяжении всей оставшейся жизни, поэтому решение должен принимать сам пациент. Следовательно, цели лечения необходимо выбирать совместно с пациентом, с учетом его принципов и приоритетов.

Врач общей практики является ключевой фигурой, которая может инициировать, координировать и обеспечивать долгосрочное наблюдение за профилактикой НИЗ. Он выявляет и устраняет основные риски развития НИЗ посредством консультирования, диагностики, направления при необходимости к специалистам узкого профиля согласно выявленному заболеванию, состоянию или фактору риска; участвует в диспансеризации и профосмотрах; организует и проводит диспансерное наблюдение за пациентами с НИЗ; проводит мотивационное консультирование по ФР развития НИЗ и приверженности к лечению; участвует в разработке и реализации мероприятий по пропаганде ЗОЖ и профилактике НИЗ, осуществляя консультирование отдельных лиц, семей и групп лиц по вопросам состояния здоровья, питания, проведение гигиенического обучения и воспитания, ЗОЖ; информирует пациентов о необходимости как можно скорее обращаться за медпомощью в случае развития жизнеугрожающих состояний и осложнений.

Таким образом, профилактику НИЗ необходимо проводить на всех уровнях общества и во всех медицинских учреждениях, но ключевую роль в реализации данных мероприятий играет прежде всего первичное (амбулаторное) звено оказания медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Профилактика* неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси : Аргументы в пользу инвестирования [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/>. Дата доступа : 26.02.2020.
2. WHO (2016a). Cardiovascular risk prediction charts. In : World Health Organization [website] Geneva: World Health Organization. [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Chart_predictions/en/. Дата доступа : 26.02.2020.
3. WHO Regional Office for Europe (2017b). Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016. [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>. Дата доступа : 26.02.2020.
4. WHO (2013). Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева : Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>. Дата доступа : 26.02.2020.
5. *Профилактика* хронических неинфекционных заболеваний [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/prevent.pdf>. Дата доступа : 26.02.2020.
6. Борисова, Т. С. Валеология : учеб. пособие для студентов учреждений высшего образования / Т. С. Борисова [и др.]. Минск : Вышэйшая школа, 2018. 305 с.
7. *Алгоритмы* специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/algosd.pdf>. Дата доступа : 26.02.2020.
8. *Европейские* рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) / Российский кардиологический журнал. 2016. № 6. С. 7–85.
9. Заридзе, Д. Г. Профилактика злокачественных новообразований / Д. Г. Заридзе, Д. М. Максимович // Успехи молекулярной онкологии. 2017. № 2. С. 8–24.
10. *Национальные* рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике // М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. Науч. практ. центр «Кардиология», Белор. науч. об-во кардиологов. Минск : Доктор Дизайн, 2010. 20 с.
11. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс] : Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by>. Дата доступа : 28.02.2020.
12. Янковская, Л. В. Поликлиническая терапия : учеб.-метод. пособие для студентов 4 курса лечебного факультета и факультета иностранных учащихся / Л. В. Янковская, И. В. Караулько. Гродно : ГрГМУ, 2009. 72 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<u>Список сокращений</u>	4
<u>Введение</u>	5
<u>Понятие о профилактике заболеваний</u>	6
<u>Факторы риска неинфекционных заболеваний</u>	9
<u>Стратегии профилактики неинфекционных заболеваний. Правовая база</u>	12
<u>Профилактика хронических заболеваний органов дыхания</u>	14
<u>Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний</u>	17
<u>Профилактика сахарного диабета 2-го типа</u>	22
<u>Профилактика онкологических заболеваний</u>	28
<u>Заключение</u>	36
<u>Список использованной литературы</u>	38

Учебное издание

Еремина Наталья Михайловна
Яковлева Елена Викторовна

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Учебно-методическое пособие

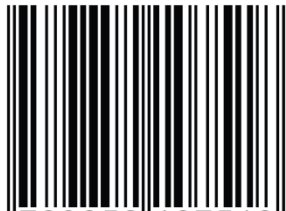
Ответственная за выпуск **Е. В. Яковлева**
Редактор **И. А. Соловьёва**
Компьютерная вёрстка **С. Г. Михейчик**

Подписано в печать 16.02.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,7. Тираж 99 экз. Заказ 73.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ

SBN 978-985-21-0751-8



9 789852 107518